



Evaluation eines personengebundenen Pflegebudgets

in der ambulanten Altenhilfe

Ein Modellversuch zur Weiterentwicklung

der Pflegeversicherung gemäß §8 Abs.3 SGB XI

Abschlußbericht des Zentrums für Europäische Wirtschaftsforschung,
ZEW Mannheim

Mannheim/Magdeburg

Juli 2008

Bearbeitung:

Dr. Melanie Arntz
ZEW Mannheim
L7, 1
68161 Mannheim
Tel. 0621 1235-159

Jun.-Prof. Dr. Stephan Thomsen
Stiftungsjuniorprofessur Arbeitsmarktökonomik
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Postfach 4120
39016 Magdeburg
Tel. 0391 67-18431

Danksagung

Unser besonderer Dank gilt Alexander Spermann. Durch sein Engagement in der Vorbereitung des Modellprojekts sowie zu Beginn der Hauptphase hat er den Anstoß zur wissenschaftlichen Untersuchung der ökonomischen Wirkungen des personen- gebundenen Pflegebudgets gegeben.

Tatkräftig unterstützt in der Vorbereitung und Durchführung der Zusatzerhebung wurden wir von Susanne Zopf, Martin Ruppert und Fabian Krüger. Unser weiterer Dank gilt Ingo Leven, Monika Pupeter und Johannes Kleibl von *TNS infratest Sozial- forschung*, München.

In der Aufbereitung und Auswertung der zahlreichen Zwischenlieferungen von Daten im Verlauf der Projektarbeiten haben wir wertvolle Hilfen von Michael Gebel, Birgit Goetz und Nora Schütze erhalten. Nicht unerwähnt bleiben soll zudem die Mitwir- kung an der Formatierung dieses Berichts durch Katrin Heinicke und Julian Link.

Danken möchten wir auch unseren Projektpartnern in Freiburg von FIFAS, Baldo Blinkert, Jürgen Spiegel und Christine Schings, für die umfangreichen Arbeiten zur Befragung der Teilnehmer des Modellprojektes und die zahlreichen fachlichen Dis- kussionen.

Möglich wurde das Modellprojekt erst durch den engagierten Einsatz der Mitarbeiter des Arbeitsschwerpunkts Gerontologie und Pflege an der Evangelischen Fachhoch- schule Freiburg, insbesondere von Sabine Behrend, Thomas Pfundstein, Annerose Siebert und Birgit Schumacher. Vielen Dank für die Organisation des Projektes, aber auch für die inhaltliche Unterstützung.

Zuletzt möchten wir in besonderer Weise Thomas Klie danken. Sein außerordentli- cher Einsatz für die Umsetzung des Modellprojekts, geprägt durch seine Arbeiten im Vorfeld sowie durch seine Leitung über die gesamte Laufzeit, haben die Erprobung des Einsatzes personenbezogener Budgets in der ambulanten Pflege in Deutschland

ermöglicht. Die gewonnenen Erkenntnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung – sowohl die positiven, als auch die negativen – sind eine wichtige Informationsquelle für die noch anstehenden Reformen der Pflegeversicherung, um auch zukünftig die Versorgung der Pflegebedürftigen in einer sich wandelnden Gesellschaft gewährleisten zu können.

Mannheim und Magdeburg, im April 2008

Melanie Arntz und Stephan Thomsen

Inhaltverzeichnis

1	Einleitung – Ziele der wissenschaftlichen Begleitforschung durch das ZEW13	
1.1	Das Pflegebudget als ein Reforminstrument der sozialen Pflegeversicherung 14	14
1.2	Erfahrungen mit personengebundenen Budgets im Ausland 20	20
1.3	Ziele der wissenschaftlichen Begleitforschung durch das ZEW Mannheim 23	23
2	Theoretische Überlegungen zur Wirkung des Pflegebudgets 28	28
2.1	Pflegebudget im Vergleich zur Sachleistung 30	30
2.2	Pflegebudget im Vergleich zu Pflegegeld 34	34
2.3	Pflegebudget im Vergleich zu Kombinationsleistung 38	38
2.4	Schlussfolgerungen 39	39
3	Der Modellversuch – Konzeption, Anspruch und Umsetzung 43	43
3.1	Das Konzept des sozialen Experiments als Lösung des fundamentalen Evaluationsproblems 44	44
3.2	Umsetzung des sozialen Experiments im Modellprojekt 47	47
3.2.1	Auswahl der Teilnahmeberechtigten 47	47
3.2.2	Vergleichbarkeit der Teilnehmer in Programm- und Vergleichsgruppe 54	54
3.2.3	Case Management 55	55
4	Panelerhebung der Teilnehmer 60	60
4.1	Befragung von Pflegebedürftigen und Hauptpflegepersonen 61	61
4.2	Teilnehmerzahlen und auswertbare Fälle 62	62
4.3	Datenaufbereitung für die ökonomischen Analysen 66	66
4.3.1	Umgang mit offenen Nennungen der (weiteren) Helfer und Bildung von Helfer kategorien 67	67
4.3.2	Verdichtung der Hilfe-Helfer-Matrix 69	69
4.3.3	Umgang mit unplausiblen Zeitangaben der Hilfe 71	71
4.3.4	Umgang mit unplausiblen Stundenlöhnen 73	73
5	Ökonomische Wirkungsanalysen auf Grundlage der Panelerhebung 78	78
5.1	Methodisches Vorgehen zur Bestimmung der kausalen Effekte für die Teilnehmergruppe 80	80
5.1.1	Randomisierung der Teilnehmer in Programm- und Vergleichsgruppe 80	80
5.1.2	Berücksichtigung möglicher systematischer Einflüsse des Panelsterbens 87	87
5.2	Gewichtungsfaktoren zur Verallgemeinerung der Modellergebnisse auf den Fall einer bundesweiten Einführung des Pflegebudgets 98	98
5.3	Wirkungen des Personengebundenen Pflegebudgets - Veränderungen des Pflegearrangements 103	103
5.3.1	Struktur der Helfer 103	103
5.3.2	Art der Hilfen 110	110
5.3.3	Zeitungsfang der Hilfen 115	115

5.3.4	Vergütung der Hilfen	123
5.4	Wirkungen des Personengebundenen Pflegebudgets auf die Zufriedenheit mit der Pflege- und Lebenssituation	128
5.5	Wirkungen des Pflegebudgets auf die Hauptpflegeperson.....	136
5.5.1	Stichprobe, Selektionsprobleme und methodische Herangehensweise.....	137
5.5.2	Entlastungs- und Beschäftigungseffekte des Pflegebudgets.....	142
5.6	Fazit der Ergebnisse auf Basis der Panelerhebung	149
6	Ergänzende ökonomische Analysen am Standort Neuwied.....	152
6.1	Zielsetzungen und Fragekomplexe der zusätzlichen Erhebung.....	155
6.2	Rahmendaten der Planung und Durchführung.....	157
6.2.1	Standortwahl.....	157
6.2.2	Befragungsinstrument	158
6.2.3	Feldphase.....	159
6.2.4	Ausschöpfung.....	160
6.3	Die Stichprobe der Zusatzerhebung in Neuwied	161
6.3.1	Struktur der Stichprobe im Vergleich zur Grundgesamtheit.....	161
6.3.2	Vergleichbarkeit von Programm- und Vergleichsgruppe in der Zusatzerhebung	164
6.4	Wirkungen des personengebundenen Pflegebudgets.....	166
6.4.1	Die Struktur der Pflege – wer leistet Hilfe?	166
6.4.2	Wer leistet welche Hilfe?	168
6.4.3	Der Zeitumfang der Unterstützung durch verschiedene Helfergruppen	177
6.4.4	Vertragliche Regelungen und Vergütung der Helfer	181
6.4.5	Ausgabenstruktur nach Tätigkeiten.....	186
6.4.6	Zufriedenheit mit der Pflege- und Lebenssituation.....	189
6.4.7	Teilhabe am gesellschaftlichen Leben	194
6.4.8	Die Organisation der Pflege	195
6.4.9	Stabilität der häuslichen Versorgung.....	199
6.5	Resümee der Teilnehmer des Modellprojekts	202
6.6	Fazit der Befragung in Neuwied	204
7	Die Kosten des personenbezogenen Pflegebudgets	208
7.1	Die statischen Mehrkosten der Versorgung durch das Pflegebudget auf der individuellen Ebene	210
7.2	Die Kosten für die Versicherer bei bundesweiter Einführung in einer statischen und kurzfristigen Analyse	213
7.3	Diskussion der Kostenentwicklung unter Berücksichtigung gegenläufiger Kostensparnisse.....	219
7.3.1	Reduzierte Verwaltungs-, Begutachtungs- und Kontrollkosten.....	220
7.3.2	Stabilisierung der ambulanten Versorgung	222
7.3.3	Effekte des demographischen und gesellschaftlichen Wandels	230

7.4	Fazit.....	232
8	Schlussbetrachtung der ökonomischen Begleitforschung.....	235
9	Literaturverzeichnis	242

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1: Leistungshöhen, Verwendungszweck und Rahmenbedingungen verschiedener Leistungsarten.....	29
Tabelle 2-2: Erwartete Wirkungen des Pflegebudgets im Vergleich zu Pflegegeld und Sachleistungen	42
Tabelle 3-1: Strukturelle Kriterien bei der Auswahl der Modellstandorte.....	49
Tabelle 3-2: Regionale Indikatoren der Bevölkerungs- und Wirtschaftsstruktur an den Modellstandorten	50
Tabelle 3-3: Standortspezifische Zugangskriterien für die Teilnahme am Modellprojekt	52
Tabelle 3-4: Case Management im Modellprojekt	57
Tabelle 4-1: Teilnehmer des Modellprojektes seit Januar 2004 nach Standort, Gruppenzugehörigkeit und Teilnahmestatus.....	63
Tabelle 4-2: Vorliegende Erst- und Folgebefragungen der Pflegebedürftigen nach der zuvor erhaltenen Regelleistung und der Gruppenzugehörigkeit	64
Tabelle 4-3: Vorliegende Erst- und Folgebefragungen der Hauptpflegepersonen nach der zuvor erhaltenen Regelleistung und der Gruppenzugehörigkeit	65
Tabelle 4-4: Helferkategorien und die Zuordnung offener Nennungen.....	68
Tabelle 4-5: Hilfkategorien und die Zuordnung offener Nennungen	70
Tabelle 4-6: Korrigierte und unkorrigierte Verteilung der Helferstunden nach Helferkategorien in der Erstbefragung	72
Tabelle 4-7: Korrigierte und unkorrigierte Verteilung der Gesamthilfestunden für die Erstbefragung und die erste Folgebefragung.....	73
Tabelle 4-8: Rohverteilung der Stundenlöhne nach Sektoren in der Erstbefragung.....	74
Tabelle 4-9: Korrigierte Verteilung der Stundenlöhne nach Helferkategorien in der Erstbefragung mit und ohne Stundenkappung	76
Tabelle 5-1: Merkmale der Programm- und Vergleichsgruppe zum Zeitpunkt der Erstbefragung	83
Tabelle 5-2: Ergebnisse des Selektionsmodells, Probit-Schätzungen der Zugehörigkeit zur Programmgruppe	86
Tabelle 5-3: Zusammenhang zwischen Teilnahmeabbrüchen und einem Interviewerwechsel nach Gruppenzugehörigkeit	91
Tabelle 5-4: Zusammenhang zwischen Vorhandensein der Folgebefragung und der Zeit zwischen Erstbefragung und dem Datum des Datenabzugs	93
Tabelle 5-5: Ergebnisse der Selektionsmodelle für das Panelsterben zwischen der Erstbefragung und der ersten Folgebefragung	95
Tabelle 5-6: Ergebnisse der Selektionsmodelle für das Panelsterben zwischen der Erstbefragung und der zweiten Folgebefragung	96
Tabelle 5-7: Anteil der Teilnehmer nach Pflegestufe und Regelleistung (ohne Härtefälle) an der Grundgesamtheit der Pflegebedürftigen an den Standorten Erfurt und Neuwied.....	99
Tabelle 5-8: Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Pflegestufen und Leistungsarten für die Grundgesamtheit aller Pflegebedürftigen, die Projektteilnehmer in Neuwied und Erfurt sowie alle Teilnehmer des Modellprojektes	101
Tabelle 5-9: Gewichtungsfaktoren der drei Szenarien nach Pflegestufe und vorheriger Leistungsart	102
Tabelle 5-10: Marginale Effekte auf die Wahrscheinlichkeit, Helfer der verschiedenen Sektoren im Pflegearrangement einzusetzen (in Prozentpunkten) nach einem halben Jahr (t_2).....	106

Tabelle 5-11: Marginale Effekte auf die Wahrscheinlichkeit, Helfer der verschiedenen Sektoren im Pflegearrangement einzusetzen (in Prozentpunkten) nach einem Jahr (t₃)	108
Tabelle 5-12: Effekt des Pflegebudgets auf die Zahl der im Pflegearrangement eingebundenen Helfer(-typen) nach einem halben und nach einem Jahr.....	109
Tabelle 5-13: Marginale Effekte auf die Wahrscheinlichkeit, dass wichtige Hilfen fehlen (in Prozentpunkten) nach einem halben (t₂) und nach einem Jahr (t₃).....	115
Tabelle 5-14: DiD-Schätzung der Effekte nach einem halben Jahr (t₂) und einem Jahr (t₃) auf die Hilfestunden pro Woche nach Sektoren, ungewichtete Gesamtstichprobe, Rohdaten und Stundenkappung	117
Tabelle 5-15: DiD-Schätzung der Effekte für vorherige Pflegegeldempfänger nach einem halben Jahr (t₂) und einem Jahr (t₃) auf die Hilfestunden pro Woche nach Sektoren, Rohdaten und Stundenkappung.....	118
Tabelle 5-16: DiD-Schätzung der Effekte für ehemalige Sachleistungsempfänger nach einem halben Jahr (t₂) und einem Jahr (t₃) auf die Hilfestunden pro Woche nach Sektoren, Rohdaten und Stundenkappung.....	119
Tabelle 5-17: DiD-Schätzung der Effekte für verschiedenen Leistungsgruppen nach einem halben Jahr (t₂) und einem Jahr (t₃) auf die insgesamt geleisteten Hilfestunden pro Woche, Rohdaten und Stundenkappung	121
Tabelle 5-18: DiD-Schätzung der Effekte nach einem halben Jahr (t₂) und einem Jahr (t₃) auf die Vergütung der Sektoren (Euro/h), ungewichtete Gesamtstichprobe, Rohdaten und Stundenlohnkorrektur	125
Tabelle 5-19: DiD-Schätzung der Effekte für ehemalige Pflegegeldempfänger nach einem halben Jahr (t₂) und einem Jahr (t₃) auf die Vergütung der Sektoren (Euro/h), ungewichtete Gesamtstichprobe, Rohdaten und Stundenlohnkorrektur	127
Tabelle 5-20: Unkonditionale DiD-Schätzung für unterschiedliche Dimensionen der Zufriedenheit nach einem halben Jahr	130
Tabelle 5-21: Effekt des Pflegebudgets auf verschiedene Dimensionen der Zufriedenheit nach einem halben Jahr, gesamte Stichprobe	132
Tabelle 5-22: Effekt des Pflegebudgets auf verschiedene Dimensionen der Zufriedenheit nach einem halben Jahr, ehemalige Sachleistungsempfänger.	133
Tabelle 5-23: Effekt des Pflegebudgets auf verschiedene Dimensionen der Zufriedenheit nach einem halben Jahr, ehemalige Pflegegeldempfänger	134
Tabelle 5-24: Merkmale der Hauptpflegepersonen und der betreuten Personen in der Programm- und Vergleichsgruppe zum Zeitpunkt der Erstbefragung	138
Tabelle 5-25: Ergebnisse der Selektionsmodelle für das Panelsterben zwischen der Erstbefragung und der zweiten Folgebefragung, Hauptpflegepersonen	140
Tabelle 5-26: Effekte auf den Hilfeumfang in Stunden pro Woche (P-Werte in Klammern) für die gesamte Stichprobe nach einem halben Jahr.....	143
Tabelle 5-27: Effekte in Prozentpunkten auf die Wahrscheinlichkeit einer Teilzeitbeschäftigung bzw. Vollzeitbeschäftigung im Vergleich zu einer Nicht-Erwerbstätigkeit (P-Werte in Klammern)	145
Tabelle 5-28: DiD-Effekt des Pflegebudgets (in Prozentpunkten) auf die Wahrscheinlichkeit, eine der sieben Zufriedenheitsstufen zu wählen	147
Tabelle 6-1: Zuordnung der Fragen im Erhebungsinstrument auf die Themenkomplexe für die Zusatzerhebung	158
Tabelle 6-2: Dokumentation der Ausschöpfung.....	160
Tabelle 6-3: Durchschnittliche Basismerkmale aus der laufenden Erhebung für die Stichprobe der Zusatzerhebung (S), die zum Zeitpunkt der Zusatzerhebung aktiven Teilnehmer des Modellprojekts (akN), die Teilnehmer in Neuwied und im Modellprojekt (M) insgesamt	163

Tabelle 6-4: Merkmale der an der Zusatzerhebung teilnehmenden Programm- und Vergleichsgruppe auf Basis der Erstbefragung der Panelerhebung	164
Tabelle 6-5: Zwei Schätzspezifikationen der Determinanten der Gruppenzugehörigkeit (abhängige Variable: Zugehörigkeit zur Programmgruppe), auf der Basis der Erstbefragung der Panelerhebung	165
Tabelle 6-6: Helfertypen in der Programm- und Vergleichsgruppe und die Zuordnung in vier Helfer kategorien	167
Tabelle 6-7: Zuordnung der Helfer, die sich überwiegend kümmern, zum formellen bzw. informellen Sektor.....	168
Tabelle 6-8: Kategorisierung der Pflegeleistungen.....	169
Tabelle 6-9: Zahl der durch die Helfer abgedeckten Hilfebereiche in der Programmgruppe (PG) und Vergleichsgruppe (VG).....	171
Tabelle 6-10: Haupttätigkeiten der Helfer in der Programm- und Vergleichsgruppe... 	171
Tabelle 6-11: Hilfe-Helfer-Matrix für die Programm- und Vergleichsgruppe	172
Tabelle 6-12: Ungewichtete und ranggewichtete Anteile der Tätigkeiten der Helfer ...	174
Tabelle 6-13: Zeitumfang der Anwesenheit und Unterstützung in Stunden pro Woche für die Programm- und Vergleichsgruppe	178
Tabelle 6-14: Zeitumfang der Anwesenheit und Unterstützung in Stunden pro Woche im formellen und informellen Sektor für die Programm- und Vergleichsgruppe	179
Tabelle 6-15: Stundenlöhne im informellen und formellen Sektor in den Gruppen.....	183
Tabelle 6-16: Anteil der bezahlten nahen und entfernten Angehörigen sowie deren durchschnittliche Stundenlöhne	184
Tabelle 6-17: Zeitlicher Umfang der Unterstützung durch nahe und entfernte Angehörige in der Programm- und Vergleichsgruppe	185
Tabelle 6-18: Durchschnittliche Vergütung einer Stunde nach Tätigkeitsbereichen in der Programm- und Vergleichsgruppe	187
Tabelle 6-19 Durchschnittliche Vergütung einer Stunde des informellen Sektors nach Tätigkeitsbereichen in der Programm- und Vergleichsgruppe	188
Tabelle 6-20: Verschiedene Dimensionen der Zufriedenheit in der Programm- und Vergleichsgruppe.....	191
Tabelle 6-21: Einschätzung auf die Frage „Fühlen Sie sich heute besser oder schlechter versorgt als vor der Teilnahme am Modellprojekt?“	192
Tabelle 6-22: Ursachen der Verbesserung der Versorgungssituation der Personen der Programmgruppe im Vergleich zu vor dem Bezug.....	192
Tabelle 6-23: Zeitverwendung von Pflegebedürftigen in der Programm- und Vergleichsgruppe.....	195
Tabelle 6-24: Häufigkeit des Treffens von Bekannten und Freunden außerhalb der Wohnung in der Programm- und Vergleichsgruppe (in Prozent).....	195
Tabelle 6-25: Einschätzung der Arbeit und Belastung durch die Organisation und Planung der Pflege	197
Tabelle 6-26: Einschätzung der Personen in der Programmgruppe, ob das Pflegebudget auch ohne die Unterstützung des Case Managers vorstellbar ist	197
Tabelle 6-27: Beispiele für offene Antworten auf die Frage nach den Gründen für die große Bedeutung des Case Managements	198
Tabelle 6-28: Bedeutung eines Helfers für die Möglichkeit einer ambulanten Versorgung nach Helfergruppen: Macht der Wegfall eines Helfers einen Umzug in die stationäre Versorgung notwendig?	200
Tabelle 6-29: Anteil der Pflegebedürftigen, die den Wegfall von Helfern bzw. eine Verschlechterung des Gesundheitszustands als einen Umzugsgrund in eine stationäre Versorgung betrachten	201

Tabelle 7-1: Szenarien der Kostenkalkulation für das Case Management in Westdeutschland	211
Tabelle 7-2: Mehrkosten pro Person und Monat beim Wechsel von der ambulanten Regelleistung in das Pflegebudget in Westdeutschland	212
Tabelle 7-3: Szenarien für die Berechnung der Kosten bei bundesweiter Einführung eines personengebundenen Pflegebudgets als Regelleistung	213
Tabelle 7-4: Prognostizierte Anteile der Budgetempfänger im Falle einer Einführung des Pflegebudgets als Regelleistung, verschiedene Szenarien	217
Tabelle 7-5: Ambulant versorgte Pflegebedürftige nach Leistungsart und Pflegestufe in Deutschland, Statistisches Bundesamt 2007	218
Tabelle 7-6: Mehrkosten einer bundesweiten Einführung des Pflegebudgets als zusätzliche Regelleistung, verschiedene Szenarien	219
Tabelle 7-7: Mehrkosten pro Person und Monat beim Wechsel von der ambulanten Regelleistung in die stationäre Versorgung in Westdeutschland.....	222
Tabelle 7-8: Kostenneutrale Verlängerung des Bezugs von Pflegebudget gegenüber der ambulanten Regelversorgung in Prozent	224
Tabelle 7-9: Kostendeckungspunkt für die insgesamt entstehenden Mehrkosten der Versorgung durch das Pflegebudget nach verschiedenen Szenarien	225

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2-1: Sachleistung (A'B'B) im Vergleich zum Pflegebudget (ACD) ohne Berücksichtigung des Case Managements und von Transaktionskosten	31
Abbildung 2-2: Zusätzlicher Nutzen des Pflegebudgets durch ein verändertes Austauschverhältnis der beiden Güter	33
Abbildung 2-3: Pflegegeld (A'B'') im Vergleich zum Pflegebudget (A''DB') ohne Berücksichtigung des Case Managements und von Transaktionskosten	36
Abbildung 3-1: Geographische Lage der sieben Modellstandorte	48
Abbildung 4-1: Korrekturverfahren für unplausible Stundenlohangaben	75
Abbildung 5-1: Helfer im Pflegearrangement der Programmgruppe (oben) und der Vergleichsgruppe (unten) nach Befragungszeitpunkt und Leistungsart	104
Abbildung 5-2: Geleistete Hilfekategorien der Programmgruppe (oben) und der Vergleichsgruppe (unten) nach dem Befragungszeitpunkt und der zuvor bezogenen Regelleistung	112
Abbildung 5-3: Helfer in der Programmgruppe (oben) und der Vergleichsgruppe (unten) nach Hilfekategorien und Befragungszeitpunkt, alle vorherigen Leistungsarten zusammen	113
Abbildung 6-1: Tätigkeiten der Helfer in der Programm- und Vergleichsgruppe	173
Abbildung 6-2: Zusammensetzung der Helfer nach Tätigkeitsbereichen in der Programmgruppe (oben) und der Vergleichsgruppe (unten)	176
Abbildung 7-1: Der Kostendeckungspunkt einer Versorgung durch das Pflegebudget im Vergleich zu einer ambulanten Regelleistung (schematische Darstellung für Pflegestufe 1 und 2)	223
Abbildung 7-2: Pflegeverlauf nach Erstbezug von Pflegegeld für Männer (oben) und Frauen (unten), Quelle: Rothgang und Borchert (2006:86)	227
Abbildung 7-3: Pflegeverlauf nach Erstbezug von Pflegesachleistungen für Männer (oben) und Frauen (unten), Quelle: Rothgang und Borchert (2006:87)	228
Abbildung 7-4: Wandel der Pflegearrangements von 2006 bis 2050	231

1 Einleitung – Ziele der wissenschaftlichen Begleitforschung durch das ZEW

1.1 Das Pflegebudget als ein Reforminstrument der sozialen Pflegeversicherung

Mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung (SPV) 1995 sollte das Lebensrisiko Pflegebedürftigkeit über eine umlagefinanzierte Sozialversicherung abgesichert werden. Die von Pflegebedürftigkeit betroffenen Haushalte sollten hierdurch entlastet und deren zuvor gravierende Sozialhilfeabhängigkeit reduziert werden. Denn die finanzielle Abhängigkeit von Transferleistungen wurde von vielen Betroffenen als eine Stigmatisierung und als ein Verlust der Selbstbestimmung empfunden. Die Befürworter der SPV sahen in einer 5. Säule der Sozialversicherung daher die Chance, die Situation der betroffenen Haushalte deutlich zu verbessern und gleichzeitig die Sozialhilfeträger zu entlasten, deren Ausgaben für die Hilfe zur Pflege in den Jahren vor der Einführung der SPV stark angestiegen waren.

Ein weiteres Argument für die Einführung der SPV war die bislang unzureichende Infrastruktur für die ambulante Versorgung von Pflegebedürftigen. Viele Betroffene, die nicht über ein informelles Hilfenetzwerk verfügten, hatten Schwierigkeiten, entsprechende Leistungen einzukaufen. Gleichzeitig stieg aufgrund der demographischen und gesellschaftlichen Veränderungen der Anteil der Pflegebedürftigen, die auf kein umfangreiches familiäres Hilfenetzwerk zurückgreifen konnten und deren ambulante Versorgung somit nur durch formelle Pflege gewährleistet werden kann. Die im Pflegeversicherungsgesetz niedergeschriebenen allgemeinen Zielsetzungen der SPV sehen daher neben einer qualitativen auch eine quantitative Weiterentwicklung der Pflege vor. Durch die Öffnung des Pflegemarktes für alle Anbieter, die bestimmte gesetzliche Mindestanforderungen erfüllen, sollte ein Anbieterwettbewerb angestoßen werden. Zudem wurden die Länder für die Sicherstellung einer leistungsfähigen und zahlenmäßig ausreichenden Versorgungsstruktur finanziell mitverantwortlich gemacht.

Neben der Sicherung von Qualität und Quantität der Pflege und einer Entlastung der Sozialhilfeträger formuliert das SGB XI den Vorrang der ambulanten vor der stationären Versorgung, um die Pflege- und Betreuungsbereitschaft der Angehörigen zu stützen und damit letztlich auch einer Kostenexplosion entgegenzuwirken. Denn die für eine stationäre Versorgung gezahlten Leistungen der SPV übersteigen die Leistungen bei ambulanter Versorgung teilweise deutlich. Eine stationäre Versorgung soll daher erst in Erwägung gezogen werden, wenn eine häusliche Versorgung nicht

mehr gewährleistet werden kann. Für die häusliche Versorgung wiederum sieht das SGB XI eine Wahlfreiheit der Pflegehaushalte zwischen zwei Leistungsformen bzw. deren Kombination vor: Pflegegeld und Pflegesachleistungen. Die Einführung dieser unterschiedlichen Leistungsformen spiegelt dabei verschiedene Zielsetzungen der SPV wider. So wurde der Forderung nach einem Geldleistungsprinzip primär zur Unterstützung der Pflege durch Angehörige in Form der Einführung des Pflegegelds Rechnung getragen. Der Anspruch des Kostenträgers auf Qualitätssicherung der erbrachten Leistungen spiegelt sich hingegen in der Pflegesachleistung wider, deren Leistungssatz den des Pflegegeldes um etwa 100% übersteigt.

Weder die Leistungen für die ambulante, noch die für die stationäre Versorgung sind dazu gedacht, das Risiko der Pflegebedürftigkeit vollständig abzudecken. Stattdessen ist die SPV als Teilkaskoversicherung konzipiert, die für die betroffenen Haushalte lediglich eine partielle Entlastung sicherstellen soll. Das Risiko, aufgrund einer Pflegebedürftigkeit sozialhilfeabhängig zu werden, wurde somit nicht eliminiert, sondern lediglich reduziert. Die Finanzierung der SPV erfolgt umlagefinanziert entsprechend der gesetzlichen Krankenversicherung über einkommensabhängige Beitragszahlungen der sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmer und deren Arbeitgeber. Ein Grund für die Konzeption der SPV als Teilkaskoversicherung war die Notwendigkeit, die zusätzliche Belastung der Beitragszahler durch diese weitere Sozialversicherung zu begrenzen. Entsprechend finden sich in den Zielen des SGB XI Grundsätze für eine möglichst geringe Belastung der Beitragszahler und eine angestrebte Beitragssatzstabilität. Diese Ziele finden ihren Niederschlag auch in einer fehlenden Dynamisierung der Leistungen, was zu einem Rückgang der realen Leistungen seit 1995 geführt hat.

Bereits in der Anlage der Pflegeversicherung steckt daher ein latenter Widerspruch zwischen dem Ziel der Beitragssatzstabilität und anderen Zielen wie der Sicherung der Qualität der Pflege. Die Bilanz der SPV fällt dementsprechend ambivalent aus. Positiv ist die Entwicklung des Pflegemarktes. Seit 1995 sind zahlreiche Pflegedienste und Einrichtungen entstanden, so dass die ambulante Versorgung von Pflegebedürftigen besser als zuvor sichergestellt ist. Auf der anderen Seite lässt sich bis heute nur bedingt von einem Markt mit freiem Wettbewerb sprechen, da Preise für Pflegesachleistungen beispielsweise mit den Kostenträgern ausgehandelt und einheitlich festgelegt werden. Zudem können die Dienste nur bestimmte Leistungen, so genannte Leistungskomplexe, von den Pflegekassen erstattet bekommen. Dies beschränkt

die Entwicklung hin zu einem vielfältigen, bedarfsorientierten Anbietermarkt. Zudem zeigt die Begleitforschung in Form der Studie zu pflegekulturellen Orientierungen in Annaberg und Unna (vgl. Fifas, 2008), dass die Vorgabe gesetzlicher Leistungskomplexe in einem Widerspruch mit der Vielfalt pflegekultureller Orientierungen steht. So konnte die Studie zeigen, dass es in unterschiedlichen sozialen Milieus bzw. unterschiedlichen regionalen Konstellationen abweichende pflegekulturelle Orientierungen dazu gibt, wie die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit, d.h. mit welchen finanziellen und personellen Ressourcen, organisiert werden sollte. Die Konstruktion der SPV wird unterschiedlichen pflegekulturellen Orientierungen bislang jedoch nicht gerecht.

Entsprechend der formulierten Ziele hat sich hingegen eine deutliche Entlastung der Sozialhilfeträger ergeben. Der Anteil der Pflegebedürftigen, die Sozialhilfe beziehen, hat sich mit der Einführung der SPV stark reduziert. Allerdings steigt dieser Anteil in den letzten Jahren wieder, ein Umstand, der zumindest zum Teil auf die fehlende Dynamisierung der Leistungssätze zurückzuführen ist. Die Beschränkung der Ausgabenhöhe ist auch ein Grund, warum viele Leistungsanbieter sich nicht mehr imstande sehen, die Leistungsnormen der SPV hinsichtlich der Pflegequalität zu erfüllen.

Die Finanzsituation der SPV hat sich jedoch trotz der Beschränkung der Ausgaben stetig verschlechtert. Seit 1998 übersteigen die Ausgaben der SPV deren Einnahmen. Die zu Beginn der Einführung gebildeten Rücklagen wurden dadurch auf etwa 3 Mrd. Euro im Jahr 2005 abgeschmolzen, was etwa einem Sechstel der jährlichen Ausgaben entspricht. Ursache dieser Entwicklung ist einerseits die in den letzten Jahren unzureichende Einnahmensituation infolge einer niedrigen Zahl sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung. Auf der anderen Seite steigen die Kosten infolge eines steigenden Anteils stationär Versorgter sowie einer steigenden Zahl von Leistungsberechtigten. Diese Entwicklungen spiegeln demographische und gesellschaftliche Veränderungen wider, die zu einem weiteren Anstieg der Zahl älterer Menschen mit einem erhöhten Pflegebedürftigkeitsrisiko und zu einem Rückgang des informellen Unterstützungsnetzwerks führen. Daraus resultiert ein Anstieg der Leistungsberechtigten und eine Verschiebung von der ambulanten zur stationären Pflege, die im Vergleich zur ambulanten Versorgung mit deutlich höheren fiskalischen Kosten verbunden ist. Während die Ausgaben somit zukünftig steigen, steht auf der Einnahmenseite eine sich verringernde Zahl an Beitragszahlern. Die SPV hat daher die Probleme anderer umlagefinanzierter Sozialversicherungen geerbt. Von einer nach-

haltigen Finanzierung kann daher nicht ausgegangen werden. Ohne grundlegende Reformen wird das reale Leistungsniveau der SPV langfristig nur durch einen starken Anstieg des Beitragssatzes zu gewährleisten sein.

Der dringende Reformbedarf der SPV im Hinblick auf eine nachhaltige Finanzierung sowie im Hinblick auf eine Überwindung des in der SPV angelegten Widerspruchs zwischen Qualität der Pflege und deren Finanzierbarkeit wurde bereits vor einigen Jahren festgestellt. Einen guten Überblick über die Konstruktion der SPV und ihre Konstruktionsfehler geben Ottnad (2003), der Sachverständigenrat für Gesundheit (2005) und der Vierte Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung des BMG (2007).

Zur Auslotung von Reformmöglichkeiten im Rahmen der SPV wurde in § 8 Abs. 3 SGB XI des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 1. Januar 2002 die Erprobung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige in der häuslichen bzw. ambulanten Versorgung empfohlen. Ziel ist es, Versorgungsformen zu entwickeln, die den Anforderungen einer alternden Gesellschaft entsprechen, in der eine zunehmende Zahl von Menschen mit Pflegebedarf auf immer weniger familiäre Unterstützung zurückgreifen kann. Eine in diesem Kontext für ein Pilotprojekt empfohlene Versorgungsform ist die des personengebundenen Pflegebudgets¹. Die Einführung eines personengebundenen Pflegebudgets als Regelleistung der sozialen Pflegeversicherung zielt auf eine Verbesserung der Versorgungssituation und -qualität für Menschen mit Pflegebedarf, die aufgrund fehlender oder unzureichender informeller Hilfen bisher Sachleistungen als Versorgungsform wählen. Insbesondere zielt das Pflegebudget darauf ab, die geringe Flexibilität der Sachleistungen bezüglich des möglichen Leistungsspektrums durch eine flexiblere Versorgungsform abzulösen, die auch Menschen mit einem speziellen Hilfebedarf eine bedarfsgerechte und selbst bestimmte Versorgung ermöglicht.

Aus der Sicht der ökonomischen Forschung besteht die zentrale Zielsetzung einer Ausgestaltung eines personengebundenen Pflegebudgets darin, die Kosteneffizienz der pflegerischen Versorgung im Vergleich zu Sachleistungen aus der Sicht der Pflegekassen zu verbessern. Eine kosteneffizientere Versorgung ist dabei als eine gleiche oder äquivalente pflegerische Versorgung zu niedrigeren Kosten oder eine verbesserte pflegerische Versorgung bei gleichen Kosten definiert. Die Erwartung, dass

¹ Im Folgenden wird das personengebundene Pflegebudget auch verkürzt als Pflegebudget bezeichnet.

das auf der Leistungshöhe der Sachleistungen festgelegte Pflegebudget zu einer verbesserten Versorgung bei gleichen Kosten beiträgt und somit eine kosteneffiziente Versorgungsform gegenüber der Sachleistung darstellt, beruht vor allem auf vier wesentlichen Merkmalen des personenbezogenen Pflegebudgets:

1. Erweiterung des Leistungs- und Anbieterspektrums:

Im Gegensatz zu den Sachleistungsempfängern sind die Leistungen, die mit dem personenbezogenen Pflegebudget erworben werden können, nicht auf den im SGB XI definierten Katalog beschränkt. So können Empfänger des personenbezogenen Pflegebudgets beispielsweise eine zusätzliche psychosoziale Betreuung finanzieren, die im bestehenden Sachleistungskatalog nicht vorgesehen ist. Die Leistungen müssen allerdings von legalen Anbietern erworben werden, wobei der Kreis möglicher Anbieter nur die nahen Angehörigen ausschließt. Neben einer Erweiterung des Leistungsspektrums geht das Pflegebudget im Vergleich zu Sachleistungen somit auch mit einer Erweiterung des Anbieterspektrums einher. Insbesondere können nun auch Leistungen von Anbietern erworben werden, die über keinen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen verfügen. Die Erweiterung des Leistungsspektrums mit einer Öffnung des Kreises möglicher Anbieter führt im Vergleich zu den Sachleistungen zu einer Erhöhung der Flexibilität im individuellen Pflegearrangement. Empfänger sollen durch das personenbezogene Pflegebudget in der Lage sein, ein auf ihre tatsächlichen Bedürfnisse abgestelltes Arrangement aus Pflegeleistungen, pflegenahen Leistungen, hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und Betreuung zu organisieren.

2. Stärkung der Autonomie

Die Empfänger des personenbezogenen Pflegebudgets kaufen Pflegeleistungen selber ein, d.h. sie sind zum einen Kunden von Leistungsanbietern, fungieren z.B. im Falle der Einbindung von Minijobbern in das Pflegearrangement aber auch als Arbeitgeber der Anbieter von Pflegeleistungen. Mit dem Pflegebudget geht somit eine Stärkung der Autonomie einher, da die Person mit Pflegebedarf nun eigenständig über die zu erbringenden Leistungen, ihre Intensität, Qualität und die damit verbundenen Kosten mit dem Anbieter verhandelt und entscheidet. Die Konsumentensouveränität mit der die Empfänger Leistungsumfang, Leistungsart und die Preise der Leistungen verhandeln

können, hängt aber entscheidend von der Marktmacht der Gruppe der Hilfebedürftigen ab. Nur wenn die Anbieter gleichermaßen gewillt sind zu verhandeln, können Leistungen kosteneffizienter im Vergleich zu den Sachleistungen erbracht werden.

3. Erhöhter Wettbewerb der Leistungsanbieter:

Durch die Möglichkeit, im Rahmen des personenbezogenen Pflegebudgets Leistungen auch von Anbietern einzukaufen, die über keinen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen verfügen, kann ein erweitertes Anbieterspektrum angesprochen werden. Diese Erweiterung des Anbieterspektrums und der damit verstärkte Wettbewerb unter den Anbietern von Pflegeleistungen sollen helfen, eine Entwicklung zu einer bedarfsgerechten Dienstleistungslandschaft anzustoßen. Im Idealfall wird der Pflegehaushalt² somit in die Lage versetzt, das pflegerische Versorgungsniveau gegenüber der Sachleistung bei gleicher Leistungshöhe zu verbessern, indem ein bedarfsgerechteres Pflegearrangement umgesetzt werden kann.

Zusätzliche Kostenvorteile können zudem dadurch entstehen, dass Pflegeleistungen von Anbietern ohne Versorgungsvertrag zu reduzierten Preisen angeboten werden. Die hierfür notwendigen Spielräume für die preisliche Gestaltung von Leistungen werden möglich, da Anbieter ohne Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen nicht an die mit einem Versorgungsvertrag einhergehenden Vorgaben zur Personalplanung gebunden sind und somit möglicherweise kostengünstiger kalkulieren können.

4. Begleitendes Case Management:

Die Bezieher des Pflegebudgets werden durch ein Case Management begleitet, welches eine Vielzahl von Funktionen übernimmt. Eine umfangreiche Darstellung der Funktionen und Rollen des Case Managements wurde durch die Begleitforschung des Arbeitsschwerpunkts Gerontologie und Pflege an der Evangelischen Fachhochschule vorgenommen (vgl. AGP, 2008). Aus der Sicht der ökonomischen Forschung bestehen die wichtigsten Funktionen des Case Managements darin, einer möglichen Überforderung der Pflegehaushalte vorzubeugen, Asymmetrien in der Marktstellung von Nachfragern und An-

² Mit Pflegehaushalt wird im Folgenden ein Haushalt bezeichnet, in dem mindestens eine Person mit Pflegebedarf lebt.

bietern von Pflegeleistungen auszugleichen und mögliche Informationsdefizite auf beiden Seiten zu beheben. Die Case Managerin/der Case Manager begleitet und berät den Pflegehaushalt somit bei der Planung und Organisation der Pflege und soll dadurch auch zur Qualitätssicherung der pflegerischen Versorgung beitragen. Beispielsweise überprüft der Case Manager/die Case Managerin, dass das Pflegebudget für pflegenaher Leistungen ausgegeben wird.

Anfang 2004 hat der Verband deutscher Angestellter Kassen gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes die Erprobung des Pflegebudgets an sieben Modellstandorten in Auftrag gegeben. Seit Ende 2004 können sich dort ansässige Pflegebedürftige zur Teilnahme an dem Modellprojekt melden. Bis Februar 2008 hatten insgesamt 875 Pflegebedürftige an dem Projekt teilgenommen. Knapp 500 waren zu diesem Zeitpunkt aktive Teilnehmer des Projektes.

Auftragnehmer war der Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege an der Evangelischen Fachhochschule (AGP) unter Leitung von Prof. Dr. Thomas Klie. Das Projekt wurde neben der AGP durch zwei weitere Forschungsinstitute, das Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW) sowie das Freiburger Institut für Angewandte Sozialforschung (FIFAS), wissenschaftlich begleitet. Schwerpunkte der Evaluation des Pflegebudgets auf Seiten des ZEW sind die ökonomischen Wirkungen des Pflegebudgets, während sich FIFAS mit sozial- und pflegewissenschaftlichen Fragestellungen auseinandersetzt.

1.2 Erfahrungen mit personengebundenen Budgets im Ausland

Die Stärkung der Autonomie der pflegebedürftigen Person im Hinblick auf das selbständige und selbst bestimmte Arrangieren der benötigten Hilfen durch Zuweisung eines Pauschalbetrages wird in der internationalen Literatur als *consumer directed care* bezeichnet, während eine Leistungserbringung durch autorisierte Vertragsanbieter als *agency care* bezeichnet wird (vgl. Lundsgaard, 2005). Um einem möglichen Leistungsmissbrauch zu begegnen und um die Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu stützen, selbst bestimmte Entscheidungen zu treffen, werden in der internationalen Literatur Ansätze von *consumer directed care* mit einer professionellen Kontrolle (*professionally monitored model*), mit professioneller Unterstützung (*professionally assisted model*) und ohne Unterstützung (*unassisted model*) diskutiert (vgl. Culler und Wiener, 2000).

In dieser Klassifikation der Versorgungsformen entsprechen die Sachleistungen einer Versorgung in Form von *agency care*, bei der nur autorisierte Vertragspartner der Pflegekassen gesetzlich zulässige Leistungen erbringen. Diese Versorgungsform unterstellt, dass der Pflegebedürftige nicht ausreichend befähigt ist, die notwendigen Leistungen selbständig zu bestimmen und am Markt zu erlangen. Im Vergleich zu *consumer directed care* bietet dieser Ansatz den Vorteil, dass Beitragzahler und Versicherer sowohl die Art der Leistungen als auch in einem bestimmten Rahmen die Kosten bestimmen können, wenn beispielsweise Zuzahlungen zu spezifischen Katalogleistungen vereinbart werden (vgl. Stone, 2001). Mit dem Pflegegeld verfügt das bestehende Regelleistungssystem der SPV jedoch auch über eine konsumentenorientierte Versorgung, welche dem *unassisted model* zugeordnet werden kann und somit ein Minimum an Kontrolle und Unterstützung und ein Maximum an Flexibilität bei der Leistungsverwendung bietet. Das personengebundene Pflegebudget – ebenfalls eine konsumentenorientierte Versorgungsform - entspricht hingegen dem zweiten Modell (*professionally assisted model*), da durch das begleitende Case Management eine professionelle Unterstützung in der Arrangierung, Qualitätssicherung und Abstimmung der Pflege auf die individuelle Problemlage sicher gestellt wird.

Persönliche Budgets in der Pflege werden in verschiedenen Ländern eingesetzt (vgl. für einen Überblick auch Arntz und Spermann, 2004). In den USA gab es seit Ende der 1990er Jahre in einzelnen Staaten (Arkansas, Florida und New Jersey) Pilotprojekte unter dem Namen *Cash & Counseling*. Hierbei wurden Budgets an Haushalte von Pflegebedürftigen ausgegeben mit variierender Leistungshöhe entsprechend der Bedürftigkeit. Einen Ausschluss der Angehörigenbezahlung gab es nicht. Während die *Cash & Counseling* Programme nur als Pilotprojekte durchgeführt worden sind und in keinem der Bundesstaaten als Regelleistung eingeführt wurden, sind in den Niederlanden, Norwegen, Schweden und dem Vereinigten Königreich Budgets als Regelleistungen verfügbar. In den Niederlanden und im Vereinigten Königreich ist eine Angehörigenbezahlung auf Personen beschränkt, die nicht mit der pflegebedürftigen Person im gleichen Haushalt leben. Hingegen wird in Schweden die Vergütung von Angehörigen über 65 Jahren ausgeschlossen. In Norwegen gibt es keine solche Einschränkung.

Ein Teil der Programme für eine konsumentenorientierte Versorgungsform wurde im Hinblick auf die Versorgungsqualität und -situation mit einem *agency care* Modell verglichen. Umfangreiche wissenschaftliche Untersuchungen der verschiedenen

Budgets liegen jedoch nicht vor. Die beste Dokumentation findet sich zu den *Cash & Counseling* Programmen, daneben gibt es Studien für die Niederlande, die tendenziell vergleichbare Ergebnisse zeigen (vgl. hierzu Miltenburg und Ramakers, 1999, und Lundsgaard, 2005).

Die *Cash & Counseling* Ergebnisse zeigen, dass die Programme zu einer Entlastung der Angehörigen beitragen (vgl. Foster et al., 2007). Auch in Bezug auf die Qualität der Pflege lassen sich keine negativen Effekte im Vergleich zur Pflege durch professionelle Dienste feststellen (vgl. Foster et al., 2003). Wiederholt konnte jedoch gezeigt werden, dass eine konsumentenorientierte Versorgungsform, bei der Leistungen auch von unautorisierten Anbietern, so genannten unabhängigen Anbietern (*independent worker*) eingekauft werden können, eine deutliche Ausdehnung des zeitlichen Hilfeumfanges ermöglicht, da diese Leistungen vielfach günstiger anbieten (Benjamin et al., 2000). Dieser Kosteneffizienz-Vorteil ist auch der Hintergrund dafür, dass das Budget in den Niederlanden einer um 15 bis 20% reduzierten Leistungshöhe gegenüber einer alternativen Sachleistung entspricht.

Die internationale Literatur zu ambulanten Versorgungsformen deutet somit darauf hin, dass das personengebundene Pflegebudget gegenüber den Sachleistungen eine kosteneffiziente Versorgungsform gegenüber den Sachleistungen sein kann. Selbst wenn dies der Fall ist, muss eine Einführung des Pflegebudgets in das bestehende Regelleistungssystem jedoch nicht kosteneffizient sein. Denn eine Einführung des Pflegebudgets als Ergänzung oder Alternative zu den bestehenden Sachleistungen bedeutet, dass zwei konsumentenorientierte Versorgungsformen – Pflegegeld und Pflegebudget – nebeneinander stehen, die zudem über eine unterschiedliche Leistungshöhe verfügen. Da das Pflegebudget im Vergleich zum Pflegegeld mit einer Einschränkung des Leistungs- und Anbieterspektrums einhergeht, könnte das Pflegebudget im Vergleich zum Pflegegeld kostenineffizient sein. Der größere Leistungsumfang des Pflegebudgets gegenüber dem Pflegegeld verstärkt jedoch das Risiko eines Mitnahmeeffektes unter Pflegehaushalten, d.h. eines Wechsels in die umfangreichere Leistung, ohne dass sich die Mehrausgaben in einer verbesserten pflegerischen Versorgung niederschlagen. Ein Vergleich verschiedener konsumentenorientierter Versorgungsformen wurde in der internationalen Literatur bislang jedoch nicht durchgeführt. Eine ökonomische Wirkungsanalyse muss daher das Pflegebudget nicht nur im Vergleich zu den Sachleistungen evaluieren. Ebenso relevant ist eine Evaluation im Vergleich zur Versorgungsform des Pflegegelds, welches derzeit etwa

70% aller Pflegebedürftigen in Anspruch nehmen. Erst wenn die ökonomischen Wirkungen des Pflegebudgets im Vergleich zu den beiden bestehenden Regelleistungen evaluiert sind, lässt sich bewerten, wie das Leistungsrecht der SPV auszugestalten ist, um die Flexibilität eines Pflegebudgets für die momentanen Empfänger von Sachleistungen zu gewähren, ohne unerwünschte Mitnahmeeffekte und Ineffizienzen zu generieren.

1.3 Ziele der wissenschaftlichen Begleitforschung durch das ZEW Mannheim

Der zentrale Forschungsgegenstand der wissenschaftlichen Begleitforschung zum personengebundenen Pflegebudget durch das ZEW sind dessen ökonomische Wirkungen. Wie bereits angesprochen meint dies insbesondere das mit der Höhe der Leistungen erzielte Versorgungs- bzw. Nutzenniveau für die Menschen mit Pflegebedarf, um die Kosteneffizienz einer Versorgungsform Pflegebudget im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen aus der Sicht der Pflegekassen abzuschätzen. Idealerweise wird die für die Pflegekassen relevante Kosteneffizienz einer Versorgungsform daran gemessen, welche Kosten für die Pflegekassen entstehen, um eine Versorgungsstunde (einer genormten Qualität) zu erbringen. Zur Bewertung der Kosteneffizienz des Pflegebudgets im Vergleich zu den Regelleistungen wäre es daher notwendig, das erreichte Versorgungsniveau sowie alle mit der Erbringung dieser Versorgung einhergehenden Kosten zu kennen. Letzteres setzt voraus, dass neben den gewährten Leistungssätzen auch die administrativen Kosten der Pflegekassen bekannt sind. Die administrativen Kosten auf Seiten der Pflegekassen sind im Rahmen des Modellprojektes jedoch nicht bekannt.³ Die empirischen Analysen zu den ökonomischen Wirkungen des Pflegebudgets beschränken sich daher darauf, die Versorgungssituation bzw. deren Veränderungen infolge eines Wechsels von der Regelleistung in das Pflegebudget näher zu untersuchen. Dies setzt voraus, dass die Versorgungssituation messbar gemacht wird und deren Veränderungen kausal auf die Wirkung des Pflegebudgets zurückgeführt werden kann.

Grundlage der wissenschaftlichen Evaluation des Pflegebudgets ist die Anlage des Modellprojekts als soziales Experiment. Die Teilnehmer des Modellprojektes werden zufällig in eine Programmgruppe von Budgetbeziehern und eine Vergleichsgruppe

³ Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass die administrativen Kosten bei den Krankenkassen ein Geschäftsgeheimnis darstellen. Gleichzeitig stellt die Vernachlässigung der administrativen Kosten der Kassen keine gravierende Einschränkung für die Analysen dar, insofern ein konstanter Kostenaufschlag für die unterschiedlichen Leistungsarten unterstellt wird.

von Beziehern der Regelleistungen eingeteilt. Dies ermöglicht unter geeigneten Annahmen die Identifikation des kausalen Effektes des Pflegebudgets durch einen Vergleich der Pflege- und Lebenssituation beider Gruppen.

Die Untersuchung dieser zentralen Größen in der wissenschaftlichen Begleitforschung erfolgt in erster Linie mit Informationen, die im Rahmen der laufenden halbjährlichen Panelerhebung bei den Teilnehmern erfragt werden. Zusätzlich wurde eine ergänzende Erhebung zu besonderen ökonomischen Aspekten des Pflegebudgets sowie einem Zwischenresümee der Teilnehmer durchgeführt. Diese Zusatzerhebung wurde als einmalige Erhebung am Projektstandort Neuwied in den Monaten Juli und August 2007 durch das Sozialforschungsinstitut TNS Infratest München durchgeführt.

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

1. **Zeitung** 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. Diese Aspekte werden auf Grundlage der Befragungen untersucht. Falls sich bezüglich der Gesundheit positive Entlastungseffekte des Pflegebudgets nachweisen lassen, könnte dies auf positive Auswirkungen auf die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung hindeuten.

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 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 vor allem 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 Modellprojektes 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. Dabei hängt die Finanzierbarkeit der Einführung des Pflegebudgets als eine zusätzliche Regelleistung im Rahmen eines ansonsten unveränderten Leistungsrechts nicht nur von der Kosteneffizienz des Pflegebudgets gegenüber der Sachleistung ab, sondern auch von der empirischen Relevanz von Übergängen aus dem Pflegegeld in das mit einer deutlichen Leistungsausdehnung verbundene Pflegebudget. 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 somit 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.

Trotz zunächst entstehender Mehrkosten aus der Sicht der SPV infolge von Übergängen aus dem Pflegegeld in das Pflegebudget könnte die Einführung eines Pflegebudgets jedoch kostenneutral sein, wenn Pflegebudgetbezieher im Vergleich zu Beziehern von bestehenden Regelleistungen länger in der ambulanten Versorgung verbleiben und der Wechsel in die kostenintensivere stationäre Versorgung somit aufgrund des Pflegebudgets hinausgezögert wird. Die Kostenanalysen des ZEW betrachten daher zwei Aspekte: die für eine kostenneutrale Einführung des Pflegebudgets notwendige Verlängerung des Verbleibs in der häuslichen Pflege und die Abschätzung der zu erwartenden Kosten aus Sicht der SPV.

In einem ersten Schritt vergleichen die Kostenanalysen zunächst die Mehrkosten durch das Pflegebudget mit den Mehrkosten einer stationären Versorgung, um die notwendige Verlängerung der ambulanten Versorgung durch das Pflegebudget gegenüber den bestehenden Regelleistungen zu bestimmen, die die Kostenneutralität einer Einführung des Pflegebudgets sicher stellt. Ob das Pflegebudget die gewünschten Effekte auf die Stabilität der ambulanten Versorgung hat, ist eine empirische Frage, die in einem weiteren Schritt anhand von Informationen aus der laufenden Erhebung sowie der Zusatzerhebung am Standort Neuwied zur Stabilität der ambulanten Versorgung untersucht wird.

Für die Abschätzung der zu erwartenden Kosten für die soziale Pflegeversicherung stellt sich anschließend die Frage der Übertragbarkeit der Ergebnisse des Modellprojektes auf den Fall einer bundesweiten Einführung des Pflegebudgets. Die Aussagekraft der Abschätzung ist jedoch aufgrund des Modellcharakters und der konkreten Umsetzung des Modellprojektes beschränkt. Ausgehend von verschiedenen Annahmen bezüglich der zukünftigen Akzeptanz des Pflegebudgets und der zu erwartenden Zusammensetzung der Budgetbezieher werden daher mehrere Szenarien für eine mögliche Kostenentwicklung aus der Sicht der Pflegekassen entwickelt. Eine solche Abschätzung der zu erwartenden Kosten für die Pflegekassen ist ein wichtiger Schritt zur Einschätzung der Umsetzbarkeit eines Pflegebudgets als Regelleistung

der sozialen Pflegeversicherung im Rahmen des bestehenden Leistungsrechts. Denn angesichts der prekären Finanzsituation der Pflegeversicherung, die sich in Defiziten zwischen 1999 und 2005 ausdrückt (Bundesministerium für Gesundheit, 2007), sind zusätzliche Kosten einer Einführung des PB nur durch höhere Beitragsätze finanzierbar.

Der vorliegende Bericht 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 Modellprojektes 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 Effektes des Pflegebudgets und widmet sich dann den ökonomischen Wirkungsanalysen hinsichtlich der oben genannten 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 schließt mit einer Schlussbetrachtung und einem Ausblick.

2 Theoretische Überlegungen zur Wirkung des Pflegebudgets

Ausgangspunkt der ökonomischen Wirkungsanalyse ist eine vergleichende theoretische Betrachtung des Pflegebudgets mit den bestehenden Regelleistungen aus der Sicht des Leistungsempfängers, da sich Pflegegeld, Sachleistungen und Kombinationsleistungen durch spezifische Vor- und Nachteile gegenüber dem Pflegebudget auszeichnen. Der zu evaluierende Effekt des Pflegebudgets ist somit abhängig von der zuvor bezogenen Leistungsform. Für die späteren Analysen und die Interpretation der Ergebnisse ist es wichtig, die mit dem Pflegebudget verbundenen Änderungen bezüglich Leistungshöhe, Leistungsverwendung und deren Rahmenbedingungen gegenüber den verschiedenen Regelleistungen zu diskutieren. Tabelle 2-1 gibt einen entsprechenden Überblick. Ausschöpfungszwang meint hier die Notwendigkeit der zeitnahen Verwendung der Leistungen, um eine Reduktion der Leistungen z.B. in Form einer Rückzahlungsverpflichtung zu vermeiden.

Tabelle 2-1: Leistungshöhen, Verwendungszweck und Rahmenbedingungen verschiedener Leistungsarten

	Pflegegeld (GL)	Sachleistung (SL)	Pflegebudget (PB)
Leistungshöhe in % der Sachleistung	44.5-53.5% je nach Pflegestufe	100%	100% plus Case Management
Zugelassene Leistungsverwendung	Keine Einschränkung	Gesetzl. Leistungskomplexe von Pflegediensten mit Versorgungsvertrag	Alle pflegerelevanten Leistungen, aber keine Bezahlung von Angehörigen 1. Grades
Verwendungsnachweis	Nein	Durch die Pflegedienste	Ja, gegenüber dem Case Manager
Ausschöpfungszwang	Nein	Nein, Überschüsse werden als Pflegegeld ausgezahlt	Ja, Überschüsse müssen zurückgezahlt werden.
Organisationsaufwand	Möglich	Relativ gering	Ja
Case Management	Nein	Nein	Ja

Anm.: Die Kombinationsleistung ist je nach Sachleistungsanteil eine Mischung aus der Sachleistung und dem Pflegegeld.

Tabelle 2-1 zeigt, dass das Pflegebudget eine Geldleistung ist, die im Vergleich zum Pflegegeld auf die Leistungshöhe der Sachleistung gehoben wurde, aber gegenüber der reinen Geldleistung des Pflegegelds keine Verwendung der Mittel für Angehörige 1. Grades vorsieht. Ergänzend sieht das Pflegebudget zudem ein Case Management vor, welches eine unterstützende und Qualität sichernde Funktion übernehmen soll.

Die resultierenden Unterschiede zwischen den Leistungsformen und deren theoretisch zu erwartenden Wirkungen werden im Folgenden diskutiert. Auf der Grundlage der theoretischen Diskussion werden im Anschluss Hypothesen zu den Effekten des Pflegebudgets abgeleitet, die in den weiteren Analyseschritten empirisch überprüft werden.⁴

2.1 Pflegebudget im Vergleich zur Sachleistung

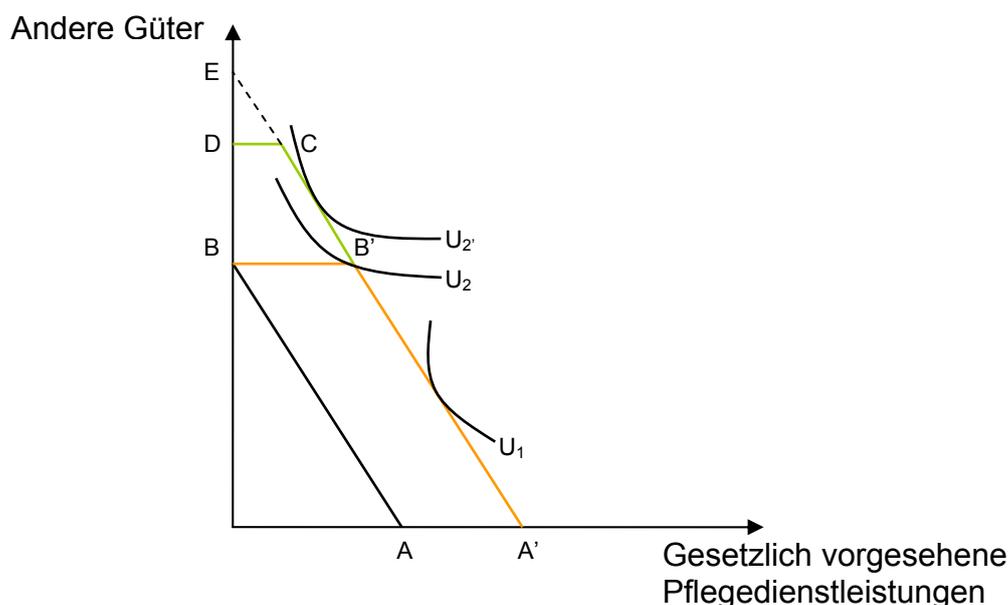
Die Leistungshöhe des Pflegebudgets entspricht der Sachleistung, ergänzt um die Beratung durch einen Case Manager. Der wichtigste Unterschied zwischen Pflegebudget und Sachleistung besteht in den erweiterten Verwendungsmöglichkeiten des Pflegebudgets. So können mit dem Pflegebudget auch Leistungen eingekauft werden, die über den gesetzlichen Katalog der Sachleistungskomplexe des SGB XI hinausgehen. Der Pflegebedürftige soll damit in die Lage versetzt werden, sein Pflegearrangement bedarfsorientiert zu gestalten. Insbesondere für Menschen mit Demenz bietet das Pflegebudget die Chance, über ein verändertes Leistungsspektrum (z.B. Erweiterung der Anwesenheitszeiten und Unterstützung im Haushalt sowie zusätzliche psychosoziale Betreuung) ein auf ihre Bedürfnisse abgestimmtes Pflegearrangement umzusetzen. Diese Erweiterung des Leistungsspektrums macht das Pflegebudget im Vergleich zur Sachleistung flexibler. Pflegebedürftige, die Leistungen außerhalb des Sachleistungskatalogs beziehen möchten, haben durch das Pflegebudget im Vergleich zur Sachleistung somit einen Vorteil (vgl. Ribhegge, 2004; Rosen, 2002).

Eine graphische Verdeutlichung dieses Vorteils gibt Abbildung 2-1. Sie zeigt auf der Abszisse die gesetzlich definierten Sachleistungskomplexe, während die Ordinate die über diesen Sachleistungskatalog hinausgehenden Leistungen, wie z.B. eine psychosoziale Betreuung, die Pflege durch Angehörige und die Pflege durch einen Anbieter ohne Versorgungsvertrag, aber auch pflegeferne Konsumgüter, abbildet. Ausgangspunkt der theoretischen Überlegungen ist das dem Pflegehaushalt zur Verfügung stehende Budget AB. Dieses wird durch den Erhalt der Sachleistung auf A'B'B angehoben. Die geknickte Budgetgerade gibt dabei wieder, dass aufgrund der Zweckbindung der Sachleistungen Güterkombinationen im Dreieck BB'E nicht realisiert werden können. Je nach den Präferenzen der Haushalte ergibt sich nun ein Nutzenniveau der pflegerischen Versorgung von U_1 (Haushalt 1) oder U_2 (Haushalt

⁴ Für eine detaillierte theoretische Wirkungsanalyse siehe auch Arntz und Spermann (2004).

2). Haushalt 2 wählt dabei eine Kombination von Gütern und Dienstleistungen, die der Ecklösung am Punkt B' entspricht. Dies bedeutet, dass Haushalt 2 bei einer frei wählbaren Güterkombination gerne weniger gesetzliche Pflegedienstleistungen und dafür andere Güter konsumiert hätte, er aber durch die Zweckbindung der Sachleistungen dazu gezwungen ist, gesetzliche Pflegedienstleistungen im Umfang von BB' einzukaufen.

Abbildung 2-1: Sachleistung (A'B'B) im Vergleich zum Pflegebudget (ACD) ohne Berücksichtigung des Case Managements und von Transaktionskosten



Im Falle eines Pflegebudgets gleicher Leistungshöhe, d.h. ohne Berücksichtigung des Case Managements sowie eventuell anfallender Kosten der Organisation des Pflegearrangements (Transaktionskosten), ergibt sich nun die Budgetgerade ACD. Auch diese Budgetgerade ist geknickt, da das Pflegebudget keine völlig freie Verwendung der Mittel vorsieht. Dies ist jedoch mit einer reinen Geldleistung möglich, die durch A'E gekennzeichnet ist.⁵ Stattdessen sind im Pflegebudget keine pflegefernen Güter und keine Vergütung Angehöriger 1. Grades zulässig. Dennoch ist das Leistungsspektrum des Pflegebudgets gegenüber der Sachleistung erweitert, so dass zusätzlich Güterkombinationen im Viereck BB'CD realisiert werden können.

Für Haushalt 1 hat dies keine Konsequenzen. Das Nutzenniveau bleibt konstant, da die nutzenmaximale Güterkombination bereits im Rahmen der Sachleistung umge-

⁵ Beachte hier, dass die reine Geldleistung in diesem Fall nicht das Pflegegeld meint, da es eine andere Leistungshöhe hat. Das Pflegegeld in seiner derzeitigen Ausgestaltung müsste durch eine parallel Budgetgerade zwischen AB und A'E wiedergegeben werden.

setzt werden konnte. Haushalt 1 ist somit indifferent zwischen der Wahl von Sachleistungen und Pflegebudget. Haushalt 2 hingegen erfährt einen Nutzengewinn durch die Verschiebung der Indifferenzkurve auf U_2' und hat somit einen Anreiz, in das Pflegebudget zu wechseln. Zudem bedeutet der Nutzenzuwachs der pflegerischen Versorgung durch das Pflegebudget gegenüber der Sachleistung bei einer konstanten Leistungshöhe, dass das Pflegebudget die kosteneffiziente Leistungsform für Haushalt 2 darstellt.

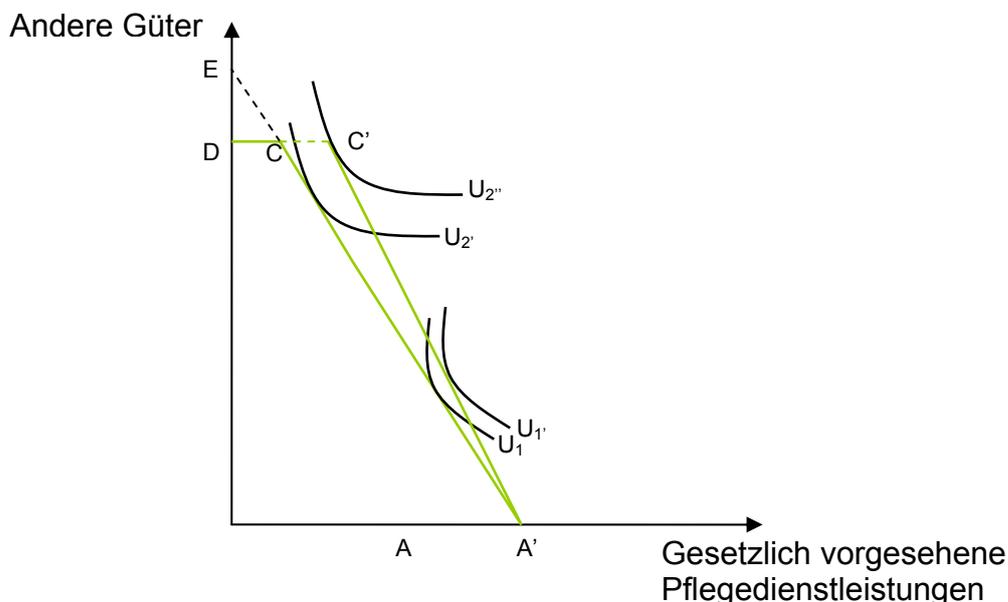
Das in Abbildung 2-1 gezeigte Ergebnis kann leicht modifiziert werden, da das Pflegebudget neben einem erweiterten Leistungsspektrum auch ein erweitertes Spektrum an Anbietern zulässt. So erlaubt das Pflegebudget, Leistungen von Anbietern einzukaufen, die über keinen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen verfügen. Dies könnte dazu führen, dass Leistungen günstiger angeboten werden, wenn Spielräume für die preisliche Gestaltung von Leistungen entstehen, weil Anbieter ohne Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen beispielsweise nicht an die mit einem Versorgungsvertrag einhergehenden Vorgaben zur Personalplanung gebunden sind. Können diese Anbieter kostengünstiger kalkulieren, kommt es zu einem veränderten Austauschverhältnis zwischen beiden Pflegegütern. Dies äußert sich in einer Drehung der Budgetgerade in Abbildung 2-2. Haushalt 2 erfährt in diesem Fall einen weiteren Nutzenzuwachs durch die Verschiebung der Indifferenzkurve auf U_2'' und auch Haushalt 1 erzielt nun einen Nutzenzuwachs durch die Verschiebung der Indifferenzkurve nach U_1' . Insgesamt zeigt sich somit, dass das Pflegebudget gegenüber der Sachleistung die Chance bietet, die pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen bei gleicher Leistungshöhe durch eine bedarfsgerechte Ausgestaltung (Haushalt 2) sowie durch ein kostengünstigeres Leistungsangebot (Haushalt 1 und 2) zu verbessern. Das Pflegebudget kann gegenüber der Sachleistung somit kosteneffizient sein.

Ob sich das Pflegebudget in der Praxis gegenüber der Sachleistung als kosteneffizient erweist, hängt jedoch nicht nur von vorhandenen Angeboten, sondern auch von drei Fähigkeiten der Pflegebedürftigen ab:

1. Vergleich der Leistungen verschiedener Anbieter,
2. Verhandlung von Leistungen und Preisen
3. Kontrolle der Qualität der erbrachten Leistungen

Es ist aber davon auszugehen, dass die dazu erforderliche Marktmacht und Konsumentensouveränität der Pflegebedürftigen häufig aufgrund von Pflegebedürftigkeit und Demenz eingeschränkt ist. In diesen Fällen sind die mögliche Unterstützung durch pflegende Angehörige sowie die ergänzende Unterstützung durch das Case Management von zentraler Bedeutung, um die aufgezeigten Nutzengewinne zu realisieren (siehe in Abbildung 2-2). Der mit der Planung und Organisation der Pflege im Falle des Bezugs von Pflegebudget eventuell auftretende Aufwand (Transaktionskosten) kann diese Nutzengewinne jedoch teilweise wieder reduzieren, was sich in Abbildung 2-2 durch eine Verschiebung der Budgetgerade in Richtung des Ursprungs veranschaulichen lässt.

Abbildung 2-2: Zusätzlicher Nutzen des Pflegebudgets durch ein verändertes Austauschverhältnis der beiden Güter



Ob Sachleistungsbezieher das Pflegebudget als Leistung wählen werden, hängt somit zum einen von der individuellen Präferenz für Leistungen außerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen Sachleistungskomplexe ab. Zum anderen wächst die Attraktivität des Pflegebudgets für Sachleistungsbezieher mit der Effektivität des Case Managements sowie der Möglichkeit, Leistungen kostengünstiger bei anderen Anbietern einzukaufen. Solche Preiseffekte bei Pflegediensten mit einem Versorgungsvertrag dürften jedoch aufgrund des Modellcharakters und der damit verbundenen Unsicherheit für die Anbieter im Rahmen des Modellversuchs relativ gering ausfallen. Demgegenüber reduzieren die Transaktionskosten die Attraktivität des Pflegebudgets gegenüber der Sachleistung, so dass nicht alle Sachleistungsempfänger, für die das

Pflegebudget aufgrund der Erweiterung des Leistungsspektrums eine interessante Alternative darstellt, in das Pflegebudget wechseln werden.

Für die Pflegehaushalte, die sich für das Pflegebudget entscheiden, bietet das Pflegebudget die Chance, das pflegerische Versorgungsniveau bei gleicher Leistungshöhe anzuheben und somit ein gegebenes Versorgungsniveau kosteneffizienter umzusetzen. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, welches zum 1. Juli 2008 in Kraft getreten ist, werden unter anderem 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, entfielen 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.

2.2 Pflegebudget im Vergleich zu Pflegegeld

Der Wechsel vom Pflegegeld in das Pflegebudget ist mit einer spürbaren Leistungsausdehnung von etwa 50% auf 100% der Sachleistungshöhe, ergänzt um die Beratungsleistung des Case Managers, verbunden. Während die Verwendung des Pflegegelds Zweck ungebunden ist und somit als eine Ergänzung des Haushaltseinkommens verstanden werden kann, welches in das haushaltsökonomische Kalkül des Haushalts eingeht, ist die Verwendung des Pflegebudgets hingegen eingeschränkt. Abbildung 2-3 vergleicht analog zu Abbildung 2-1 das Pflegebudget (A''DB') mit dem Bezug von Pflegegeld (A'B'').

Das Pflegegeld verschiebt die Budgetgerade des Haushalts ohne Pflegeversicherung (AB) auf A'B'' nach rechts. Im Vergleich zur Sachleistung (A''CB) stehen somit zusätzlich Leistungen im Dreieck BC'B'' zur Verfügung. Haushalte, die sich für das Pflegegeld anstelle der Sachleistung entscheiden, nehmen das niedrigere Leistungsniveau in Kauf, um ein Pflegearrangement umzusetzen, das mit Hilfe der Sachleistung nicht realisiert werden kann. Mit anderen Worten, alle Pflegehaushalte, die Pflegegeld beziehen, wählen Pflegearrangements auf der Gerade C'B''. Haushalte, die

ein Pflegearrangement auf der Gerade $A'C'$ bevorzugen, welches auch mit Hilfe der Sachleistung umgesetzt werden kann, wählen aufgrund der angehobenen Leistungshöhe hingegen die Sachleistung. Die Indifferenzkurven der für den Vergleich mit dem Pflegebudget relevanten Haushalte der Pflegegeldbezieher tangieren die Budgetgerade $A'B''$ somit nur oberhalb der Linie $B'C$.

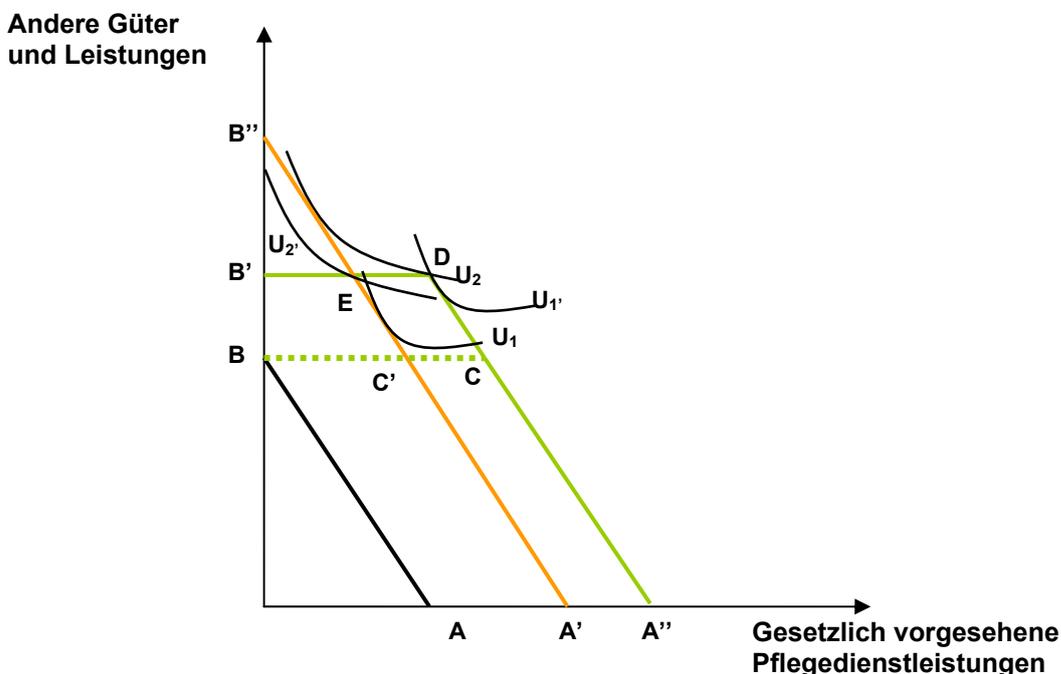
Das Pflegebudget ($A''DB'$) stellt nun eine Leistungsausdehnung auf die Höhe der Sachleistung dar, wobei durch die Erweiterung des Leistungs- und Anbieterspektrums gegenüber der Sachleistung nun auch Leistungen im Viereck $BCDB'$ eingekauft werden können. Das Pflegebudget unterscheidet sich jedoch in zwei wichtigen Punkten vom Pflegegeld: Erstens können mit dem Pflegebudget keine pflegefernen Konsumgüter erworben werden. Zweitens ist die Bezahlung von nahen Angehörigen für die Erbringung von Pflegeleistungen nicht gestattet. Dem Pflegebudgetbezieher bleibt somit die Güterkombinationen des Dreiecks $B'EB''$ verwehrt, da das Pflegebudget, anders als das Pflegegeld, nicht als eine verwendungsunabhängige Ergänzung des Haushaltseinkommens verstanden werden kann, welches für alle anderen Güter und Leistungen eingesetzt werden kann.

Um die Wirkung des Pflegebudgets im Vergleich zum Pflegegeld zu verstehen, ist es hilfreich, den Effekt der Zweckgebundenheit und den Effekt einer veränderten Leistungshöhe voneinander zu trennen. Hierzu werden wir zunächst die theoretischen Effekte eines fiktiven Pflegebudgets in Höhe des Pflegegelds diskutieren ($A'EB'$). Haushalt 1 ist in diesem Fall indifferent zwischen beiden Leistungsformen, da das Nutzenniveau U_1 beim Wechsel vom Pflegegeld in das Pflegebudget konstant bleibt. Der Haushalt kann sein optimales Pflegearrangement mit beiden Leistungsformen gleichermaßen umsetzen. Haushalt 2 hingegen erfährt durch den Wechsel in das Pflegebudget sogar eine Verschlechterung des Versorgungsniveaus durch eine Linksverschiebung der Indifferenzkurve hin zum Eckpunkt E. Dieser Nutzenverlust kommt dadurch zustande, dass Haushalt 2 eine starke Präferenz für die nur durch das Pflegegeld gegebenen Verwendungsmöglichkeiten hat. Auch lässt das Pflegegeld das gesamte Anbieterspektrum (d.h. sowohl legale als auch illegale Anbieter) zu, so dass das PB gegenüber den GL sowohl das Leistungs- als auch das Anbieterspektrum einschränkt. Für Haushalte des Typs 2 ist das Pflegebudget bei einer konstanten Leistungshöhe gegenüber dem Pflegegeld daher nur dann kosteneffizient, wenn das unterstützende Case Management positive Wirkungen auf die Versorgungssituation der Pflegebedürftigen hat. Solche Effekte könnten auftreten, wenn der

Case Manager einen positiven Einfluss auf die Preisgestaltung hat (Drehung der Budgetgerade nach rechts wie in Abbildung 2-2) oder der Haushalt aufgrund unvollständiger Informationen ohne die Unterstützung des Case Managers bislang nicht das optimale Pflegearrangement umsetzen konnte.

Dem möglichen Nutzenverlust durch die Einschränkung des Leistungs- und Anbieterspektrums durch das Pflegebudget steht jedoch die Leistungsausdehnung des Pflegebudgets auf $A''DB'$ gegenüber. Die Pflegehaushalte, die bislang Pflegegeld beziehen, teilen sich nun in solche, für die der Wechsel in das Pflegebudget aufgrund einer starken Präferenz für Leistungen außerhalb des Pflegebudgets (z.B. Bezahlung von Angehörigen) trotz der Leistungsausdehnung uninteressant bleibt (Haushalt 2), und solche, die durch einen Wechsel in das Pflegebudget ein höheres Nutzenniveau erreichen können (Haushalt 1), wobei die Relevanz dieser beiden Haushaltstypen eine empirische Frage ist. Handelte es sich bei Haushalten mit Pflegegeldbezug ausschließlich um Haushalte des Typs 2, würden wir im Rahmen des Modellprojektes keine Übergänge vom Pflegegeld- in den Pflegebudgetbezug beobachten.

Abbildung 2-3: Pflegegeld ($A'B''$) im Vergleich zum Pflegebudget ($A''DB'$) ohne Berücksichtigung des Case Managements und von Transaktionskosten



Budgetgerade	- ohne SPV:	AB
	- mit Sachleistung:	A''CB
	- mit Pflegegeld:	A'B''
	- mit Pflegebudget:	A''DB'
	- mit PB in Pflegegeldhöhe:	A'EB

Es wird deutlich, dass die Attraktivität des Pflegebudgets gegenüber dem Pflegegeld von der Präferenz der Pflegehaushalte für Leistungen und Güter abhängt, die über das Pflegebudget nicht bezogen werden können. Bei einem großen Stellenwert der freien Verwendung der Leistungen z.B. für nahe Angehörige bzw. als Teil der Grundversicherung des Haushaltseinkommens wird das Pflegegeld weiterhin attraktiver sein als der Bezug des Pflegebudgets. Durch die mit dem Pflegebudget einhergehende Leistungsausdehnung kann das Pflegebudget dennoch für einen Teil dieser Haushalte eine Alternative darstellen, deren Pflegearrangement nicht primär auf der Bezahlung naher Angehöriger beruht, sondern für die das Pflegegeld bislang eine Möglichkeit war, über den engen Leistungskatalog der Sachleistungen hinaus andere Leistungen einzukaufen (Haushalt 1). In diesem Fall bringt der Wechsel in das Pflegebudget ein verbessertes Versorgungsniveau mit sich. Gerade für diese Gruppe ist daher ein nicht unerheblicher Sog in das Pflegebudget zu erwarten. Für den Teil der Pflegegeldbezieher, die vor allem nahe Angehörige aus Leistungen der Pflegeversicherung bezahlen wollen (Haushalt 2) bzw. das Pflegegeld als eine Aufstockung des Haushaltseinkommens verstehen, ist dieser Sog vermutlich weniger stark ausgeprägt.

Die vergleichende theoretische Analyse zeigt, dass das Pflegebudget im Vergleich zum Pflegegeld zu einer Verbesserung der Versorgungssituation führen sollte. Diese zu erwartenden positiven Effekte auf das Versorgungsniveau sind jedoch auf die mit dem Pflegebudget einhergehende Leistungsausdehnung und nicht auf eine Erweiterung des Leistungs- und Anbieterspektrums zurückzuführen. Kosteneffizienzgewinne können in diesem Fall somit nur dann entstehen, wenn die Unterstützung durch den Case Manager bei der Gestaltung und Verhandlung des Pflegearrangements zu einem besseren Preis-Leistungsverhältnis führte (Drehung der Budgetgerade) oder suboptimale Pflegearrangements als solche erkannt und geändert werden. Die Kombination aus einer Ausdehnung der Leistungshöhe und einem Ausschöpfungszwang, der sich in der Rückzahlungsverpflichtung überschüssiger Leistungen äußert, fördert hingegen möglicherweise eine ineffiziente Nutzung der Leistungen.

Die starke Leistungsausdehnung des Pflegebudgets gegenüber dem Pflegegeld geht zudem mit hohen zusätzlichen Kosten für die soziale Pflegeversicherung einher. Die Kostenneutralität des Pflegebudgets gegenüber dem Pflegegeld aus Sicht der Pflegekassen ist nur gewährleistet, wenn die verbesserte Versorgungssituation einen längeren Verbleib in der ambulanten Versorgung gewährleistet. Die notwendige Ver-

längerung der ambulanten Versorgung durch das Pflegebudget im Vergleich zum Pflegegeld muss aufgrund der Leistungsausdehnung dabei deutlich länger ausfallen als im Vergleich zur Sachleistung.

2.3 Pflegebudget im Vergleich zu Kombinationsleistung

Die Kombinationsleistung setzt sich anteilig aus Pflegegeld und Sachleistung zusammen. Es besteht daher die Möglichkeit, eine beliebige Kombination beider Leistungen umzusetzen, bei der die Leistungshöhe als gewichtetes Mittel nach der folgenden Formel berechnet wird:

$$\text{Leistungshöhe} = \alpha * \text{Sachleistungshöhe} + (1-\alpha) * \text{Pflegegeldhöhe}$$

α bezeichnet hier den als Sachleistung bezogenen Anteil der Pflegeleistungen. Sobald der Pflegebedürftige einen gewissen Anteil der Leistung als Pflegegeld erhält, reduziert sich daher die Leistungshöhe im Vergleich zum reinen Sachleistungsbezug. Zudem unterliegen $\alpha\%$ der Leistungen den Rahmenbedingungen der Sachleistung und $(1-\alpha)\%$ den Rahmenbedingungen des Pflegegelds. Die zu erwartenden Wirkungen des Pflegebudgets im Vergleich zur Kombinationsleistung werden daher ebenfalls eine Kombination der zu erwartenden Wirkungen im Vergleich zur Sachleistung bzw. im Vergleich zum Pflegegeld sein und werden deshalb hier nicht wiederholt.

Die Attraktivität des Pflegebudgets für Empfänger der Kombinationsleistung ist jedoch möglicherweise besonders hoch, denn das Vorliegen einer Kombinationsleistung impliziert, dass der Pflegehaushalt den Sachleistungsrahmen nicht ausschöpft und weitere Leistungen für sein Pflegearrangement beziehen kann und möchte. Im Vergleich zum reinen Sachleistungsempfänger sollte die Neigung der Bezieher von Kombinationsleistungen, in das Pflegebudget zu wechseln, daher möglicherweise stärker ausfallen.

Die Möglichkeit der Wahl einer Kombinationsleistung impliziert aber auch, dass die Flexibilität des bestehenden Systems von Regelleistungen höher ausfällt als zunächst durch die Beschreibung der beiden anderen Leistungsformen vermutet. Je nach Präferenzen kann der Pflegebedürftige bereits im bestehenden System von Regelleistungen eine freie Kombination aus zweckgebundenen Sachleistungen und frei verwendbaren Geldleistungen wählen. Dies erlaubt dem Pflegebedürftigen bereits eine Vielzahl an Güterkombinationen umzusetzen. In Abbildung 2-3 steht durch die Kombinationsleistung nicht nur der Budgetraum A''CC'B'', sondern ein Budget-

raum A''CB'' zur Verfügung. Dies impliziert auch, dass einige der Haushalte, die bei einem reinen Sachleistungs- und Pflegegeldsystem die Ecklösung C wählen würden, durch die Kombinationsleistung nun eine Güterkombination entlang der (gedachten) Verbindungslinie zwischen C und B'' bevorzugen. Die Zahl der Pflegehaushalte, die eine Sachleistungskombination am Eckpunkt C beziehen und einen starken Nutzenzuwachs bei einem Wechsel in das Pflegebudget durch die Erweiterung des Leistungsspektrums haben, ist daher vermutlich kleiner als in Abbildung 2-3 zunächst dargestellt.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die Flexibilität des bestehenden Systems durch die Möglichkeit einer Kombination von Sachleistungen und Pflegegeld bereits relativ hoch ist und die Umsetzung bedarfsgerechter Pflegearrangements erlaubt. Bedarfsgerechtigkeit der Leistungsverwendung ist aus ökonomischer Sicht immer dann möglich, wenn eine freie und damit flexible Leistungsverwendung möglich ist.⁶ Ob die Mittel dann zur Umsetzung eines bedarfsgerechten Pflegearrangements verwendet werden, hängt jedoch auch von der Konsumentensouveränität und Marktmacht des Pflegehaushalts ab.

2.4 Schlussfolgerungen

Im bisherigen System der Regelleistungen bezogen 2005 knapp 68% der ambulant Versorgten Pflegegeld, 17% Sachleistungen und 15% Kombinationsleistungen (Pfleigestatistik, 2005). Wenn wir davon ausgehen, dass diese Zahlen die jeweils nutzenoptimale Wahl der Pflegehaushalte widerspiegeln, so lassen sich daraus einige interessante Aspekte über die Bedürfnisse der ambulant Versorgten ableiten. Zum einen scheint ein großer Teil der Pflegebedürftigen bereit zu sein, ein niedrigeres Leistungsniveau in Kauf zu nehmen, um die Leistungen frei und nach individuellen Bedürfnissen orientiert verwenden zu können. Das Angebot der Sachleistungen ist somit für die Mehrheit trotz der angehobenen Leistungshöhe keine reale Alternative. So wählen nur knapp ein Fünftel der ambulant versorgten Pflegebedürftigen 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 weiterer Regelleistung bedeuten? Für etwa 80% der durch Pflegegeld und

⁶ Der Begriff Bedarfsgerechtigkeit kann je nach wissenschaftlicher Disziplin eventuell abweichend definiert werden. Hier wird durchgängig auf die ökonomische Bedeutung des Begriffs rekurriert.

Kombinationsleistung versorgten Pflegebedürftigen bringt das Pflegebudget ein höheres Leistungsniveau bei einer Einschränkung der Leistungsverwendung hinsichtlich pflegeferner Güter und der Vergütung naher Angehöriger. Für den kleineren Anteil der Sachleistungsempfänger führt das Pflegebudget hingegen zu einer Ausweitung des Leistungs- und Anbieterspektrums. Unabhängig von der Art der Regelleistung bietet das Pflegebudget für einen Teil der Empfänger von Pflegesachleistungen, Pflegegeld und Kombinationsleistungen somit die Möglichkeit einer verbesserten Versorgungssituation.

Der theoretische Vergleich des Pflegebudgets mit den alternativen Regelleistungen hat jedoch gezeigt, 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 vor allem durch eine starke finanzielle Leistungsausdehnung, während das zulässige Leistungs- und Anbieterspektrum gegenüber dem Pflegegeld eingeschränkt wird. Insbesondere schließt das Pflegebudget die Gratifikation naher Angehöriger und die Verwendung für pflegeferne Güter und Leistungen aus. Darüber hinaus kann das Pflegebudget nicht für illegale Leistungen des Schwarzmarktes eingesetzt werden, d.h. für Leistungen, die im Fall des Pflegegelds in einigen Fällen Teil des Pflegearrangements sein dürften.

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. Ob und in welchem Maße es zu Wechseln vom Bezug des Pflegegelds in das Pflegebudget kommt, ist jedoch eine empirische Frage. Die Modellprojektergebnisse zeigen, dass es solche Übergänge gibt. Für einen Teil der Haushalte ist ein Wechsel in das Pflegebudget somit eine attraktive Alternative. Der größere Teil der Haushalte, die bislang Pflegegeld beziehen, scheint im Pflegebudget jedoch keine Alternative zu sehen (vgl. auch Endbericht von FIFAS und AGP sowie Kapitel 7 dieses Berichts).

Ein zentrales Ergebnis der theoretischen Analysen ist, dass die Wirkungen des Pflegebudgets von der zuvor bezogenen Regelleistung abhängen. Das Pflegebudget ist

somit eine heterogene Maßnahme, deren Wirkung im Falle des Modellversuchs 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. So weist eine Ausdehnung des zeitlichen Pflegeumfanges durch das Pflegebudget bei vorherigen Sachleistungsbeziehern auf eine verbesserte Kosteneffizienz hin, da eine solche Verbesserung der Versorgung bei einer konstanten Leistungshöhe erzielt wird.⁷ Eine entsprechende zeitliche Ausdehnung des Pflegeumfangs für vorherige Pflegegeldbezieher vermischt jedoch den Effekt der Leistungsausdehnung mit einem möglichen Effekt des Case Managements und kann somit nicht als Kosteneffizienzgewinn interpretiert werden. Dies bedeutet auch, dass bei einer Betrachtung der Wirkungsweise des Budgets unabhängig von der vorher bezogenen Leistungsform stets die unterschiedlichen Wirkungskanäle des Budgets

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

miteinander vermischt werden. Die Wirkungsanalysen werden daher in Abhängigkeit der vorherigen Regelleistung der Pflegebudgetbezieher wenn möglich getrennt durchgeführt. Nur so ist es möglich, 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. Während für vorherige Sachleistungsempfänger zusätzliche Kosten nur durch das Case Management anfallen, entstehen für vorherige Pflegegeldbezieher weitere Kosten durch die fast 100%ige Leistungsausdehnung. Die Kostenneutralität des Pflegebudgets ist somit nur gegeben, wenn das Pflegebudget zu einer Stabilisierung der ambulanten Versorgung führt und der Wechsel in die kostenintensivere stationäre Pflege hinausgezögert wird. Diese notwendige Reduktion des so genannten Heimsogs muss aufgrund der zusätzlichen Kosten für die früheren Pflegegeldbezieher deutlich stärker ausfallen als für die früheren Sachleistungsempfänger. Die Kosten-

⁷ Allerdings kann der zeitliche Umfang der Unterstützung nur bedingt als ein Maßstab für das Versorgungsniveau herangezogen werden, da die der Nutzen einer Versorgungsstunde je nach Anbieter der Leistung variieren kann.

neutralität des Pflegebudgets gegenüber dem Pflegegeld ist somit unwahrscheinlicher als die Kostenneutralität des Pflegebudgets gegenüber der Sachleistung.

Tabelle 2-2 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.

Tabelle 2-2: Erwartete Wirkungen des Pflegebudgets im Vergleich zu Pflegegeld und Sachleistungen

Wirkung des PB im Vergleich zu	Individuelle Perspektive		Kassenperspektive
	Kosteneffizienz	Verbesserte Versorgung	Kostenneutralität
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		

3 Der Modellversuch – Konzeption, Anspruch und Umsetzung

Das Modellprojekt wird seit Anfang 2004 im Auftrag des Verbands der Angestellten-Kassen (VdAK) an sieben Modellstandorten durchgeführt. Im Vorfeld des Modellversuches (2002/2003) wurde eine Vorstudie erstellt, die sich mit nationalen und internationalen Erfahrungen mit personengebundenen Budgets beschäftigt hat (vgl. Klie und Spermann, 2004). Diese Vorstudie diente dazu, die Umsetzung eines personengebundenen Budgets im Rahmen eines Modellversuchs vorzubereiten. Die Planung und methodische Konzeption eines entsprechenden Modellversuchs geht somit bereits auf diese frühe Phase der Auseinandersetzung mit dem Thema zurück.

Anfang 2004 begann die konkrete Umsetzung des Modellversuchs zum personenbezogenen Budget. Entsprechende konzeptionelle Überlegungen sind unter anderem in Arntz und Spermann (2005) dokumentiert. Seit Ende 2004 können die ersten, an den Modellstandorten ansässigen Pflegebedürftigen am Modellprojekt teilnehmen. Die Laufzeit des Projektes beträgt etwa vier Jahre und endet im Frühjahr 2008. Auch über diesen Zeitpunkt hinaus können die Teilnehmer des Modellprojektes weiterhin das Pflegebudget beziehen, d.h. es besteht ein Vertrauensschutz für die Teilnehmer des Projektes.

In diesem Abschnitt werden die Konzeption und Umsetzung des Modellversuchs dargestellt. Ein zentraler Aspekt der Konzeption aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitforschung ist vor allem die Anlage des Modellversuchs als soziales Experiment. Die Idee eines sozialen Experiments wird daher im nächsten Abschnitt zunächst theoretisch vorgestellt, um anschließend die Umsetzung im Modellprojekt diskutieren zu können.

3.1 Das Konzept des sozialen Experiments als Lösung des fundamentalen Evaluationsproblems

Kernaufgabe der wissenschaftlichen Begleitforschung ist die Ermittlung der Effekte des Pflegebudgets auf die Versorgungssituation der Pflegebedürftigen. Die Versorgungssituation wird abgebildet über die Struktur des Pflegearrangements im Hinblick auf 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 (siehe hierzu die Ausführungen in Teil 2) und der Versorgungssituation im Pflegebudget ermittelt werden. Der sich ergebende Unterschied in den verglichenen Versorgungssituationen ist aber nur dann durch das Pflegebudget begründet (*kausaler Effekt*),

wenn für alle weiteren, die Versorgungssituation beeinflussenden Faktoren ausreichend kontrolliert wird. 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*). Auch ein intertemporaler Vergleich der gleichen Person, d.h. Bezug der Regelleistung vor Beginn des Modellprojekts und der anschließende Bezug des Pflegebudgets im Modellprojekt, scheidet für die angestrebte Analyse aus, da die Entwicklung der individuellen Pflegebedürftigkeit mit dem zeitlichen Fortschreiten positiv korreliert ist. Eine Veränderung der Versorgungssituation oder der Lebenszufriedenheit sind dann nicht mehr kausal auf das Pflegebudget zurückzuführen.

Eine gangbare Alternative zur Lösung des Problems ist die Anwendung einer experimentellen Situation, bei welcher der unbeobachtbare Zustand der Teilnehmer (der fortlaufende Bezug von Regelleistungen) durch die beobachtbaren Zustände und Erfahrungen einer Vergleichsgruppe approximiert werden. Die zentrale Annahme dabei ist, 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 (*Zufallsauswahl* oder *Randomisierung*). Die *Randomisierung* gewährleistet, dass Programm- und Vergleichsgruppe im Hinblick auf alle Eigenschaften, die die Versorgungssituation und die Zielgrößen beeinflussen, vergleichbar sind. Gilt diese Annahme, ist ein Unterschied der Versorgungssituation zwischen beiden Gruppen allein auf das Pflegebudget zurückzuführen, d.h. der Effekts des Pflegebudgets gegenüber der Regelleistung für die Gruppe der Teilnehmer am Modellprojekt wird unverzerrt geschätzt. Die Umsetzung des sozialen Experiments in der Praxis kann aber insbesondere mit drei Problemen verbunden sein, die die Bestimmung des kausalen Effekts erschweren (vgl. Orr, 1999; Heckman et al., 1999):

1. **Indirekte Effekte** entstehen, wenn durch das Pflegebudget in den Modellstandorten ein neues Leistungsspektrum der Anbieter entsteht, welches auch von Personen der Vergleichsgruppe bezogen wird. Während diese Leistungen den Personen im Sachleistungsbezug aufgrund des Sachleistungskatalogs nicht zur Verfügung stehen, sind Personen mit Pflegegeld unbeschränkt

in der Auswahl von Anbietern und Leistungen. Zu Verzerrungen der ermittelten Effekte kommt es aber nur dann, wenn durch das Pflegebudget gänzlich neue Angebote entstehen und diese in großem Umfang von den Pflegegeldbeziehern in Anspruch genommen werden. Da dies aufgrund des Modellcharakters unwahrscheinlich ist, sind indirekte Effekte von nachrangiger Bedeutung für die Analysen.

2. Der Effekt wäre außerdem nicht eindeutig bestimmt, wenn die Vergleichsgruppe eine ähnliche Maßnahme wie das Pflegebudget beziehen könnte. Diese so genannte **Substitutionsverzerrung** (*substitution bias*) ist für die Analysen zum Modellprojekt unproblematisch, da Bezieher der Regelleistungen in der Vergleichsgruppe keinen Zugang zu einer budgetähnlichen Leistungsform haben.
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*). Panelsterben entsteht aus einer Reihe von Gründen. So kann beispielsweise die Motivation nachlassen, an der Studie teilzunehmen, Personen siedeln in ein Pflegeheim über oder Teilnehmer versterben und können deshalb nicht wiederbefragt werden. Erfolgen diese Abgänge nicht zufällig, werden die Effekte des Pflegebudgets und die Effekte des Panelsterbens miteinander vermischt. Der interessierende Parameter ist dann verzerrt. Die Relevanz des Panelsterbens für das Modellprojekt wird in Abschnitt 5.1 untersucht.

Sind die Annahmen des sozialen Experiments erfüllt oder kann ihre Gültigkeit durch ergänzende methodische Ansätze gewährleistet werden, ist der geschätzte Effekt als kausal für die Teilnehmergruppe am Modellprojekt interpretierbar (*Durchschnittlicher Effekt der Teilnahme für Teilnehmer* oder *Average Effect of Treatment on the Treated*). 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 Regelleis-

tung gilt jedoch nur dann, wenn sich die Auswahl der Teilnehmer am Modellprojekt nicht von den zukünftigen Budgetbeziehern unterscheidet. Durch die im nächsten Abschnitt beschriebene Umsetzung des sozialen Experiments im Modellprojekt sind die Bedingungen für eine Verallgemeinerung der Modellergebnisse nur unter starken, ergänzenden Annahmen gegeben. Geeignete Szenarien zur Übertragung der Modellergebnisse auf den Fall einer bundesweiten Einführung werden in Abschnitt 5.2 diskutiert.

3.2 Umsetzung des sozialen Experiments im Modellprojekt

Konzipiert als soziales Experiment können sich Pflegebedürftige, die entsprechende Teilnahmevoraussetzungen erfüllen, an den sieben Modellstandorten für eine Teilnahme an dem Projekt entscheiden und werden anschließend zufällig in eine Programmgruppe von Budgetbeziehern und eine Vergleichsgruppe mit Regelleistungsbezug aufgeteilt. Durch diese *Randomisierung* soll die Identifikation des kausalen Effektes des Pflegebudgets gewährleistet werden. Aus der konkreten Umsetzung des sozialen Experiments im Modellprojekt ergeben sich einige Besonderheiten, die in der Methodik der Wirkungs- und Kostenanalysen zu berücksichtigen sind. Im Folgenden werden die relevanten Aspekte der Umsetzung des Modellprojektes vorgestellt und die resultierenden methodischen Konsequenzen diskutiert.

3.2.1 Auswahl der Teilnahmeberechtigten

Der Personenkreis der Teilnahmeberechtigten ist zunächst geographisch auf die sieben Modellstandorte beschränkt. Diese Standorte (siehe Abbildung 3-1) sind Anna-berg (Sachsen), Erfurt (Thüringen), Unna (Nordrhein-Westfalen), Kassel (Hessen), Neuwied (Rheinland-Pfalz), München (Bayern) und Marburg-Biedenkopf (Hessen). Die Repräsentativität der Standorte für das gesamte Bundesgebiet ist hierbei limitiert. Für die Auswahl waren insbesondere das Interesse und die Bereitschaft der einzelnen Kommunen zu einer Teilnahme am Modellprojekt sowie persönliche Kontakte von Bedeutung. Es ist daher davon auszugehen, dass die Modellstandorte besonders innovative Kommunen repräsentieren. Dies wird dadurch belegt, dass die Kommunen bereits in der Vergangenheit andere Modellprojekte durchgeführt oder sich an Modellversuchen beteiligt haben.

Abbildung 3-1: Geographische Lage der sieben Modellstandorte



Tabelle 3-1 fasst die Kriterien der Standortauswahl zusammen, die in einer ausführlichen Form im Endbericht der AGP diskutiert werden (AGP, 2008). Neben der notwendigen Bereitschaft der Kommunen zur Teilnahme an dem Modellprojekt, wurde die regionale Struktur der Standorte bei der Auswahl der Standorte berücksichtigt, um das Pflegebudget in unterschiedlichen regionalen Kontexten zu erproben. Dies ist wichtig, da die Bevölkerungs- und Wirtschaftsstruktur der Standorte einen Einfluss auf die Gestaltung von Pflegearrangements und damit auch die Wirkungsweisen des Pflegebudgets haben kann. Das im ländlichen Raum noch häufig stärkere Familiengefüge sollte beispielsweise die Rolle der informellen, häuslichen Pflege stärken (Pritzkeleit et al., 2003). Andererseits hängt die relative Bedeutung von ambulanter und stationärer Pflege von der Angebotsstruktur der Pflegedienstleistungen vor Ort ab. Das Angebot von stationären Einrichtungen (z.B. Pflegeheimen) beeinflusst beispielsweise das Antragsverhalten der Pflegebedürftigen am Standort (Landtag NRW, 2005: 51). Erklärt wird dies dadurch, dass ein Umzug ins Pflegeheim innerhalb der Stadtgrenzen psychologisch leichter zu verkraften ist als ein Umzug in die weitere Umgebung (Pritzkeleit et al., 2003). Die an einem Standort gewählten Pflegearran-

gements sind daher stets das Ergebnis der standortspezifischen Nachfrage- und Angebotsstruktur.

Das Pflegebudget trifft an den sieben Modellstandorten auf unterschiedliche Nachfrage- und Angebotsstrukturen. Zudem ist denkbar, dass die Akzeptanz des Pflegebudgets regional variiert oder das Pflegebudget regional unterschiedlich genutzt wird. Die Berücksichtigung von Standorten mit unterschiedlichen regionalen Strukturen erleichtert somit die Übertragbarkeit der Modellergebnisse für den Fall einer bundesweiten Einführung.

Tabelle 3-1: Strukturelle Kriterien bei der Auswahl der Modellstandorte

Strukturelle Kriterien	
Annaberg	- ländlicher Raum (Ost) - Nähe zu Tschechien (grenzüberschreitende Pflegekräfte)
Unna	- verdichteter Raum
Marburg	- ländlicher Raum (West)
Kassel	- Großstadt
München	- Großstadt
Erfurt	- städtischer Raum (Ost)
Neuwied	- ländlicher Raum (West)

Tabelle 3-2 präsentiert einige regionale Kenngrößen für die einzelnen Modellstandorte. Eine darüber hinausgehende Charakterisierung der Standorte findet sich auch in Kapitel 3 des Endberichts der AGP (AGP, 2008). Die Betrachtung der Indikatoren in Tabelle 3-2 macht deutlich, dass die Modellstandorte ein breites Spektrum regionaler Kontexte abdecken. So unterscheiden sich die Standorte nicht nur hinsichtlich ihres Regionstyps, der sich u. a. in der Einwohnerdichte widerspiegelt. Auch umfassen die Modellstandorte sowohl strukturell schwache Regionen wie z.B. Annaberg, aber auch wirtschaftlich prosperierende Standorte (München). Unterschiede zwischen den Standorten zeigen sich zudem in der Bevölkerungsstruktur, was sich beispielsweise im Anteil der älteren Wohnbevölkerung und dem Anteil der Pflegebedürftigen widerspiegelt. Auffällig ist hier der Standort Annaberg, dessen hoher Anteil älterer Menschen zumindest in Teilen mit der anhaltenden Abwanderung der jüngeren Bevölkerung aus strukturschwachen ostdeutschen Regionen zusammenhängt. Eine relativ

junge Bevölkerung und somit auch einen geringeren Anteil an Pflegebedürftigen weist hingegen München auf.

Tabelle 3-2: Regionale Indikatoren der Bevölkerungs- und Wirtschaftsstruktur an den Modellstandorten

	<i>Modellstandorte</i>							Deutschland
	Annaberg	Erfurt	Unna	Kassel	Neuwied	München	Marburg-Biedenkopf	
Einwohnerdichte (Einwohner pro km ²)	195	749	787	1.820	296	4.019	201	231
BIP pro Kopf in €	16.989	28.524	18.703	39.262	21.660	53.248	25.348	26.856
Arbeitslosenquote in %	18,6	19,8	13,1	16,6	9,4	7,4	7,2	11,4
Anteil der Personen ≥65 Jahre an der Bevölkerung in %	20,5	17,6	18,0	19,4	19,1	16,8	16,6	18,0
Pflegebedürftige in % der Gesamtbevölkerung	2,9	2,5	2,9	3,2	2,7	2,0	2,9	2,5
Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege in % aller Pflegebedürftigen	22,0	32,7	25,2	24,6	31,3	24,3	23,6	29,5
Bezieher von Sach- und Kombinationsleistungen in % aller Pflegebedürftigen	28,4	20,0	21,8	21,0	17,0	27,5	22,5	21,7
Pflegegeldbezieher in % aller Pflegebedürftigen	48,3	46,1	50,8	53,2	51,5	47,4	52,1	47,5
Pflegebedürftige je Mitarbeiter eines Pflegedienstes	8,3	15,0	11,3	6,6	15,8	7,8	8,1	10,3

Quellen: Regional Statistik 2006, INKAR 2005, alle Werte für 2003, BIP/Kopf und Arbeitslosenquoten für 2004.

Die spezifische Bevölkerungs- und Wirtschaftsstruktur der einzelnen Standorte geht auch mit Unterschieden in der Struktur der Pflege einher. In den Städten München und Erfurt finden wir beispielsweise einen unterdurchschnittlichen Anteil von Pflegegeldbeziehern, einen überdurchschnittlichen Anteil von Pflegebedürftigen in stationärer Versorgung und eine unterdurchschnittliche Versorgungsdichte ambulanter Pflegedienste. Demgegenüber weist der ländliche Standort Annaberg in Ostdeutschland einen hohen Anteil an ambulanter Versorgung, insbesondere in Form des Pflegegeldbezuges, auf. Die verschiedenartige regionale Struktur der Standorte bringt daher unterschiedliche Implementierungskontexte für das Pflegebudget mit sich. Den-

noch ist an dieser Stelle noch einmal daran zu erinnern, dass die Auswahl der Modellstandorte keinen repräsentativen Schnitt aller bundesdeutschen Regionen darstellt. Da ausschließlich Pflegebedürftige aus diesen Modellregionen teilnahmeberechtigt sind, beschränkt die Wahl der Standorte auch die Repräsentativität der Pflegebedürftigen. Diese Selektion muss in der Interpretation der Erkenntnisse berücksichtigt werden.

Darüber hinaus gibt es weitere Zugangsvoraussetzungen zur Teilnahme am Modellprojekt. So waren an allen Standorten des Modellprojektes Pflegedürftige zunächst nur dann teilnahmeberechtigt, wenn sie einen Neuantrag oder einen Antrag auf Höherstufung bei ihrer Pflegekasse gestellt haben oder aus dem Krankenhaus oder einer Rehabilitationsmaßnahme entlassen wurden. Diese Teilnahmevoraussetzung sollte gewährleisten, dass nur Personen, die sich einer veränderten Pflegesituation gegenübersehen und somit eine hohe Bereitschaft zur Veränderung ihres Pflegearrangements mitbringen, an dem Modellprojekt teilnehmen. Bei bestehenden und auf die aktuelle Pflegesituation bereits abgestimmten Pflegearrangements ist eine geringere Bereitschaft zur Veränderung zu erwarten. Aufgrund zunächst geringer Teilnehmerzahlen wurde diese Zugangsberechtigung jedoch nachträglich erweitert (vgl. AGP, 2008). Auch Pflegebedürftige aus dem Bestand, d.h. Pflegebedürftige mit einem bereits bewilligten Antrag oder keinem Antrag auf Höherstufung, konnten an dem Modellprojekt teilnehmen. Die Teilnehmer an dem Modellprojekt repräsentieren daher eine Mischung aus der Gruppe der Antragsteller und Krankenhausentlassungen und dem Bestand der Pflegebedürftigen an den jeweiligen Standorten.

Zusätzlich zu diesen allgemeinen Zugangsvoraussetzungen gab es standortsspezifische Zugangsregeln, die in Tabelle 3-3 aufgeführt sind. So wurden an den meisten Standorten nur Pflegebedürftige zur Teilnahme zugelassen, die vor Beginn Sachleistungen oder Kombinationsleistungen mit einem Sachleistungsanteil von mehr als 90% bezogen haben. Dies wurde vom Auftraggeber damit begründet, dass das Pflegebudget nur gegenüber der Sachleistung eine Erweiterung der Verwendungsmöglichkeiten darstellt und eine verbesserte Kosteneffizienz vor allem für diese Personengruppe zu erwarten ist (siehe auch Ausführungen in Teil 2). Nur an zwei Standorten, Neuwied und Erfurt, waren zusätzlich Bezieher von Pflegegeld teilnahmeberechtigt. Auch an diesen Standorten wurden jedoch Kombinationsleistungsbezieher mit einem Sachleistungsanteil von weniger als 90% zunächst von der Teilnahme am Projekt ausgeschlossen.

Tabelle 3-3: Standortspezifische Zugangskriterien für die Teilnahme am Modellprojekt

	Zugangskriterien ...		Besonderheiten
	... zu Beginn	... seit 03/06	
Annaberg	SL und KL (90+)	SL und KL (50+)	Keine
Unna	SL und KL (90+)	SL und KL (50+)	Übernahme der Vergleichsgruppe in die Programmgruppe ab Mai 2007
Marburg	SL und KL (90+)	SL und KL (50+)	Keine
Kassel	SL und KL (90+)	SL und KL (50+)	Keine
München	SL und KL (90+)	SL und KL (50+)	Keine Vergleichsgruppe ab März 2006
Erfurt	SL und KL (90+) und GL	SL und KL (50+) und GL	Keine
Neuwied	SL und KL (90+) und GL	SL und KL (50+) und GL	Keine

Anm.: SL – Sachleistung; KL – Kombinationsleistung; GL - Pflegegeld

An keinem der Standorte konnten somit alle Pflegebedürftigen an dem Modellprojekt von Anfang an teilnehmen. Infolge der zunächst geringen Teilnehmerzahlen wurde die Zugangsregelung ab März 2006 jedoch etwas gelockert, so dass an allen Standorten auch Kombinationsleistungsbezieher mit einem Sachleistungsanteil von mehr als 50% an dem Modellprojekt teilnehmen konnten. Da der Anteil der Kombinationsleistungsempfänger mit einem Sachleistungsanteil von <50% gering ausfallen dürfte, ist diese Zugangsbeschränkung an den Standorten Neuwied und Erfurt seit März 2006 eher gering.

Durch die Auswahl der Modellstandorte und die standortspezifischen Zugangsregelungen repräsentiert der Kreis der Zugangsberechtigten im Modellprojekt somit nicht die Pflegebedürftigen, die im Falle einer bundesweiten Einführung des Pflegebudgets das Pflegebudget als Regelleistung der SPV beziehen könnten. Dies hat Konsequenzen für die Übertragbarkeit der Ergebnisse des Modellversuchs auf den Fall der bundesweiten Einführung des Pflegebudgets, d.h. für die externe Validität des Modellversuchs.

Insbesondere bedeutet die fehlende Repräsentativität der Zugangsberechtigten, dass der durchschnittliche kausale Effekt des Budgets im Modellprojekt nicht als der durchschnittliche kausale Effekt im Falle einer Einführung des Pflegebudgets interpretiert werden kann. Durch die Übergewichtung von Sachleistungsbeziehern in dem Kreis der Zugangsberechtigten und damit auch unter den Teilnehmern am Modellversuch wird der beobachtete Budgeteffekt stark durch die Ergebnisse im Vergleich

zur Gruppe der Sachleistungsbezieher bestimmt. Da die Wirkungen des Pflegebudgets von dem vorherigen Regelleistungsbezug abhängen, bedeutet eine Abweichung der Teilnehmergruppe von der zu erwartenden Gruppe der Budgetbezieher bei Einführung eines Pflegebudgets somit, dass der durchschnittliche Budgeteffekt für den Fall einer Einführung des Pflegebudgets nur unter zusätzlichen Annahmen bzgl. der zu erwartenden Zusammensetzung der Budgetbezieher möglich ist. Gleiches gilt für die Hochrechnung der zu erwartenden Kosten für den Fall einer Einführung des Pflegebudgets als Regelleistung. Auch hier ist es notwendig, eine bestimmte Zusammensetzung der zukünftigen Budgetbezieher anzunehmen. Von diesen Annahmen hängt die externe Validität des Modellversuchs ab.

Die an den Standorten beobachtete Selektion von Zugangsberechtigten in die Teilnahme am Modellprojekt kann ein erster Anhaltspunkt für die zu erwartende Zusammensetzung der Bezieher einer Regelleistung Pflegebudget sein. Allerdings ist es an Modellstandorten mit Zugangsbeschränkungen nicht möglich, den an diesen Standorten beobachteten Selektionsmechanismus auf die Grundgesamtheit zu übertragen. Lediglich die beobachtete Selektion an den (nahezu) allen Pflegebedürftigen offen stehenden Standorten Neuwied und Erfurt kann zur Abschätzung der Selektion der Pflegebedürftigen nach Leistungsart und Pflegestufe dienen. Eine solche Übertragung beruht allerdings auf der Annahme, dass die in diesen beiden Regionen beobachtete Selektion auf das Bundesgebiet übertragen werden kann. Diese Annahme ist recht strikt, da das Interesse am Pflegebudget aufgrund der oben genannten Gründe regional variiert. Zusätzlich wird in einem solchen Szenario angenommen, dass der experimentelle Charakter des Modellversuchs keinen Einfluss auf die Selektion in die Teilnehmergruppe hat, d.h. die Interessenten am Modellprojekt unterscheiden sich nicht von der Grundgesamtheit. Es ist aber anzunehmen, dass der experimentelle Charakter bestimmte Personengruppen von der Teilnahme am Projekt abhält, obwohl sie im Falle eines entsprechenden Regelleistungsangebotes das Pflegebudget wählen würden. Abschnitt 5.3 entwickelt daher verschiedene Szenarien, die die externe Validität jeweils unter unterschiedlichen Annahmen herstellen.⁸

⁸ Da die künftige Zusammensetzung der Gruppe von Budgetbeziehern auch von Faktoren abhängt, die aufgrund des Modellcharakters schwer abzuschätzen sind, wird bereits an dieser Stelle auf den einschränkenden Charakter der in den einzelnen Szenarien gemachten Annahmen hingewiesen.

3.2.2 Vergleichbarkeit der Teilnehmer in Programm- und Vergleichsgruppe

Die interne Validität des Modellprojektes ist gegeben, wenn die Annahmen des sozialen Experimentes wie in Abschnitt 3.1 beschrieben erfüllt sind. Dann ist die unverzerrte Schätzung des Budgeteffektes für die Teilnehmergruppe möglich. Nur wenn die Vergleichbarkeit der Programm- und Vergleichsgruppe durch eine erfolgreiche *Randomisierung* (Zufallsauswahl) sicher gestellt ist, kann die zugrunde liegende Annahme als erfüllt angesehen werden.

In der Umsetzung des Modellversuches wurde diese Zufallsauswahl zu Beginn zeitlich ausgesetzt, um an allen Standorten eine „kritische Masse“ an Budgetbeziehern aufzubauen. Mit der zufälligen Auswahl der Budgetbezieher aus den Teilnehmern wurde an den Standorten erst begonnen, nachdem bereits 15-25 Pflegebedürftige mit dem Bezug des Pflegebudgets begonnen hatten. Wenn diese ersten, nicht randomisierten Rekrutierungen eine spezielle Stichprobe der Pflegebedürftigen darstellen (z.B. spezielle Empfehlung der Case Manager, besonders dringender Handlungsbedarf aufgrund unzureichenden Pflegearrangements), können sich systematische Unterschiede zwischen Programm- und Vergleichsgruppe aufgrund der Auswahl zeigen.

Eine unzureichende Vergleichbarkeit beider Gruppen ist möglicherweise auch deshalb gegeben, weil die *Randomisierung* nicht an allen Standorten in gleichem Maße durchgeführt wurde. So wurde in München bereits zu Beginn des Modellversuchs auf eine Vergleichsgruppe verzichtet. Zudem wurde in Unna seit Mai 2007 die Vergleichsgruppe in die Programmgruppe übernommen, so dass seitdem keine Vergleichsgruppe an diesem Standort mehr zur Verfügung steht. Für beide Standorte ist somit eine Wirkungsanalyse auf Grundlage des sozialen Experiments nicht oder nicht mehr möglich.

Die Besonderheiten einiger Standorte (siehe auch Tabelle 3-3) bewirken zudem eine unbalancierte Verteilung der Vergleichs- und Programmgruppe über die Standorte. Da die Wirkungsweise des Pflegebudgets vom regionalen Kontext abhängen kann, könnte ein Vergleich über die beiden Gruppen somit zu verzerrten Ergebnissen führen. Das zeitliche und räumliche Aussetzen der *Randomisierung* kann daher zu einer Selektion von Teilnehmern in die Programmgruppe führen. Die damit verbundenen Probleme für die Wirkungsanalysen werden in Abschnitt 5.1.1 empirisch untersucht.

Als dritte mögliche Ursache einer unzureichenden Vergleichbarkeit der Programm- und Vergleichsgruppe im Laufe der Zeit ist das systematische Ausscheiden von Pflegebedürftigen aus der Teilnahme am Projekt (Panelsterben, s. o.). Gerade der experimentelle Charakter des Modellversuchs könnte dazu führen, dass verstärkt Pflegebedürftige, die der Vergleichsgruppe zugeordnet werden und sich in einer schwierigen Pflegesituation befinden, den zusätzlichen Aufwand durch die Teilnahme am Projekt als sehr störend und belastend empfinden und somit die Teilnahme beenden. Wenn das Ausscheiden von Teilnehmern im Laufe der Zeit zu einer systematischen Veränderung der Zusammensetzung der Programm- und Vergleichsgruppe führt, sind die Annahmen des sozialen Experiments verletzt und der kausale Effekt des Pflegebudgets kann nicht sauber identifiziert werden. Abschnitt 5.1.2 untersucht daher die empirische Relevanz eines systematischen Panelsterbens.

Falls die empirische Evidenz auf eine Selektion in die Programmgruppe bzw. ein systematisches Panelsterben hinweist, sind die Annahmen des sozialen Experiments verletzt. Eine unverzerrte Schätzung des Budgeteffektes ist dennoch möglich, erfordert in diesem Fall jedoch eine Anpassung der methodischen Herangehensweise. Die Abschnitte 5.1.1 und 5.1.2 untersuchen daher nicht nur die empirische Relevanz der möglichen Selektionsursachen, sondern diskutieren auch deren methodische Konsequenzen.

3.2.3 Case Management

Ein wichtiger inhaltlicher Aspekt des Modellversuchs ist die Implementierung eines Case Managements für die Budgetbezieher an den Modellstandorten. Eine ausführliche Darstellung der Aufgabenfelder des Case Managements findet sich in Kapitel 6 des AGP-Berichts (AGP, 2008). Die folgende Darstellung bezieht sich daher auf die aus der Sicht der ökonomischen Forschung relevanten Aspekte.

Insbesondere hat das Case Management aus ökonomischer Sicht eine auf *empowerment* zielende Funktion inne, d.h. die aufgrund der Pflegesituation möglicherweise eingeschränkte Verhandlungsmacht und Konsumentensouveränität des Pflegehaushalts soll gestärkt werden. Dies geschieht, indem das Case Managements Budget beziehende Pflegehaushalte bei der Gestaltung von Pflegearrangements individuell und kontinuierlich zu begleitet und berät. Dies beinhaltet unter anderem auch eine Unterstützung bei der Verhandlung mit Leistungsanbietern und der Gestaltung von Verträgen. Gleichzeitig hat der Case Manager auch die Aufgabe, die zweckmä-

ßige Verwendung des Pflegebudgets sicher zu stellen, die Qualität der pflegerischen Versorgung zu überprüfen und bei einer unzureichenden Pflegequalität zu intervenieren. Der Case Manager nimmt auf der Fallebene somit eine Vielzahl von Funktionen wahr, deren übergeordnetes Ziel die kontinuierliche Stabilisierung der Versorgungssituation und die Verbesserung der Pflege- und Lebenssituation des Pflegehaushalts ist.

Neben diesen Aufgaben auf der Fallebene, obliegen dem Case Management aber auch Aufgaben auf einer übergeordneten Systemebene. So soll der Case Manager Versorgungslücken des regionalen Leistungsangebots erkennen und beseitigen helfen, indem regionale Hilferessourcen mobilisiert und regionale Pflegenetzwerke aufgebaut und gefördert werden. Mit anderen Worten, der Case Manager initiiert und koordiniert Hilfen auf der regionalen Ebene. Gleichzeitig informiert der Case Manager über den sich verändernden Anbietermarkt und sorgt somit für Transparenz. Ziel dieser Tätigkeiten auf der Systemebene ist es, das Angebot an Leistungen zu verbessern und auf den Hilfebedarf der Pflegebedürftigen abzustimmen.

Im Fall einer bundesweiten Einführung des Pflegebudgets sollen die Case Manager die beschriebenen Aufgabengebiete auf der Fall- und Systemebene wahrnehmen. Die Case Manager im Rahmen des Modellversuchs haben darüber hinaus jedoch weitere Aufgabengebiete auf der Modellprojektebene. So galt es zu Beginn des Modellprojektes die relevanten Akteure und die Pflegebedürftigen vor Ort über das Projekt zu informieren und die notwendigen Case Management-Strukturen vor Ort zu schaffen. Diese Tätigkeiten sind im Rahmen des Implementationsberichts der AGP ausführlich dokumentiert (vgl. AGP, 2008). Darüber sind die Case Manager die erste Anlaufstation für Interessenten an dem Modellprojekt, informieren diese über das Modellprojekt und schaffen somit die Grundlage für die Entscheidung, an dem Modellprojekt teilzunehmen. Die Case Manager sind außerdem in die wissenschaftliche Begleitforschung des Modellversuchs eingebunden. So führen sie die Erst- und Folgebefragungen bei den Personen der Programmgruppe sowie die Erstbefragungen von Personen der Vergleichsgruppe durch, während die Folgebefragungen bei den Personen der Vergleichsgruppe durch externe Interviewer durchgeführt werden.

Die Umsetzung des Case Managements vor Ort gestaltete sich sehr unterschiedlich. So wurde das Case Management an bestehenden lokalen Strukturen angesiedelt, die jedoch von Standort zu Standort stark variieren. Während das Pflegebudgetbüro

des Case Managements an den Standorten Annaberg, Erfurt, Kassel, Marburg und Neuwied jeweils Referaten der Kreis- bzw. Stadtverwaltung angegliedert ist, ist das Pflegebudgetbüro in Unna Teil der Verbraucherzentrale und in München dem Städtischen Klinikum angegliedert. An den meisten Standorten sind zumindest zwei Case Manager für das Modellprojekt tätig, um auch im Krankheitsfall eine Vertretung sichern zu können. An den größeren Standorten Neuwied und Erfurt sind hingegen drei Case Manager im Einsatz. Zudem zeigt sich, dass die Zahl der betreuten Pflegebudgetbezieher pro Vollzeit beschäftigtem Case Manager stark variieren. Während in München fast 40 Personen pro Case Manager betreut werden, sind dies in Erfurt keine 10 Personen. Tabelle 3-4 fasst die beschriebenen Eckpunkte des Case Managements im Modellprojekt zusammen.

Tabelle 3-4: Case Management im Modellprojekt

Standort	Anzahl der Case Manager/Vollzeitäquivalente	Verankerung	Betreuungsrelation pro Vollzeitäquivalent*
Annaberg	2/1	Sozialdezernat	19
Unna	2/2	Verbraucherzentrale	22
Marburg	1/1	Sozialdezernat	39
Kassel	3/1,5	Beratungsstelle „Älter werden“	28
München	3/3	Städt. Klinikum	37
Erfurt	3/3	Betreuungsbehörde	9,3
Neuwied	3/3	Gesundheitsamt	24,3

*Aktive Teilnehmer der Programmgruppe pro Vollzeitäquivalent im August 2007

Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitforschung ergeben sich zwei Konsequenzen aus der Ausgestaltung des Case Managements im Modellprojekt:

1. Der Effekt des Case Managements auf die Pflege- und Lebenssituation ist im Rahmen des Modellprojektes nicht separat identifizierbar, sondern vermischt sich stets mit den Effekten der Erweiterung des zugelassenen Leistungs- und Anbieterspektrums (Sachleistung) oder des Anstiegs der Leistungshöhe (Pflegegeld).

2. Die Beschreibung der Aufgabengebiete und Organisationsstrukturen des Case Managements im Modellprojekt machen deutlich, dass das Case Management stark von dem Modellprojektcharakter geprägt ist und somit nur bedingt dem Case Management im Falle einer bundesweiten Einführung des Pflegebudgets (inkl. Case Management) entspricht.

So sind die Case Manager im Modellprojekt in nicht unerheblichem Maße mit Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitforschung beschäftigt, was die Zeit für die primären Aufgaben eines regelmäßigen Case Managements reduziert. Es ist jedoch damit zu rechnen, dass die Betreuungsrelation im Falle einer bundesweiten Einführung des Pflegebudgets schlechter ausfallen würde als im Modellprojekt. Eine Reform der Pflegeversicherung, die für das Jahr 2008 geplant ist, sieht unter anderem eine flächendeckende Einführung eines Case Managements vor, welches durch höhere Beitragssätze finanziert werden soll (BMG, 2007b). Dabei wird von einer Betreuungsrelation von 1:100 ausgegangen, d.h. ein Case Manager soll ca. 100 Pflegebedürftige betreuen. Die Betreuungsrelation im Modellversuch ist deutlich besser. Im Schnitt betreuen die Case Manager derzeit ca. 25 Fälle, wobei je nach Standort etwa 10 bis 40 Personen pro Fallmanager betreut wurden (vgl. Tabelle 3-4). Auf der anderen Seite nimmt die Implementierung des Case Managements in den Modellregionen sowie die Begleitforschung entsprechend der Zeitverwendungsstudie der AGP (vgl. AGP, 2008) etwa 20% der Zeit in Anspruch, die im Falle eines fest in der Region verankerten Case Managements, z.B. in Form der vom BMG geplanten regionalen Pflegestützpunkte, nicht anfallen würde. Inwiefern die Effekte des Case Managements im Modellprojekt somit dieselbe Wirkung haben wie nach einer bundesweiten Einführung, ist schwer abzuschätzen. Sicher ist jedoch, dass die Rahmenbedingungen des Case Managements im Modellprojekt nicht mit denen nach einer flächendeckenden Einführung eines Case Managements vergleichbar sind. Dennoch können die Erfahrungen des Modellprojekts zumindest Hinweise auf Vorzüge und Hindernisse in der Implementierung und Durchführung eines Case Managements geben.

Dies betrifft neben der Betreuungsrelation und den Aufgabengebieten auch die Rahmenbedingungen auf der Systemebene⁹. Denn der Modellprojektcharakter bremst möglicherweise die Bereitschaft lokaler Akteure, regionale Ressourcen zu

⁹ Siehe hierzu die Untersuchungen von Zacher, Fachhochschule Kempten.

mobilisieren und das Spektrum regionaler Hilfen auf die Bedürfnisse der Pflegebudgetbezieher anzupassen.

4 Panelerhebung der Teilnehmer

Die Teilnehmer und ihre Hauptpflegepersonen wurden über die Laufzeit des Modellprojekts in halbjährlichen Intervallen befragt (Panelerhebung). Die Ersterhebung bei Teilnehmern und deren Hauptpflegepersonen sollte dabei vor Teilnahmebeginn erfolgen. 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, siehe Abschnitt 3.1) 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 (FIFAS, 2008).

4.1 Befragung von Pflegebedürftigen und Hauptpflegepersonen

Die erhobenen Informationen der Panelerhebung orientieren sich stark an den bereits zu Beginn diskutierten Fragestellungen der wissenschaftlichen Begleitforschung. Insbesondere werden neben einigen demographischen und sozioökonomischen Hintergrundinformationen der Pflegebedürftigen Informationen zur Versorgungs- und Lebenssituation erhoben. Bei der Versorgungssituation stehen zwei Fragen im Vordergrund:

1. Wer gibt welche Hilfestellungen?
2. Welche Preise werden für diese Hilfestellungen verlangt?

Zur Beantwortung dieser Fragen wurde u. a. eine Hilfe-Helfer-Matrix erhoben, die festhält, wer welche Tätigkeiten in der Versorgung des Pflegebedürftigen übernimmt. Zusätzlich wurden für jeden Helfertyp der zeitliche Umfang der Hilfe und die Höhe der Vergütung festgehalten. Allerdings erlaubt der Aufbau der Erhebung keine direkte Zuordnung von Tätigkeiten der Hilfe-Helfer-Matrix zu der Vergütung der einzelnen Helfer, da hier Helfer teilweise zu Helfertypen zusammengefasst sind. Zusätzlich

wurden auch Fragen zu der Zufriedenheit des Pflegebedürftigen mit der Versorgungs- und Lebenssituation gestellt. Weiterer Gegenstand der Erhebung war das Fehlen wichtiger Hilfen im Pflegehaushalt, um auf diesem Wege die Bedarfsgerechtigkeit des Pflegearrangements zu erfragen. Die Panelerhebung erlaubt somit primär eine Analyse der Wirkungen des Budgets auf die Versorgungs- und Lebenssituation der Pflegebedürftigen.

Auf Seiten der Hauptpflegepersonen wiederum wurden in einer Erstbefragung zunächst soziodemographische und sozioökonomische Hintergrundinformationen erhoben (z.B. Geschlecht, Bildung, Haushaltsinformationen). Zusätzlich wurde die Hauptpflegeperson zur Zufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation und dem zeitlichen Umfang der Unterstützung des Pflegebedürftigen befragt. Einen weiteren Schwerpunkt der Befragung bildete die berufliche Situation der Hauptpflegeperson (z.B. Art und Umfang der derzeitigen Erwerbstätigkeit). In den Folgebefragungen wurde zu den beiden zuletzt genannten Themenblöcken die aktuelle Situation der Hauptpflegeperson erfragt. Durch den Aufbau als Panel ist es möglich, Veränderungen in der Belastung durch die Pflegesituation, Veränderungen der subjektiv empfundenen Lebensqualität sowie Veränderungen in der Erwerbstätigkeit der Hauptpflegepersonen zu untersuchen. Anhand dieser Dimensionen lässt sich überprüfen, ob und in welcher Form das Pflegebudget zu einer Entlastung der Hauptpflegepersonen beiträgt.

4.2 Teilnehmerzahlen und auswertbare Fälle

Die Teilnehmerzahl im Modellprojekt entwickelte sich zunächst nur langsam, was teilweise auf Informationsdefizite vor Ort zurückzuführen war, die in den ersten Monaten des Projektes jedoch nach und nach reduziert werden konnten (siehe Bericht zur Implementationsforschung, AGP 2007). Gleichzeitig wurde das Projekt ab März 2006 für einen größeren Kreis von Kombinationsleistungsempfängern geöffnet (siehe Abschnitt 3.2). Die Fallzahlen haben sich daher nach anfänglichen Schwierigkeiten zunehmend besser entwickelt. So waren im Laufe des Projektes insgesamt 875 Pflegebedürftige als Teilnehmer gemeldet. Ein großer Teil der Teilnehmer ist bereits vor Ende des Projektes verstorben bzw. aufgrund fehlender Teilnahmemotivation oder eines Wechsels in ein Pflegeheim ausgeschieden. Die Gründe für den Abbruch der Teilnahme werden ausführlich in Abschnitt 3.2 des FIFAS-Endberichts dargestellt. Tabelle 4-1 präsentiert die Verteilung der Teilnehmer nach Standorten und Zugehö-

rigkeit zur Programm- bzw. Vergleichsgruppe. Zudem wird zwischen aktiven Teilnehmern und bereits ausgeschiedenen Teilnehmern unterschieden.

Zum einen zeigt Tabelle 4-1, dass die Verteilung der Teilnehmer über die Standorte deutlich variiert. Von den Standorten mit Vergleichsgruppe konnten vor allem Neuwied und Marburg-Biedenkopf erfolgreich Teilnehmer für das Modellprojekt akquirieren. Darüber hinaus zeigt sich, dass die Programmgruppe an allen Standorten besser besetzt ist als die Vergleichsgruppe, da die Randomisierung in eine Programm- und Vergleichsgruppe zu Beginn des Projektes, wie in Abschnitt 3.2 beschrieben, zunächst ausgesetzt wurde. Das dadurch entstehende Ungleichgewicht zwischen der Programm- und Vergleichsgruppe setzt sich bis heute fort. Selbst wenn man den Standort München herausrechnet, der aufgrund der fehlenden Vergleichsgruppe einen Spezialfall darstellt, sind etwa doppelt so viele aktive Teilnehmer in der Programm- als in der Vergleichsgruppe. Die für die Wirkungsanalyse notwendige Vergleichbarkeit der Programm- und Vergleichsgruppe muss dadurch nicht beeinträchtigt sein, wenn sich die ohne Randomisierung in die Programmgruppe aufgenommen Personen nicht systematisch von den randomisierten Teilnehmern unterscheiden.

Tabelle 4-1: Teilnehmer des Modellprojektes seit Januar 2004 nach Standort, Gruppenzugehörigkeit und Teilnahmestatus

Standort	Aktive Teilnehmer		Teilnahme beendet				Gesamt
	PG	VG	PG	VG	PG (%)	VG (%)	
Annaberg	17	9	18	11	51.4	55.0	55
Erfurt	23	18	26	19	53.1	51.4	86
Kassel	31	13	28	15	47.5	53.6	87
Marburg	43	25	32	31	42.7	55.4	131
München	104	n/a	67	n/a	39.2	n/a	171
Neuwied	75	49	64	50	46.0	50.5	238
Unna	51	12	31	13	37.8	52.0	107
Gesamt	344	126	266	139	43.6	52.5	875

Anm.: PG – Programmgruppe; VG - Vergleichsgruppe

Infolge eines systematischen Ausscheidens von Individuen aus dem Projekt, ist die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen in den Folgewellen der Befragung möglicherweise jedoch nicht gewährleistet. Tabelle 4-1 gibt einen möglichen Hinweis darauf, dass die Teilnahmeabbrüche nicht zufällig über Programm- und Vergleichsgruppe verteilt sind. Während knapp 44% der Programmgruppe die Teilnahme bereits beendet haben, ist der Anteil der Abbrüche mit knapp 53% in der Vergleichsgruppe signifikant höher.

Je nach dem Zeitpunkt des Zugangs und des möglichen Austretens aus dem Projekt liegen für die Teilnehmer bis zu fünf Folgebefragungen vor. Für die meisten Teilnehmer konnten neben der Erstbefragung jedoch nur ein bis zwei Folgebefragungen realisiert werden. Zudem sind nicht von allen jemals als Teilnehmer gemeldeten Personen Befragungen vorhanden. Tabelle 4-2 zeigt die Zahl der auswertbaren Interviews nach Gruppenzugehörigkeit sowie der zuvor bezogenen Regelleistung über die verschiedenen Befragungswellen. Die Zahl der vorhandenen Befragungen reduziert sich stark im Laufe der Zeit. Zudem zeigt sich, dass die Zahl der Interviews mit Personen der Vergleichsgruppe im Laufe der Zeit nochmals stärker abnimmt als die Zahl der aktiven Teilnehmer in Tabelle 4-1. Dies kann darauf hindeuten, dass Personen der Vergleichsgruppe möglicherweise nicht nur häufiger die Teilnahme beenden, sondern es zusätzlich zu Verzögerungen bei der Durchführung und Rückmeldung von Befragungen in der Vergleichsgruppe kommt. Solche Verzögerungen hängen evtl. mit der geringeren Bereitschaft zur Befragung und der weniger engen Beziehung zwischen den Vergleichsgruppeninterviewern und den Pflegebedürftigen zusammen. Ob die grundlegende Annahme des sozialen Experimentes der Vergleichbarkeit von Programm- und Vergleichsgruppe zu Beginn und im Laufe des Modellprojektes zutrifft, wird daher in Teil 5 näher untersucht.

Tabelle 4-2: Vorliegende Erst- und Folgebefragungen der Pflegebedürftigen nach der zuvor erhaltenen Regelleistung und der Gruppenzugehörigkeit

Programmgruppe (PG)						
Leistungsart	EB	1. FB	2. FB	3. FB	4. FB	5. FB
Neuantrag/ Pflegestufe 0	62	41	22	13	8	1
Sachleistung	213	147	107	71	39	24
Pflegegeld	101	79	60	47	40	29
Kombileistung	98	73	43	21	12	8
Krankenhaus- bzw. Heimentlassung	58	36	17	6	4	0
Keine Angabe	4	2	1	1	1	0
Gesamt	536	378	250	159	104	62
Vergleichsgruppe (VG)						
Leistungsart	EB	1. FB	2. FB	3. FB	4. FB	5. FB
Neuantrag	27	15	5	3	1	0
Krankenhaus- bzw. Heimentlassung	39	26	17	10	4	1
Pflegegeld	70	46	24	14	8	2
Kombileistung	26	14	8	4	2	0
Sachleistung	8	2	1	1	0	0
Keine Angabe	0	0	0	0	0	0
Gesamt	170	103	55	32	15	3

Aufgrund der Zahlen in Tabelle 4-2 beschränkt sich die Wirkungsanalyse in Abschnitt 5 auf die Auswertung der Veränderungen zwischen der Erstbefragung und der ersten bzw. zweiten Folgebefragung. Die Zahl der auswertbaren Interviews in der Vergleichsgruppe ist in der dritten Folgebefragung bereits so niedrig, dass eine Wirkungsanalyse kaum durchgeführt werden kann. Dies ist insbesondere der Fall, wenn Unterschiede zwischen verschiedenen Leistungsgruppen berücksichtigt werden sollen.

Von den Pflegebedürftigen kann gut ein Viertel keine Privatperson als Hauptpflegeperson benennen. Von den Pflegebedürftigen mit einer Hauptpflegeperson werden fast die Hälfte von Kindern oder Schwiegerkindern versorgt, ein knappes Viertel gibt den eigenen Lebens-/Ehepartner als Hauptpflegeperson an, während nur 15% der Hauptpflegepersonen andere Angehörige und nur knapp 3% Freunde und Bekannte sind. Die Hauptpflegepersonen wurden (wie bereits eingangs beschrieben) mit einem gesonderten Fragebogens interviewt. Tabelle 4-3 zeigt die Zahl der vorhandenen Interviews in der Programm- und Vergleichsgruppe über die Befragungswellen aufgeschlüsselt nach der zuvor erhaltenen Regelleistung des Pflegebedürftigen.

Tabelle 4-3: Vorliegende Erst- und Folgebefragungen der Hauptpflegepersonen nach der zuvor erhaltenen Regelleistung und der Gruppenzugehörigkeit

Programmgruppe (PG)					
Leistungsart	EB	1. FB	2. FB	3. FB	
Neuantrag/ Pflegestufe 0	26	12	4	4	
Sachleistung	94	56	36	14	
Pflegegeld	70	42	26	21	
Kombileistung	48	29	13	8	
Krankenhaus- bzw. Heimentlassung	23	10	5	1	
Keine Angabe	2	0	0	0	
Gesamt	263	149	84	48	
Vergleichsgruppe (VG)					
Leistungsart	EB	1. FB	2. FB	3. FB	
Neuantrag/ Pflegestufe 0	18	9	4	4	
Sachleistung	16	5	4	2	
Pflegegeld	48	23	11	0	
Kombileistung	17	4	2	0	
Krankenhaus- bzw. Heimentlassung	4	1	0	0	
Keine Angabe	0	0	0	0	
Gesamt	103	40	18	2	

Da etwa 75% der Pflegebedürftigen - und damit mehr als 500 Personen in der Erstbefragung - eine Hauptpflegeperson angeben, fällt die Zahl der vorhandenen Inter-

views mit Hauptpflegepersonen in der Erstbefragung mit etwa 350 deutlich niedriger aus als erwartet. Nicht alle Hauptpflegepersonen haben somit an der Befragung teilgenommen. Unter den Teilnehmer an den Befragungen fällt zudem das Panelsterben stärker aus als in der Befragung der Pflegebedürftigen. Auffällig ist auch, dass das Verhältnis von Hauptpflegepersonen in der Programm- und Vergleichsgruppe in der Erstbefragung ungefähr dem Verhältnis in der Befragung der Pflegebedürftigen entspricht, sich dieses Verhältnis jedoch zugunsten der Programmgruppe verschiebt, da das Panelsterben unter den Hauptpflegepersonen der Vergleichsgruppe nochmals stärker ausfällt als in der Programmgruppe. In der zweiten Folgebefragung sind nur noch 18% der ursprünglichen Stichprobe vorhanden, in der Programmgruppe immerhin noch gut ein Drittel. Eine Auswertung der Befragungen von Hauptpflegepersonen im Hinblick auf die Wirkungen des Pflegebudgets wird somit stark erschwert. Lediglich ein Vergleich der Erstbefragung und der ersten Folgebefragung kann sinnvoll durchgeführt werden. Vergleiche zwischen der Erstbefragung und der zweiten Folgebefragung müssen hingegen als wenig belastbar betrachtet werden. Eine weitere Einschränkung der Auswertung der Ergebnisse für die Hauptpflegepersonen ist, dass die Wirkungen des Pflegebudgets kaum getrennt nach den unterschiedlichen Regelleistungsgruppen untersucht werden können.

4.3 Datenaufbereitung für die ökonomischen Analysen

Um für die ökonomischen Fragestellungen belastbare Wirkungsanalysen durchführen zu können, soll zuerst die Qualität der erhobenen Daten untersucht und die Aufbereitung der Daten beschrieben werden. Insbesondere soll die Vorgehensweise zur Aufbereitung einiger zentraler Informationen kurz skizziert und transparent gemacht werden. Dies betrifft zum einen den Umgang mit offenen Nennungen, zum anderen den Umgang mit unplausiblen Werten für die Angaben von Stunden und Vergütungen der einzelnen Pflegeleistungen. Eine ausführliche Beschreibung weiterer Datenaufbereitungsschritte und die Definition einzelner Variablen wird im Anhang B beschrieben. An dieser Stelle sei zudem darauf hingewiesen, dass sich die Datenaufbereitung des ZEW in Teilbereichen von der Datenaufbereitung seitens FIFAS unterscheidet. Diese Unterschiede haben ihre Ursache in den unterschiedlichen Fragestellungen der beiden Forschungsinstitute. In der folgenden Darstellung wird daher auch auf Unterschiede zu und Gemeinsamkeiten mit der Herangehensweise von FIFAS hingewiesen.

4.3.1 Umgang mit offenen Nennungen der (weiteren) Helfer und Bildung von Helferkategorien

In der Befragung wird der Pflegebedürftige an zwei unterschiedlichen Stellen nach den Pflegehelfern seines Pflegearrangements gefragt. So wird für jede der 21 Tätigkeiten der Hilfe-Helfer-Matrix zusätzlich zur vorgegebenen Liste von möglichen Helfern auch nach weiteren Helfern gefragt. Darüber hinaus werden in den Folgebefragungen auf die Frage: „Wurden Leistungen von anderen Personen oder Organisationen - außer Pflegediensten und Kurzzeit- /Tagespflege - in Anspruch genommen, die bezahlt werden mussten?“ ausschließlich offene Nennungen der Helfer und ihrer Tätigkeiten zugelassen. Für die späteren Analysen ist es notwendig, die offenen Nennungen dieser beiden Fragenkomplexe Helferkategorien zuzuordnen.

Die Einteilung in Tabelle 4-4 in vier Helferkategorien orientiert sich dabei an der Fragestellung der ökonomischen Begleitforschung und unterscheidet sich von der von FIFAS gewählten Zuordnung (vgl. Kapitel 4 des FIFAS Endberichts). Denn die mit dem Pflegebudget einhergehende Erweiterung des zugelassenen Anbieterspektrums sollte aus der Perspektive der ökonomischen Fragestellung durch die gewählten Helferkategorien abgebildet werden können. Es wird daher die Hilfe durch Angehörige (Sektor 1) von der Hilfe anderer informeller Helfer (Sektor 2), der Hilfe durch klassische Dienstleistungsangebote (Sektor 3) und weiterer gewerblicher Anbieter (Sektor 4) unterschieden. Die Unterscheidung zwischen Sektor 3 und 4 orientiert sich an der von Tilly und Wiener (2001) gewählten Unterscheidung in so genannte *agency worker*, die bei einem Pflegedienst mit Versorgungsvertrag angestellt sind (Sektor 3) und so genannte *individual worker*, die unabhängig von einem Pflegedienst oder einer Institution freiberuflich tätig sind (Sektor 4). Letztere können aus Mitteln der Pflegeversicherung nur dann bezahlt werden, wenn Geldleistungen wie das Pflegegeld oder das Pflegebudget eingesetzt werden. Die mit dem Pflegebudget im Vergleich zur Sachleistung einhergehende Möglichkeit, verstärkt Helfer dieses Sektors in Anspruch zu nehmen, sollte sich daher mit Hilfe dieser Einteilung abbilden lassen.

Tabelle 4-4 nennt jeweils Beispiele für die Zuordnung der offenen Nennungen zu den vier Helferkategorien. Deren Abgrenzung ist jedoch nicht immer exakt. Die Unterscheidung zwischen Sektor 2 und 4 besteht beispielsweise in einer unscharfen Trennung zwischen Hilfen mit einem primär gewerblichen und einem eher nicht gewerblichen Charakter. Die Nennung einer Nachbarin, Freundin oder Bekannten, die über einen Minijob o. ä. eine Aufwandentschädigung erhält, wird daher Sektor 2 zugeord-

net, während bei einer Angabe „Minijobber“ ohne die Kennzeichnung als Bekannte oder Freundin ein gewerbliches Interesse und somit Sektor 4 angenommen wird. Auch die Zuordnung der amtlichen bzw. gesetzlichen Betreuer in den Sektor 2 lässt sich damit begründen, dass diese nur eine Aufwandsentschädigung erhalten und somit von keinem überwiegend gewerblichen Interesse ausgegangen werden kann. In den Fällen, in denen die Pflegebedürftigen angeben, der gesetzliche Betreuer würde dies beruflich machen, gehen wir hingegen von Sektor 4 aus.

Tabelle 4-4: Helferkategorien und die Zuordnung offener Nennungen

Kategorie	Beschreibung	Beispiele der offenen Nennungen
Sektor 1	Informelle Hilfe von Angehörigen und Ehepartnern	Ehepartner, Tochter, Sohn, Enkelin, Schwager etc.
Sektor 2	Informelle Hilfe durch Bekannte, Freunde und Ehrenamtliche, bei der kein gewerbliches Interesse im Vordergrund der Hilfe steht	Bekannte, Nachbarin, ehrenamtliche Helfer, Betreuungsvereine, Alzheimer Gesellschaft, Seniorenschutzbund, amtliche/gesetzliche Betreuung
Sektor 3	Formelle Hilfe durch ambulante Pflegedienste unterschiedlicher Trägerschaften, med.-therapeutische Leistungserbringer, teilstationäre Einrichtungen	Private Pflegedienste, AWO, Diakonie, Caritas, betreutes Wohnen, Sozialstationen, Seniorenzentrum, Tagespflege, Arzt, Krankengymnast, Logopäde
Sektor 4	Formelle Hilfe durch privat angestellte Helfer außerhalb der in Sektor 3 genannten Dienste	Berufliche Helfer(in), angestellte Hilfskraft, Minijobber(in), private Hilfskräfte, Essen auf Rädern, Fahrdienste, Privatperson/selbstständig angestellt, privat angestellte Haushaltshilfe, Hausmeister- und Gardendienste, Putzfrau, Pflegehelfer(in) als Minijobberin, Ich-AG, freiberufliche Krankenschwester bzw. Helferin, Apotheke, Fußpflege etc.

Abgesehen von der Schwierigkeit, die vier Helferkategorien sinnvoll voneinander abzugrenzen, ergibt sich bei der Zuordnung der offenen Nennungen in die vier Sektoren eine zusätzliche Schwierigkeit bei der Nennung von Namen. Da die Beziehung

des Helfers zum Pflegebedürftigen in diesem Fall nicht klar ist, musste hier mit Annahmen gearbeitet werden. Wir gehen davon aus, dass Namensnennungen, die nicht näher spezifiziert werden, sowohl Sektor 2 (Freunde, Bekannte etc.) als auch Sektor 4 (beruflich/gewerbliche Helfer) zugeordnet werden können. Eine Zugehörigkeit zu Sektor 1 (Angehörige) ist unwahrscheinlich, da in diesem Fall eher die Verwandtschaftsbeziehung als die förmliche Anrede genannt werden sollte. Wir schließen zudem aus, dass es sich um einen Pflegedienst handelt, da diese Kategorie der Hilfe-Helfer-Matrix abgefragt wird und nicht unter „andere Helfer“ genannt werden sollte. Um zu klären, ob es sich bei den Nennungen eher um Sektor 2 oder 4 handelt, treffen wir daher eine Reihe von Annahmen.

Bei Personen, deren Name bei der Frage „Wurden Leistungen von anderen Personen oder Organisationen - außer Pflegediensten und Kurzzeit- /Tagespflege - in Anspruch genommen, die bezahlt werden mussten?“ genannt wurde, wird von einem überwiegend gewerblichen Interesse ausgegangen und die Namensnennungen somit Sektor 4 zugeordnet. Wurden dieselben Namen auch in anderen Befragungswellen und im Zusammenhang mit der Hilfe-Helfer-Matrix genannt, wurde ein entsprechender Abgleich vorgenommen, um Personen einheitlich einem Sektor zuzuordnen. Personen, die nur in der Hilfe-Helfer-Matrix als Teil des Pflegearrangements angegeben wurden, wurden Sektor 2 zugeordnet, falls der Stundenlohn unter fünf Euro pro Stunde angegeben wurde. Diese Stundenlohngrenze orientiert sich an den empirisch beobachteten Verteilungen für die den Sektoren eindeutig zuzuordnenden Helfer. Während die meisten Helfer des Sektors 2 eine Vergütung unter 5 Euro pro Stunde erhalten und somit eher eine Aufwandsentschädigung bekommen, sind die Stundenlöhne in Sektor 4 für die Mehrheit der Helfer über dieser Grenze. Eine Zuordnung der verbleibenden unklaren Namensnennungen anhand dieses Stundenlohnkriteriums erscheint daher eine plausible Vorgehensweise. Dennoch bleibt bei der Zuordnung der offenen Nennungen zu den Helferkategorien ein Unschärfebereich.

4.3.2 Verdichtung der Hilfe-Helfer-Matrix

Durch die Zuordnung der Helfer (inkl. der offenen Nennungen) zu den vier Helferkategorien wurde die Helferinformation der Hilfe-Helfer-Matrix bereits auf die vier Helferkategorien reduziert. Für jede der 21 in der Hilfe-Helfer-Matrix abgefragten Hilfen kann somit nachvollzogen werden, welcher der vier Helferkategorien Hilfe geleistet

hat. Um die Auswertbarkeit dieser Information zu erhöhen, soll die Hilfe-Helfer-Matrix zudem auf eine geringere Zahl an Hilfen verdichtet werden. Es erfolgt somit eine Reduktion der Hilfe-Helfermatrix durch eine Zusammenlegung der Einzelhilfen zu aussagekräftigen Gruppen. Insbesondere soll im Sinne der ökonomischen Fragestellungen versucht werden, Pflegeleistungen des Sachleistungskatalogs von denen zu trennen, die im Rahmen des Sachleistungskataloges nicht vorgesehen sind. Da diese „weiteren/anderen Leistungen“ zum großen Teil in den entsprechenden offenen Feldern genannt werden, ergibt sich wiederum ein Umkodierungsbedarf. Es werden daher sechs Hilfegruppen definiert, denen dann auch die offenen Nennungen zugeordnet werden (siehe Tabelle 4-5).

Tabelle 4-5: Hilfekategorien und die Zuordnung offener Nennungen

Gruppe	Beispieleleistungen
Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Waschen der Wäsche und Kleidung, Beheizen, Haus- und Gartenpflege
Körperpflege	Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung
Ernährung	Zerkleinern der Nahrungsmittel, das Eingießen von Getränken, das Bereitstellen behindertengerechten Geschirrs oder Essbestecke, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme oder der Sondenernährung
Mobilität	Hilfe beim selbstständigen Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder dem Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung
Med./Therap. Maßnahmen	Medikamente einnehmen, Behandlungspflege wie Spritzen verabreichen oder Verbände anlegen, Krankengymnastik, Massagen, Logopädie, Fußpflege
Weitere Betreuung	finanzielle Angelegenheiten, Amtsgänge, Terminabsprachen mit Ärzten, Begleitung bei Arztbesuchen, Telefonate, Post, Korrespondenz, Botengänge, Spaziergänge, Freizeitbetreuung

Die ursprüngliche 12 (Helfer) x 21 (Hilfen) Matrix kann somit auf eine für die Auswertung handhabbare 4 (Helfertypen) x 6 (Tätigkeitsbereiche) Matrix reduziert werden und erlaubt dennoch die Abbildung der erwarteten Veränderungen bzgl. der Hilfe-Helfer Struktur durch das Pflegebudget.

4.3.3 Umgang mit unplausiblen Zeitangaben der Hilfe

Aus der Sicht der ökonomischen Forschung sind die Zeit- und Vergütungsangaben zentrale Merkmale für die Wirkungsanalysen zum Pflegebudget. In den Daten finden sich teilweise aus der Sicht der ökonomischen Forschung jedoch unplausible Angaben, deren nachträgliche Korrektur schwierig ist. Aus diesem Grund hat sich das ZEW dazu entschlossen, die Analysen zu den Zeitangaben und Stundenlöhnen jeweils Sensitivitätstests zu unterziehen, d.h. es werden jeweils die unkorrigierten Daten verwendet und den Ergebnissen im Falle eines Korrekturversuchs der Daten gegenüber gestellt, um die Robustheit der Ergebnisse im Hinblick auf den Umgang mit den Daten zu überprüfen.

Bei der Betrachtung der von den Pflegehaushalten angegebenen Zeitbeträge für die Unterstützung der verschiedenen Helfer zeigen sich aus der Sicht der ökonomischen Forschung insbesondere teilweise unplausibel hohe Werte. Auf die Frage, „Wie viele Stunden helfen Ihnen die [...] Personen in einer typischen Woche?“ wurden vor allem für pflegende Angehörige Angaben in einer Bandbreite von einer Stunde die Woche bis hin zu „rund um die Uhr“, d.h. 168 Stunden die Woche, gemacht. Besonders hohe Stundenangaben kamen vor allem für Angehörige vor, die mit dem Pflegebedürftigen in einem Haushalt leben und deren Anwesenheit im Haushalt „rund um die Uhr“ dann mit einer „rund um die Uhr“ Versorgung gleichgesetzt wurde. Für die ökonomische Bewertung relevant ist jedoch die tatsächliche Hilfezeit, d.h. die Zeit, in der der Helfer dem Pflegebedürftigen entweder unmittelbar bei Tätigkeiten hilft, die dieser nicht mehr alleine bewältigen kann oder mit Tätigkeiten beschäftigt ist, die er anstelle des Pflegebedürftigen tut (z.B. finanzielle Angelegenheiten regeln). Die reine Verfügbarkeit des Helfers durch seine Anwesenheit im Haushalt sollte daher nicht mit Hilfezeit gleichgesetzt werden, da auch der Helfer eine Mindestzeit für Schlafen, Essen und Körperpflege aufwenden muss, die nicht dem Pflegebedürftigen zu Gute kommen kann. Die angegebenen Pflegezeiten der im Pflegehaushalt lebenden Helfer werden von den Pflegebedürftigen daher möglicherweise zu weit gefasst. Auch zeigt sich, dass viele Pflegebedürftige die Hilfe ihrer Angehörigen im Haushalt nicht mit 168 Stunden, sondern mit einer Stundenzahl zwischen 60 und 168 Stunden angeben. Dies legt den Schluss nahe, dass auch in diesen Fällen möglicherweise eine „Rund-um-die-Uhr-Anwesenheit“ vorliegt, aber die Pflegebedürftigen die Zeiten, in denen der Helfer Zeit für sich persönlich in Anspruch nimmt, abziehen. Als Alternative zur Verwendung der unkorrigierten Angaben zur Pflegezeit der Helfer, wählen wir daher

eine Korrektur, die eine maximale Pflegezeit pro Helfer und Woche von 84 Stunden annimmt, d.h. eine maximal 12-stündige Versorgung pro Tag. Ob letztlich die unkorrigierten oder auf diese Weise korrigierten Angaben eher in der Lage sind, die tatsächliche Hilfezeit der Helfer besser zu erfassen, kann nicht überprüft werden. Wir verwenden daher die gekappten Zeitangaben vor allem als zusätzlichen Sensitivitätstest in den späteren Wirkungsanalysen. Falls sich unabhängig von der Verwendung der unkorrigierten oder korrigierten Daten vergleichbare Ergebnisse zeigen, unterstreicht dies somit die Verlässlichkeit der Ergebnisse trotz der hier diskutierten Problematik, dass Zeitangaben von Pflegehaushalten möglicherweise unterschiedlich verstanden wurden.

Tabelle 4-6 gibt einen Überblick über die Verteilung der unkorrigierten und korrigierten Stundenverteilung der vier Helferkategorien sowie den Kappungsgrad der korrigierten Verteilung. Dabei zeigt sich, dass die Kappung von Angaben für die Sektoren 2 und 3 zu vernachlässigen sind. Für pflegende Angehörige und gewerbliche Helfer des Sektors 4 hingegen beträgt der Kappungsgrad in der Erstbefragung ca. 12-14%. Die Kappung hat für diese beiden Helferkategorien daher die größten Auswirkungen auf die Verteilung der korrigierten Werte.

Tabelle 4-6: Korrigierte und unkorrigierte Verteilung der Helferstunden nach Helferkategorien in der Erstbefragung

	<i>Mittelwert</i>	<i>Std.-Abw.</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>Zahl der Beob.^a</i>	<i>Kappungsgrad</i>
<i>Unkorrigierte Verteilung der Stunden nach Helferkategorien</i>						
Sektor 1	33,3	46,4	0,3	168	862	n/a
Sektor 2	7,2	11,4	0,5	98	130	n/a
Sektor 3	6,7	10,4	0,1	115,5	443	n/a
Sektor 4	28,4	48,3	0,3	168	193	n/a
<i>Korrigierte Verteilung der Stunden nach Helferkategorien (Kappung bei 84h/Woche)</i>						
Sektor 1	25,8	28,7	0,3	84	862	14,0%
Sektor 2	7,1	10,6	0,5	84	130	0,8%
Sektor 3	6,6	9,8	0,1	84	443	0,2%
Sektor 4	20,2	26,9	0,3	84	193	11,9%

^a Für die Verteilungen wurden alle Angaben zu den Pflegehelfern eines Sektors gepoolt.

Wie Tabelle 4-7 zeigt, verändert sich durch die Kappung auch die Verteilung der Gesamtpflegestunden aller Helfer. Während der Gesamthilfeumfang auf Basis der unkorrigierten Angaben Werte bis zu 400 Stunden pro Woche annimmt, sind Werte über 168 pro Woche, d.h. eine intensivere Versorgung als „Rund-um-die-Uhr“ auf Basis der gekappten Zeitangaben die Ausnahme. In den Wirkungsanalysen werden Sensitivitätsanalysen mit den unkorrigierten und korrigierten Zeitangaben der Befragten durchgeführt, um zu klären, ob und in welchem Maße die Ergebnisse vom Umgang mit den Stundenangaben abhängen.

Tabelle 4-7: Korrigierte und unkorrigierte Verteilung der Gesamthilfestunden für die Erstbefragung und die erste Folgebefragung

	<i>Mittelwert</i>	<i>Min.</i>	<i>10%</i>	<i>Median</i>	<i>90%</i>	<i>Max.</i>	<i>Zahl d. Beob.</i> ^a
<i>Unkorrigierte Verteilung</i>							
Erstbefragung	62,9	0,5	6	36	170	394	684
1. Folgebefragung	66,8	1,5	7,5	44,1	168	292,5	474
<i>Korrigierte Verteilung</i>							
Erstbefragung	49,7	0,5	6	36	106	266	684
1. Folgebefragung	54,9	1,5	7,5	44,1	129,5	215	474

^a Für die Verteilungen wurden alle Angaben zu den Pflegehelfern eines Sektors gepoolt.

4.3.4 Umgang mit unplausiblen Stundenlöhnen

Unplausible Werte ergeben sich vor allem für die aus den Angaben der Pflegebedürftigen berechneten Stundenlöhne der Helfer. Tabelle 4-8 zeigt die unkorrigierte Verteilung der Stundenlöhne auf Basis der korrigierten und unkorrigierten Zeitangaben für die vier Helfer kategorien. Für die Verteilungen wurden alle Angaben zu den Pflegehelfern eines Sektors gepoolt. Dabei zeigt sich, dass die Kappung der Zeitangaben kaum einen Einfluss auf die Stundenlöhne hat, da ein großer Teil der gekappten Zeitangaben bei Helfern auftreten, die nicht entlohnt werden. Lediglich für die Sektor 4 gibt es einen minimalen Anstieg des durchschnittlichen Stundenlohns aufgrund der Kappung. Der Vergleich der Tabelle 4-7 und Tabelle 4-8 zeigt, dass gerade in den Sektoren 3 und 4 jedoch einige Angaben zu den Vergütungen von Helfern fehlen. Für Sektor 3 ist dies teilweise darauf zurück zu führen, dass die Abrechnung für Pflegedienste bei Personen im Sachleistungsbezug direkt mit den Kassen erfolgt und die Pflegebedürftigen somit keine Angabe zu den Vergütungen machen konnten.

Tabelle 4-8 weist aber vor allem darauf hin, dass die Stundenlöhne in den Sektoren 1, 3 und 4 unplausible Ausreißer nach oben aufweisen. So liegen in Sektor 3 etwa 10% der angegebenen Stundenlöhne über 70 Euro pro Stunde. Zudem liegen die maximalen Stundenlöhne über 200 Euro. Stundenlöhne fallen aber nicht nur zu groß, sondern in einigen Fällen auch viel zu niedrig aus. Während die Hilfe von Angehörigen und Freunden häufig nicht oder nur wenig vergütet wird und hier somit sehr niedrige Stundenlöhne keineswegs unplausibel sind, kann ein Stundenlohn von weniger als 10 Euro pro Stunde für einen Pflegedienst als unrealistisch angenommen werden. Da für die Berechnung der Stundenlöhne Informationen zum zeitlichen Umfang erhaltener Pflegeleistungen und deren Vergütung pro Woche verwendet werden, können diese Unplausibilitäten möglicherweise auf Inkonsistenzen zwischen den jeweiligen Zeitbezügen zurückgeführt werden. Als Alternative zu den unkorrigierten Stundenlohninformationen verwenden wir in den Wirkungsanalysen daher korrigierte Stundenlöhne für Sensitivitätsanalysen.

Tabelle 4-8: Rohverteilung der Stundenlöhne nach Sektoren in der Erstbefragung

	Mittelwert	Min.	10%	25%	50%	75%	90%	Max.	Beob. ^a
<i>Verteilung auf Basis der unkorrigierten Zeitangaben</i>									
Sektor 1	0,4	0	0	0	0	0	0	82,5	862
Sektor 2	2,7	0	0	0	0	4,5	10,0	20,0	130
Sektor 3	41,0	1,1	11,3	18,8	30,3	50,0	75,0	265,0	323
Sektor 4	15,4	0,3	2,1	7,0	10,0	15,0	27,4	160,0	166
<i>Verteilung auf Basis der gekappten Zeitangaben</i>									
Sektor 1	0,4	0	0	0	0	0	0	82,5	862
Sektor 2	2,7	0	0	0	0	4,5	10,0	20,0	130
Sektor 3	41,0	1,1	11,3	18,8	30,3	50,0	75,0	265,0	323
Sektor 4	15,8	0,5	3,6	7,2	10,0	15,0	27,4	160,0	166

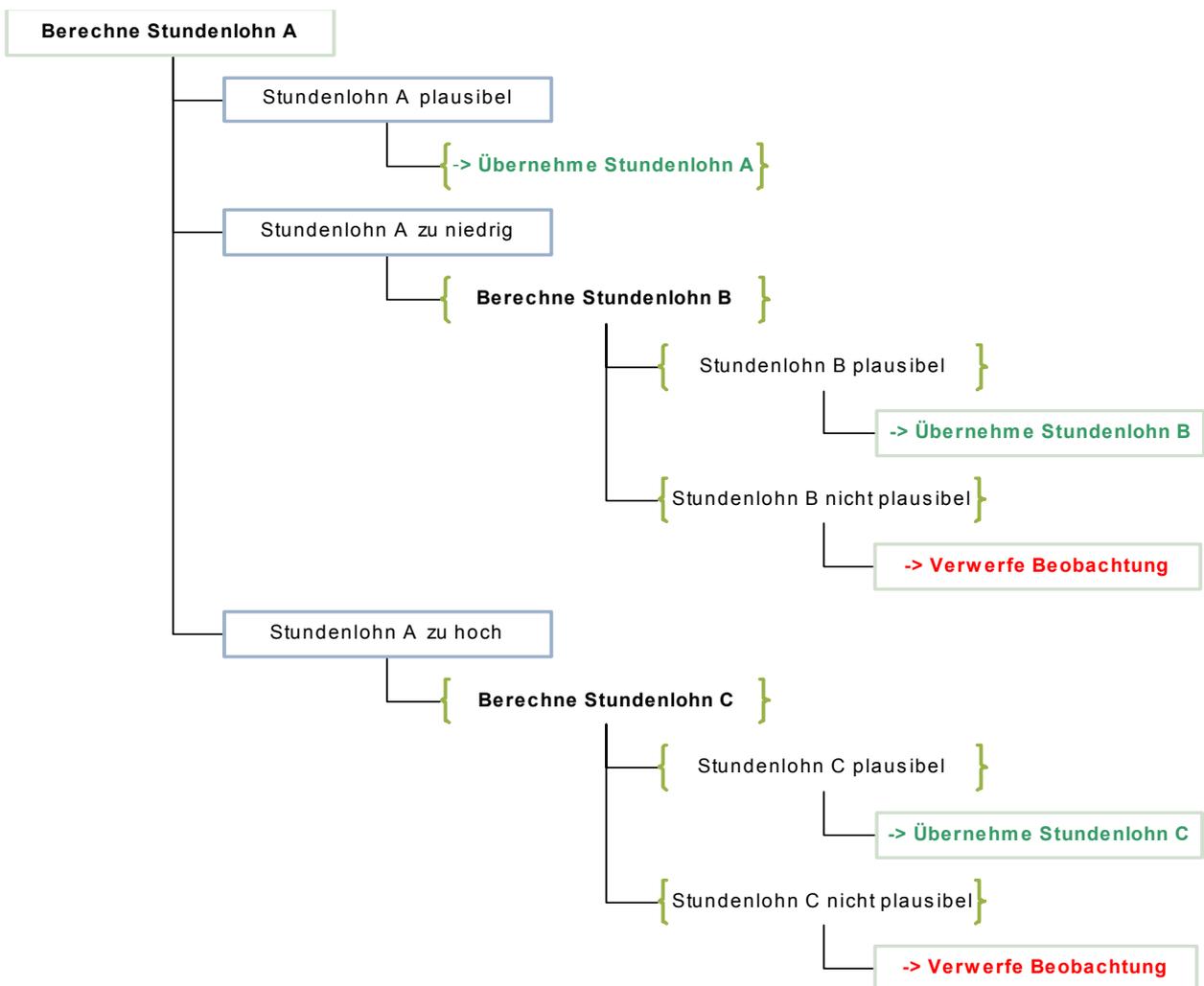
^a Für die Verteilungen wurden alle Angaben zu den Pflegehelfern eines Sektors gepoolt.

Die Idee der in Abbildung 4-1 dargestellten Korrektur beruht auf einem Vergleich der Stundenlöhne, die sich unter der Annahme verschiedener Bezugsgrößen, d.h. Wochen-, Monats- oder Tagesangaben, ergeben. Zunächst wird der unkorrigierte Stundenlohn berechnet („Stundenlohn A“), der davon ausgeht, dass es sich bei den Angaben zu Zeit und Bezahlung korrekterweise um Wochenangaben handelt. Ist Stundenlohn A innerhalb einer sektorspezifisch üblichen Lohnspanne, wird er als korrekt

interpretiert und übernommen. Die als plausibel angenommene sektorspezifische Lohnspanne ist

- 10-60 Euro/h für Pflegedienste und med.-therapeutische Anbieter (Sektor 3),
- 5-40 Euro/h für andere gewerbliche Anbieter (Sektor 4) und
- 0-20 Euro/h für den informellen Sektor (Sektor 1 und 2).

Abbildung 4-1: Korrekturverfahren für unplausible Stundenlohnangaben



Die Ableitung dieser Lohnspannen erfolgt über die empirische Verteilung der Daten, deren größte Masse der beobachteten Angaben zur Vergütung der Helfer in den jeweiligen Sektoren innerhalb dieser Grenzen liegt. Andernfalls werden die Werte entsprechend der Abbildung interpretiert. Liegt Stundenlohn A außerhalb dieser Grenzen, wird ein Abgleich mit alternativen Stundenlöhnen vorgenommen. Falls Stunden-

lohn A zu niedrig ist, d.h. er liegt unterhalb des als plausibel angenommenen sektorspezifischen Minimallohnes, wird Stundenlohn B berechnet, der davon ausgeht, dass es sich bei der angegebenen Pflegezeit um eine Monatsangabe, bei der angegebenen Bezahlung jedoch um eine Wochenangabe handelt. Ist Stundenlohn B plausibel, wird er als korrekt interpretiert und übernommen. Ist Stundenlohn B nicht plausibel, wird die enthaltene Information als unbrauchbar interpretiert und die Beobachtung wird in den späteren Lohnanalysen nicht verwendet.

Ist Stundenlohn A zu hoch, d.h. er liegt oberhalb des als plausibel angenommenen sektorspezifischen Maximallohnes, wird Stundenlohn C berechnet, der davon ausgeht, dass es sich bei der angegebenen Pflegezeit um eine Wochenangabe, bei der angegebenen Bezahlung jedoch um eine Monatsangabe handelt. Da Vergütungen in Deutschland meist monatsweise abgerechnet werden, ist dieser Fall nicht unwahrscheinlich. Ist Stundenlohn C plausibel, wird er als korrekt interpretiert und übernommen. Ist Stundenlohn C nicht plausibel wird die Beobachtung für die späteren Lohnanalysen verworfen.

Tabelle 4-9: Korrigierte Verteilung der Stundenlöhne nach Helferkategorien in der Erstbefragung mit und ohne Stundenkappung

	Mittelwert	Min.	10%	25%	50%	75%	90%	Max.	Beob. ^a
<i>Verteilung auf Basis der unkorrigierten Zeitangaben</i>									
Sektor 1	0,2	0	0	0	0	0	0	19,2	861
Sektor 2	2,7	0	0	0	0	4,5	10,0	20,0	130
Sektor 3	29,3	10,0	15,3	18,8	28,0	38,0	48,7	60,0	319
Sektor 4	12,9	5,1	7,1	8,6	10,9	15,4	19,1	40,0	160
<i>Verteilung auf Basis der gekappten Zeitangaben</i>									
Sektor 1	0,2	0	0	0	0	0	0	19,23	861
Sektor 2	2,7	0	0	0	0	4,5	10,0	20,0	130
Sektor 3	29,3	10,0	15,3	18,8	28,0	38,0	48,7	60,0	319
Sektor 4	13,1	5,4	7,2	9,0	11,2	16,0	19,2	40,0	162

^a Für die Verteilungen wurden alle Angaben zu den Pflegehelfern einer Helferkategorie gepoolt.

Wie Tabelle 4-9 zeigt werden durch die Korrektur nur sehr wenige Beobachtungen für die Analysen verworfen. Zudem ergeben sich für die informellen Helferkategorien 1 und 2 kaum Änderungen. Für die Helfer im formellen Sektor sinkt der durchschnittliche Stundenlohn jedoch, da die Mehrzahl der unplausiblen Stundenlöhne A oberhalb der Plausibilitätsgrenze liegen und somit nach unten korrigiert werden. Da letzt-

lich nicht klar ist, ob die unkorrigierten oder die korrigierten Stundenlöhne eher den richtigen Angaben entsprechen, werden die Wirkungsanalysen zur Vergütung von Pflegeleistungen in Abschnitt 5.2 um entsprechende Sensitivitätstests mit und ohne Korrektur ergänzt. Klar ist jedoch, dass aufgrund der Ungenauigkeiten in den Daten, die Niveaus der so berechneten Stundenlöhne nicht uneingeschränkt interpretiert werden können. Liegen jedoch ähnliche Ungenauigkeiten in den Daten vor, sollte der in den Wirkungsanalysen berechnete Effekt des Pflegebudgets auf die Stundenlöhne als Tendenz interpretierbar sein. Falls die korrigierten und unkorrigierten Angaben hier zu vergleichbaren Effekten des Budgets kommen, spricht dies somit für die Verlässlichkeit des geschätzten Budgeteffektes.

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. Nur wenn sich bei gleichen Kosten aus Sicht der Pflegekasse (und damit der Solidargemeinschaft) ein höheres Versorgungsniveau einstellt, kann von einer kosteneffizienten Leistungsform gesprochen werden (siehe Abschnitt 2). Eine Analyse der Wirkungen des Pflegebudgets setzt daher voraus, das Versorgungsniveau des Pflegebedürftigen messbar zu machen, was eine nicht triviale Aufgabe darstellt.

Dies liegt zum einen daran, dass die Versorgungssituation am individuellen Bedarf orientiert ist, zum anderen, dass die Versorgungssituation sich nicht durch eine einzelne Größe abbilden lässt. Während sich das erste Problem durch Stratifizierung der Stichprobe nach charakteristischen Merkmalen überwinden 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 Verbesserung 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. Reduzierte Preise sind neben einer verbesserten Versorgungssituation ein Indiz für eine kosteneffizientere Versorgung durch das Pflegebudget im Vergleich zu den Regelleistungen.

Die folgenden Analysen untersuchen daher neben Veränderungen der Indikatoren der Versorgungssituation vor allem die Preise für Pflegeleistungen. Eine Schätzung des Effektes des Pflegebudgets auf diese Indikatoren wird im Folgenden als Ergebnisgleichung, deren abhängige Variablen auch als Ergebnisvariable bezeichnet. Vor dem in Abschnitt 2 diskutierten theoretischen Hintergrund gilt es zudem die Wirkungen des Pflegebudgets nach den zuvor bezogenen Regelleistungen zu differenzieren, um auch heterogene Wirkungen des Pflegebudgets zuzulassen.

Vor einer Abschätzung der Effekte des Pflegebudgets muss jedoch zunächst überprüft werden, ob die Annahmen des sozialen Experiments erfüllt sind. Falls die Annahmen teilweise verletzt sind, muss ein adäquates methodisches Vorgehen gewählt werden, um trotz möglicher Selektionsprobleme den kausalen Effekt des Pflegebudgets bestimmen zu können.

5.1 Methodisches Vorgehen zur Bestimmung der kausalen Effekte für die Teilnehmergruppe

Das soziale Experiment schafft theoretisch die Voraussetzungen für eine wissenschaftlich fundierte Evaluation auf der Basis eines einfachen Vergleichs der interessierenden Ergebnisvariablen zwischen Programm- und Vergleichsgruppe (siehe Abschnitt 3.2). Möglicherweise sind die zugrunde liegenden Annahmen des sozialen Experiments jedoch verletzt. Zum einen könnte eine Selbstselektion der Programmgruppe vorliegen, wenn die Pflegebedürftigen, die zu Beginn des Modellprojekts ohne Randomisierung in die Programmgruppe aufgenommen wurden, eine systematisch von den anderen Teilnehmern abweichende Gruppe sind. Zum anderen könnte die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen in den Folgebefragungen gefährdet sein, wenn Personen der Programm- und Vergleichsgruppe systematisch aus dem Projekt ausscheiden (Panelsterben). Systematisch meint dabei, dass das Ausscheiden nicht zufällig über die beiden Gruppen verteilt ist und nicht unabhängig ist von den Ergebnisvariablen. Beide Ursachen einer möglichen Verzerrung werden daher im Folgenden auf ihre Relevanz hin überprüft.

5.1.1 Randomisierung der Teilnehmer in Programm- und Vergleichsgruppe

Die unverzerrte Schätzung des kausalen Maßnahmeeffekts hängt maßgeblich von einer erfolgreichen Zufallsauswahl (Randomisierung) der Teilnehmergruppe in eine Programm- und eine Vergleichsgruppe ab. Wenn diese erfolgreich durchgeführt wurde, sollten sich beide Gruppen in beobachtbaren und unbeobachtbaren Merkmalen nicht unterscheiden. Im Falle einer erfolgreichen Randomisierung sollten die beobachtbaren Merkmale keinen Erklärungswert für die Gruppenzugehörigkeit haben. Um dies zu überprüfen, wird ein Selektionsmodell geschätzt, das einen nicht-linearen Zusammenhang zwischen der Zuweisung in Programm- und Vergleichsgruppe und relevanten erklärenden Variablen unterstellt. Ein geeignetes Schätzmodell ist das so genannte Probit, das für den Fall diskreter abhängiger Variablen konzipiert ist.

Relevante Merkmale für das zu spezifizierende Selektionsmodell sind all diejenigen, die einen Einfluss auf die Wirkung des Pflegebudgets haben können. Dabei lassen sich inhaltlich insbesondere drei Merkmalskategorien unterscheiden:

1. Die erste Kategorie (Kategorie A) umfasst Charakteristika, die den soziodemographischen Hintergrund sowie die Haushalts- und Familiensituation beschreiben.

Hierzu zählen das Alter, das Geschlecht, der Familienstand, die Zahl der Kinder und weiteren Haushaltsangehörigen sowie der Wohnort.

2. Als zweite Kategorie (Kategorie B) lassen sich Merkmale zusammenfassen, die den Pflege- und Hilfebedarf der Pflegebedürftigen beschreiben. Hierzu zählen insbesondere die Pflegestufen und die Art der vorher bezogenen Regelleistung. Um den Hilfebedarf des Pflegebedürftigen zu differenzieren, verwenden wir zusätzlich einen Index der Hilfebedürftigkeit. Die Konstruktion dieses Indexes wird im Anhang B.1 beschrieben. Darüber hinaus sollte sich eine erfolgreiche Randomisierung in vergleichbaren Pflegearrangements zu Beginn des Modellsprojekts widerspiegeln. Die Anzahl der Pflegestunden bzw. die Zusammensetzung der Helfer sollte daher ebenfalls keinen Einfluss auf die Gruppenzugehörigkeit zeigen.
3. Im vorliegenden Fall sollte zudem der Einfluss des sequentiellen Zugangs von Teilnehmer- und Programmgruppe berücksichtigt werden, da dieser einen guten Kontrollindikator im Hinblick auf die Robustheit darstellt. Durch die zu Beginn der Feldphase ausgesetzte Randomisierung zugunsten der Programmgruppe, sollte ein Projekteintritt zu einem frühen Zeitpunkt mit der Wahrscheinlichkeit in der Programmgruppe hoch korrelieren. Um dies zu überprüfen, bilden wir einen Indikator des Rekrutierungszeitraums (Kategorie C) in fünf Stufen. Stufe 1 umfasst das Jahr 2004 und das erste Halbjahr 2005. Als weitere Stufen werden jeweils die Folgehalbjahre definiert.

Tabelle 5-1 beinhaltet zunächst die deskriptive Statistik dieser Merkmale für die Programm- und Vergleichsgruppe. In den folgenden Deskriptionen und Schätzungen unberücksichtigt bleiben die Teilnehmer am Standort München, da an diesem Standort keine Randomisierung und somit kein soziales Experiment stattgefunden hat.¹⁰ Zusätzlich bleiben alle Erstbefragungen unberücksichtigt, die in Unna seit Mai 2007 stattgefunden haben. Die Vergleichsgruppe an diesem Standort wurde seit Mai 2007 in die Programmgruppe überführt und Neuzugänge wurden seitdem nicht mehr ran-

¹⁰ Eine Berücksichtigung der Münchener Teilnehmer in den ökonomischen Wirkungsanalysen wäre nur dann sinnvoll, wenn wir davon ausgehen könnten, dass sich die Programmgruppe in München nicht von der Vergleichsgruppe anderer Standorte unterscheidet. Dies ist jedoch aufgrund der standortspezifischen Einflüsse, die insbesondere auch pflegekulturelle Orientierungen hinsichtlich der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit stark prägen (vgl. Anlage II des FIFAS Endberichts) unwahrscheinlich und kann nicht hinreichend überprüft werden. Zudem handelt es sich in München überdurchschnittlich um Pflegebedürftige, die zuvor aus dem Krankenhaus entlassen wurden. Der Standort München wird daher in den ökonomischen Wirkungsanalysen nicht berücksichtigt.

domisiert (siehe Tabelle 4-1). Beide Entscheidungen stellen daher eine notwendige Einschränkung der Stichprobe für die ökonomischen Wirkungsanalysen dar.

Es zeigt sich, dass die Programm- und Vergleichsgruppe ähnliche Merkmale hinsichtlich der soziodemographischen Charakteristika aufweisen. Etwa zwei Drittel der Teilnehmer sind weibliche Pflegebedürftige und etwa ein Drittel ist verheiratet. Das Durchschnittsalter liegt in der Programmgruppe bei gut 74 Jahren, in der Vergleichsgruppe bei 72 Jahren. Ein Fünftel der Pflegebedürftigen leben in Haushalten mit weiteren Haushaltsmitgliedern (über den Ehe-/Lebenspartner hinaus). Gut die Hälfte hat mehr als zwei Kinder, während etwa ein Fünftel der Pflegebedürftigen kinderlos sind. In all diesen Merkmalen gibt es keine statistisch signifikanten Abweichungen zwischen der Programm- und Vergleichsgruppe. Auch der Pflegebedarf scheint ähnlich gelagert zu sein. Zwar ist die Pflegestufe 3 in der Programmgruppe stärker vertreten als in der Vergleichsgruppe und auch der Pflegebedürftigkeitsindex weist auf eine etwas fragilere Programmgruppe hin. Die Unterschiede sind jedoch nicht statistisch signifikant.

Deutliche Unterschiede zeigen sich hingegen bei der vor Projektbeginn bezogenen Leistungsart, dem Standort und dem Zeitpunkt des Projekteintritts. Letzteres lässt sich mit dem Aussetzen der Randomisierung zu Beginn des Modellprojekts erklären. Auch bei den Standorten gibt es ein statistisch signifikantes Ungleichgewicht zwischen beiden Gruppen. Personen der Programmgruppe kommen häufiger aus Kassel, Unna und Annaberg, während Personen in der Vergleichsgruppe besonders häufig in Neuwied anzutreffen sind. Diese ungleiche Verteilung über die Standorte kann aufgrund der standortspezifischen Zugangsregelungen eine Ursache dafür sein, dass ein signifikant größerer Teil der Vergleichsgruppe zuvor Pflegegeld bezogen hat und vorherige Sachleistungsempfänger stärker in der Programmgruppe vertreten sind.

Signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen finden sich zudem in den Indikatoren des Pflegearrangements vor Projektbeginn. Die Gesamthilfestunden, die einem Pflegebedürftigen durchschnittlich in einer Woche zu Gute kommen, liegen in der Programmgruppe etwa zehn Stunden über dem Unterstützungsumfang der Vergleichsgruppe. Zudem haben Pflegebedürftige der Programmgruppe etwas häufiger Unterstützung durch Freunde und Bekannte sowie Pflegedienste, wobei die statistischen Tests die Signifikanz verfehlen. Die deskriptiven Unterschiede für die Pflege-

dienste könnten jedoch mit dem höheren Anteil von Sachleistungsnehmern in der Programmgruppe zusammenhängen.

Tabelle 5-1: Merkmale der Programm- und Vergleichsgruppe zum Zeitpunkt der Erstbefragung

Variable	Ø PG	Ø VG	Test	P-Wert ^b
Alter	74,6	72,2	t-Test	0,064
Weiblich	64,2 %	65,0 %	Chi ²	0,861
Verheiratet	29,8 %	30,6 %	Chi ²	0,865
Weitere Haushaltsmitglieder	20,5 %	22,9 %	Chi ²	0,537
<i>Zahl der Kinder (Referenz: 1-2 Kinder)</i>				
Keine Kinder	23,5 %	24,8 %	Chi ²	0,304
Mehr als 2 Kinder	53,9 %	58,6 %		
<i>Pflegestufe (Referenz: Pflegestufe 1)</i>				
Pflegestufe 2	32,2 %	36,3 %	Chi ²	0,419
Pflegestufe 3	13,3 %	9,6 %		
Pflegebedürftigkeitsindex (0-100)	65,7	63,2	t-Test	0,229
<i>Vorherige Regelleistung (Referenz: Keine Leistung bzw. Krankenhausentlassung)</i>				
Sachleistung	36,8 %	24,8 %	Chi ²	0,011
Pflegegeld	28,6 %	42,7 %		
Kombinationsleistung	17,5 %	15,9 %		
Hilfe durch Angehörige	75,6 %	78,6 %	Chi ²	0,474
Hilfe durch Freunde/Bekannte	32,3 %	25,3 %	Chi ²	0,119
Hilfe durch Pflegedienste	61,3 %	54,6 %	Chi ²	0,161
Hilfe durch andere berufl. Anbieter	38,7 %	40,3 %	Chi ²	0,747
Gesamthilfestunden pro Woche ^a	65,6	56,0	t-Test	0,036
<i>Standort (Referenzkategorie: Annaberg)</i>				
Erfurt	14,5 %	18,5 %	Chi ²	0,023
Kassel	13,6 %	7,6 %		
Marburg-Biedenkopf	16,9 %	17,8 %		
Neuwied	35,5 %	45,9 %		
Unna	11,1 %	6,4 %		
<i>Zeitpunkt des Projekteintritts (Referenz: vor Juli 2005)</i>				
Juli 2005 – Dezember 2005	17,5 %	17,2 %	Chi ²	0,004
Januar 2006 – Juni 2006	12,1 %	17,8 %		
Juli 2006 – Dezember 2006	11,1 %	21,0 %		
Januar 2007 – Januar 2008	19,0 %	17,2 %		

Zahl der Beobachtungen	332	157
------------------------	-----	-----

^a Grundlage: unkorrigierte Angabe des zeitlichen Hilfeumfangs

^b Signifikanzniveaus: 10% (P-Wert<0,1), 5% (P-Wert<0,05), 1% (P-Wert<0,01)

In einem nächsten Schritt werden die Einflüsse der Faktoren daher multivariat getestet. Wenn keine systematische Selektion in die Programmgruppe vorliegt, sollten die beschriebenen Faktoren keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Gruppenzugehörigkeit haben. Tabelle 5-2 zeigt die Ergebnisse der verschiedenen Schätzspezifikationen, bei denen die Kontrollvariablen sukzessive um eine Merkmalskategorie erweitert werden.

Der soziodemographische Hintergrund der pflegebedürftigen Person zeigt in keiner Spezifikation einen signifikanten Einfluss auf die Gruppenzugehörigkeit, d.h. weder Alter, Geschlecht, die Haushaltskonstellation noch die Kinderzahl haben einen signifikanten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, der Programmgruppe zugeordnet zu werden. Die Randomisierung in die Programm- und Vergleichsgruppe scheint folglich im Hinblick auf diese Merkmale funktioniert zu haben und die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen zu garantieren. Bezogen auf andere Merkmale ist dies jedoch nicht durchweg der Fall. Teilnehmer in Neuwied, Erfurt und Marburg haben eine signifikant niedrigere Wahrscheinlichkeit, der Programmgruppe zugeordnet zu werden, als in der Referenzregion Annaberg. Es zeichnet sich damit ab, dass die Verteilung von Programm- und Vergleichsgruppe über die sechs Standorte nicht ausgewogen ist. Durch zusätzliche Kontrollvariablen wird dieses Ergebnis zwar abgeschwächt, doch auch in der umfangreichen Spezifikation C zeigen sich signifikante Einflüsse der Modellstandorte. Wenn die Wirkungsweise des Pflegebudgets durch regionale Gegebenheiten wie z.B. die Struktur des Anbietermarktes wesentlich mitbestimmt wird, muss die (unausgewogene) Verteilung der Programm- und Vergleichsgruppe über die Standorte in den Wirkungsanalysen berücksichtigt werden.

Der Grad der Hilfebedürftigkeit gemessen an einem Bedürftigkeitsindex sowie an der Pflegestufe zu Beginn des Modellprojektes hat hingegen keinen systematischen Einfluss auf die spätere Gruppenzugehörigkeit. Hingegen haben Personen, die zuvor Sachleistungen bezogen haben, eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, der Programmgruppe zugeordnet zu werden. Falls der Maßnahmeeffekt des Pflegebudgets, wie im theoretischen Rahmen diskutiert, heterogen ausfällt, ist es sinnvoll, die zuvor bezo-

gene Regelleistung als Kontrollvariable in den Wirkungsanalysen aufzunehmen oder getrennte Wirkungsanalysen für die Regelleistungsgruppen durchzuführen.

Bei einer erfolgreichen Randomisierung in die Programm- und Vergleichsgruppe sollte auch die Pflege- und Hilfesituation keinen Einfluss auf die Gruppenzugehörigkeit haben. Tatsächlich bestätigt die multivariate Analyse jedoch die deskriptiven Ergebnisse, dass sich die Unterstützungssituation der Programm- und Vergleichsgruppe zum Zeitpunkt der Erstbefragung teilweise signifikant voneinander unterscheidet. Zum einen erhalten Personen der Programmgruppe signifikant häufiger Unterstützung durch Freunde, Bekannte und Ehrenamtliche. Zum anderen befinden sich Personen mit einer zeitlich umfangreichen Unterstützung signifikant häufiger in der Programmgruppe. Verwendet man anstelle der unkorrigierten Zeitinformationen die in Abschnitt 4 beschriebene Stundenkappung, ist die Zahl der Pflegestunden jedoch nicht signifikant.

Wie zu erwarten zeigen sich zudem systematische Einflüsse des Rekrutierungszeitpunktes der Teilnehmer auf die Zugehörigkeit zur Programmgruppe. Aufgrund des Aussetzens der Randomisierung zu Beginn des Modellprojekts, wurden Pflegebedürftige im Vergleich zur Anfangsphase des Modellprojekts zu fast allen späteren Zeitpunkten signifikant seltener der Programmgruppe zugeordnet. Wenn wir jedoch davon ausgehen, dass der Rekrutierungszeitpunkt keinen Einfluss auf die Wirkung des Pflegebudgets hat, ist die zeitliche Struktur der Randomisierung unproblematisch für die Identifikation der kausalen Wirkung des Pflegebudgets und bedarf daher methodisch keiner Korrekturen.

Die Unterschiede in den Pflegearrangements und damit den Ergebnisvariablen zum Ausgangszeitpunkt verletzen hingegen die Annahme des sozialen Experiments. Ein einfacher Mittelwertvergleich der interessierenden Variablen zum Pflegearrangement in der Folgebefragung identifiziert unter diesen Umständen nicht den kausalen Effekt des Pflegebudgets. Eine Möglichkeit, den kausalen Effekt trotz der Unterschiede im Pflegearrangement der Programm- und Vergleichsgruppe zum Ausgangszeitpunkt zu berücksichtigen, besteht in der Verwendung eines so genannten Differenzen-in-Differenzen-Schätzers (DiD)¹¹. Anstelle eines Vergleichs der einfachen Differenz in den interessierenden Zielvariablen der Programm und Vergleichsgruppe in den Fol-

¹¹ Siehe hierzu z.B. Ashenfelter und Card (1985).

gebefragungen, werden die Veränderungen dieser Differenz zwischen der Erst- und Folgebefragung betrachtet.

Tabelle 5-2: Ergebnisse des Selektionsmodells, Probit-Schätzungen der Zugehörigkeit zur Programmgruppe

	Modell A	Modell B	Modell C	Modell D
Alter	-0,018	-0,021	-0,026	-0,020
Alter x Alter	0,000	0,000	0,000	0,000
Weiblich	-0,053	-0,053	-0,016	-0,039
Verheiratet	0,073	0,059	0,093	0,100
Keine Kinder	-0,139	-0,174	-0,266	-0,251
>2 Kinder	-0,151	-0,181	-0,234	-0,265
Weitere Haushaltsmitglieder	-0,042	-0,073	-0,103	-0,067
Erfurt	-0,582 **	-0,502	-0,552 *	-0,501
Kassel	-0,082	-0,065	-0,252	-0,209
Marburg-Biedenkopf	-0,496 *	-0,520 *	-0,588 *	-0,486
Neuwied	-0,633 **	-0,470	-0,644 **	-0,593 *
Unna	-0,137	-0,148	-0,196	-0,017
Pflegebedürftigkeitsindex		0,004	0,002	0,002
Pflegestufe 2		-0,159	-0,203	-0,194
Pflegestufe 3		0,084	-0,017	0,019
Sachleistung		0,306	0,422 **	0,326
Pflegegeld		-0,074	-0,116	-0,203
Kombinationsleistung		0,126	0,172	0,149
Gesamthilfestunden ^a			0,004 **	0,004 ***
Hilfe durch Angehörige			-0,258	-0,178
Hilfe durch Freunde/Bekannte			0,281 **	0,332 **
Hilfe durch Pflegedienste			-0,147	-0,096
Hilfe durch andere Anbieter			-0,051	0,045
Jul 2005 – Dez 2005				-0,397 **
Jan 2006 – Jun 2006				-0,689 ***
Juli 2006 – Dez 2006				-0,777 ***
Jan 2007 – Jan 2008				-0,267
Konstante	1,293 *	1,039	1,390 *	1,375 *
Pseudo R ²	0,031	0,046	0,069	0,102
Log-likelihood	-297,3	-293,0	-285,8	-275,7
P-Wert LR-Test		0,196	0,014	0,000
Beobachtungen	489	489	489	489

Signifikanzniveaus: 10% (*), 5% (**), 1% (***)

^a Grundlage: Unkorrigierte Angaben des zeitlichen Unterstützungsumfangs

Auf diese Weise kann ein selektionsbedingtes unterschiedliches Ausgangsniveau der beiden Gruppen in den Zielgrößen kontrolliert werden. Systematische Einflüsse des Standorts und der zuvor bezogenen Regelleistung, wie sie in Tabelle 5-2 gefunden wurden, können durch zusätzliche Kontrollvariablen in den Schätzspezifikationen berücksichtigt werden. Der Differenz-in-Differenzen Maßnahmeeffekt δ des Pflegebudgets auf die interessierende Ergebnisvariable y berechnet sich dabei als

$$\delta = (\bar{y}_{PG,t_2} - \bar{y}_{PG,t_1}) - (\bar{y}_{VG,t_2} - \bar{y}_{VG,t_1}) \quad (1)$$

wobei PG die Programmgruppe und VG die Vergleichsgruppe bezeichnet. Die Ausprägung der Ergebnisvariablen zum Zeitpunkt der Erstbefragung ist mit t_1 gekennzeichnet, die der ersten Folgebefragung mit t_2 . Ein DiD-Vergleich kann auch zwischen der Erstbefragung und der zweiten Folgebefragung zum Zeitpunkt t_3 erfolgen. Anstelle der Bildung der doppelten Differenz von Mittelwerten, kann δ jedoch auch durch folgendes Modell geschätzt werden:

$$y_i = \alpha + \beta PG_i + \kappa t_{i2} + \delta PG_i t_{i2} + u_i, \quad (2)$$

in dem y_i die Ergebnisvariable des Individuums i darstellt, β den zeitkonstanten Niveauunterschied zwischen der Programm- und Vergleichsgruppe einfängt und κ die Veränderungen zwischen der Erst- und Folgebefragung reflektiert, die beiden Gruppen gemein sind. Der interessierende Maßnahmeeffekt wird nun durch den Parameter δ des Interaktionsterms aus den Indikatoren für die Programmgruppe und die Folgebefragung geschätzt. Der Störterm der Schätzung ist mit u_i bezeichnet. Ein Vorteil der Schätzung des DiD-Effektes mittels eines Regressionsmodells ist die Möglichkeit, weitere Kontrollvariablen wie z.B. den Wohnort und die zuvor bezogene Regelleistung der obigen Ergebnisgleichung hinzuzufügen. Anstelle des so genannten unkonditionalen DiD-Effektes des Pflegebudgets, weisen die Wirkungsanalysen in Abschnitt 5.3 daher vor allem den konditionalen DiD-Effekt aus, der die Einflüsse anderer Faktoren berücksichtigt.

5.1.2 Berücksichtigung möglicher systematischer Einflüsse des Panelsterbens

Wie bereits in Abschnitt 3.1. diskutiert, kann eine Schätzung der Effekte durch systematisches Ausscheiden von Personen der Programm- und der Vergleichsgruppe

verzerrt sein. Die Teilnehmer, die für die Folgeinterviews zur Verfügung stehen, könnten eine Positivselektion darstellen, weil einige Teilnehmer bereits verstorben bzw. in ein Pflegeheim übergesiedelt sind. Solange die Abbrüche zufällig über beide Gruppen verteilt sind und die Positivselektion gleich stark ausgeprägt ist, führt die Verringerung der Stichprobenzahl in der Folgebefragung nicht zu einer Verzerrung des DiD-Schätzers. Es ist lediglich zu erwarten, dass sich die Varianz der geschätzten Effekte erhöht. Ist die Positivselektion im Laufe der Zeit in beiden Gruppen unterschiedlich stark ausgeprägt, kann dies dagegen zu Problemen führen. Bleibt der Einfluss dieses Phänomens in der Wirkungsanalyse unberücksichtigt, werden die Effekte des Pflegebudgets und die Effekte des Panelsterbens miteinander vermischt; der interessierende Parameter ist dann nicht sauber identifiziert.

Im Falle des Modellprojektes ist es möglich, dass die Positivselektion in der Vergleichsgruppe stärker ausfällt als in der Programmgruppe, weil die Motivation der Pflegebedürftigen in der Vergleichsgruppe an Folgebefragungen teilzunehmen geringer ausgeprägt sein dürfte als in der Programmgruppe. Dies bestätigt auch die Verschiebung der Relation von Programm- und Vergleichsgruppe über die Erhebungswellen: Liegt der Anteil der Programmgruppe in der Erstbefragung bei knapp 68%, ist dieser in der ersten Folgebefragung schon bei 72% und in der zweiten Folgebefragung bei fast 80%. Diese auf dem 1%-Niveau signifikante Veränderung kann als Indiz für überproportionale Abbrüche bzw. Verzögerungen bei der Durchführung von Interviews in der Vergleichsgruppe bewertet werden. Falls es sich bei dieser Personengruppe beispielsweise um Pflegebedürftige handelt, die die Zusatzbelastung der Befragungen aufgrund einer schwierigen und angespannten Pflegesituation nicht auf sich nehmen möchten, ist die Positivselektion in der Vergleichsgruppe möglicherweise stärker ausgeprägt als in der Programmgruppe. Die Vergleichbarkeit der Programm- und Vergleichsgruppe ist dann nicht mehr gewährleistet und die erwartete positive Wirkung des Pflegebudgets würde tendenziell überschätzt.

Ob eine Selektion zwischen der Erst- und den Folgebefragungen stattfindet, kann empirisch mittels eines Selektionsmodells überprüft werden. Die abhängige Variable ist dabei ähnlich dem zuvor geschätzten Selektionsmodell in Abschnitt 5.3.1 eine diskrete Variable, die die Ausprägung Eins annimmt, falls die Folgebefragung vorhanden ist. Ein solches Selektionsmodell kann durch ein nicht-lineares Modell, z.B. einem Probit-Modell, geschätzt werden. Für die Wirkungsanalysen können aufgrund der vorhandenen Fallzahlen nur die Wirkungen des Pflegebudgets zwischen der

Erstbefragung und der ersten Folgebefragung bzw. der Erstbefragung und der zweiten Folgebefragung untersucht werden. Für die dritte Folgebefragung ist die Zahl der Pflegebedürftigen in der Vergleichsgruppe hingegen zu gering. Da das Panelsterben ein fortschreitender Prozess ist, der in der zweiten Folgebefragung möglicherweise zu einer stärkeren Selektion der Beobachtungen führt als in der ersten Folgebefragung, bedeutet dies, dass zwei Selektionsmodelle, eines für den Verbleib im Modellprojekt bis zur ersten Folgebefragung und eines für das Vorliegen der zweiten Folgebefragung, geschätzt werden müssen. Zudem werden die Selektionsmodelle getrennt für die Programm- und Vergleichsgruppe geschätzt, um die Abbildung einer unterschiedlich starken Selektion der beiden Gruppen zu ermöglichen.

Als mögliche erklärende Faktoren für diese Selektionsmodelle kommen die Faktoren der Erstbefragung in Frage, die einen Einfluss auf die Pflegesituation und damit die Ergebnisvariablen y haben können und die zudem die Wahrscheinlichkeit beeinflussen können, kontinuierlich an dem Modellprojekt teilzunehmen. Zu diesen Variablen zählen soziodemographische Charakteristika wie das Alter und das Geschlecht, aber auch die Haushalts- und Familiensituation und der Wohnort. Der mögliche Einfluss des Pflege- und Hilfebedarfs wird durch die Pflegestufen und den Hilfebedürftigkeitsindex zum Zeitpunkt der Erstbefragung eingefangen. Zusätzlich können auch das Vorhandensein bzw. Fehlen eines sozialen Netzwerks sowie die zuvor bezogene Regelleistung einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einer kontinuierlichen Teilnahme haben. Dies wird durch entsprechende Kontrollvariablen berücksichtigt.

Die Ergebnisse des Selektionsmodells können dazu verwendet werden, eine Selektionskorrektur in den Ergebnisgleichungen vorzunehmen, um trotz systematischen Panelsterbens eine unverzerrte Schätzung des Budgeteffektes zu ermöglichen (Heckman, 1979; Wooldridge, 2002). Zu diesem Zweck wird zunächst die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen der Folgebefragung mittels eines Probit-Modells geschätzt. Auf Basis der geschätzten Koeffizienten lässt sich dann die so genannte Inverse Mills Ratio berechnen, die als zusätzlicher Regressor in die Schätzung der Ergebnisgleichung eingeht, um den selektiven Charakter der Stichprobe in der Folgebefragung zu kontrollieren. Die DiD-Schätzungen und damit insbesondere der Maßnahmeeffekt des Pflegebudgets können auf diese Weise trotz eines systematischen Panelsterbens unverzerrt geschätzt werden.

Für die Selektion kann in der Ergebnisgleichung jedoch nur dann hinreichend kontrolliert werden, wenn das zugrunde liegende Selektionsmodell mindestens eine identifizierende Variable (*exclusion restriction*) beinhaltet, die einen Einfluss auf den Selektionsmechanismus, aber keinen partiellen Einfluss auf die Ergebnisvariable hat. Während in die Ergebnisgleichung daher nur die oben beschriebenen Faktoren eingehen, die einen Einfluss auf die Versorgungssituation und damit auf die interessierenden Ergebnisvariablen haben können, werden die Regressoren der Selektionsgleichung um die identifizierende(n) Variable(n) ergänzt. Die Güte der Schätzung hängt somit maßgeblich davon ab, wie gut die identifizierenden Variablen den Selektionsmechanismus erklären können und ob diese die Voraussetzung erfüllen, keinen partiellen Einfluss auf die Ergebnisvariable zu haben.

Aus diesem Grund ist die Wahl der identifizierenden Variablen von zentraler Bedeutung. Im Fall des Modellprojektes ist es notwendig, identifizierende Faktoren zu finden, die das Ausscheiden aus dem Modellprojekt erklären können, aber keinen Einfluss auf die Pflege- und Versorgungssituation der Pflegebedürftigen haben. Faktoren wie z.B. das Vorhandensein eines informellen Unterstützungsnetzwerks scheiden somit als Kandidaten unmittelbar aus, da diese mit großer Wahrscheinlichkeit sowohl den Selektionsmechanismus als auch die Versorgungssituation beeinflussen.

Als Alternative bieten sich daher Rahmenbedingungen des Modellprojekts an, die die Attraktivität einer Fortsetzung der Teilnahme beeinflussen können, aber keinen unmittelbaren Einfluss auf die Versorgungssituation der Pflegebedürftigen haben sollten. Ein geeigneter Kandidat könnten die im Laufe des Modellprojekts beobachteten Interviewerabbrüche sein.¹² Während des Modellprojektes sind mehrfach Interviewer der Vergleichsgruppe und in geringerem Maße auch der Programmgruppe aus dem Modellprojekt ausgeschieden. Personen, die durch diese Interviewer zuvor betreut wurden, sahen sich in diesem Moment mit einem wechselnden Ansprechpartner konfrontiert. Dies ist in Pflegehaushalten eine kritische Phase für die Fortsetzung der Teilnahme, da die Bereitschaft, die Pflege- und Lebenssituation erneut einem Fremden gegenüber offenzulegen, begrenzt ist. Eine Indikatorvariable „Wechsel“, die ein

¹² Auch die Betreuungsrelation, d.h. die Zahl an Personen, die durch einen Fallmanager bzw. Interviewer der Vergleichsgruppe betreut werden, könnte ein geeigneter Kandidat sein. Den Voraussetzungen für eine identifizierende Variable entsprechend hat dieser Indikator keinen Einfluss auf die Versorgungssituation, erklärt aber leider auch nicht die Selektion zwischen der Erst- und Folgebefragung. Als identifizierende Variable eignet sich die Betreuungsrelation daher nicht.

erhöhtes Abbruchrisiko einfängt, nimmt den Wert Eins für die Pflegebedürftigen an, deren Interviewer innerhalb von 5 Monaten nach dem Termin der Erstbefragung ihre Tätigkeit eingestellt haben und damit zum erwarteten Zeitpunkt der ersten Folgebefragung nicht mehr zur Verfügung stehen. Für das Abbruchrisiko zur zweiten Folgebefragung wird ein analoger Indikator gebildet. Da beide Indikatoren keinen partiellen Einfluss auf die Ergebnisvariablen haben sollten¹³ und sie zudem einen gewissen Erklärungswert für die Teilnahmewahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigen aufweisen, eignen sie sich als identifizierende Variable für die Selektionsgleichung.

Tabelle 5-3: Zusammenhang zwischen Teilnahmeabbrüchen und einem Interviewerwechsel nach Gruppenzugehörigkeit

	Programmgruppe			Vergleichsgruppe		
	Kein Abbruch	Abbruch	N	Kein Abbruch	Abbruch	N
Abbrüche zwischen Erstbefragung und erster Folgebefragung:						
Wechsel	92,3%	7,7%	13	43,3%	56,7%	30
Kein Wechsel	76,5%	23,5%	319	65,4%	34,7%	129
N (# Individuen)	256	76	328	96	61	157
P-Wert Chi ² -Test		0,183			0,026	
Abbrüche zwischen Erstbefragung und zweiter Folgebefragung:						
Wechsel	73,3%	26,7%	15	29,7%	70,3%	37
Kein Wechsel	56,8%	43,2%	317	34,2%	65,8%	120
N (# Individuen)	191	141	332	52	105	157
P-Wert Chi ² -Test		0,205			0,616	

Tabelle 5-3 zeigt den deskriptiven Zusammenhang zwischen den Teilnahmeabbrüchen unter Pflegebedürftigen der Programm- und Vergleichsgruppe und der Indikatorvariable „Wechsel“. Pflegebedürftige der Vergleichsgruppe, denen ein Interviewerwechsel bevorsteht, haben eine signifikant erhöhte Abbruchwahrscheinlichkeit zwischen der Erst- und ersten Folgebefragung im Vergleich zu Personen mit einer kontinuierlichen Betreuung durch einen Interviewer. Die Zahl der von einem Interviewerwechsel Betroffenen in der Programmgruppe ist hingegen deutlich niedriger als in

¹³ Abbrüche von Fallmanagern könnten theoretisch mit dem Verlauf des Projektes und damit mit den Ergebnisvariablen zusammenhängen. Wahrscheinlicher ist jedoch, dass Abbrüche primär eine private Ursache haben.

der Vergleichsgruppe. Zudem zeigt sich hier kein signifikanter Einfluss eines Interviewerwechsels. Während ein Interviewerwechsel somit eine geeignete identifizierende Variable für die Vergleichsgruppe darstellt, handelt es sich für die Programmgruppe um ein sehr schwaches Instrument.

Ergänzend kann zur Identifikation der Selektionsgleichung jedoch der Umstand genutzt werden, dass der Zeitpunkt des Datenabzugs exogen vorgegeben ist. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Folgeinterview vorliegt steigt somit mit dem zeitlichen Abstand zwischen der Erstbefragung und dem Zeitpunkt des Datenabzugs. Zwar ist eigentlich vorgesehen, dass Folgeinterviews alle sechs Monate durchgeführt und zeitnah an FIFAS übermittelt werden. Dennoch kommt es immer wieder zu Verzögerungen, was u. a. mit der Termindichte des Fallmanagers bzw. Interviewers in der Vergleichsgruppe zusammen hängen kann. Zudem lässt sich – wie bereits in Abschnitt 4.2 kurz erwähnt – beobachten, dass diese Verzögerungen in der Vergleichsgruppe stärker ausgeprägt sind. Dies kann beispielsweise mit der geringeren Motivation seitens der Vergleichsgruppeninterviewer zusammenhängen, sich strikt an den Zeitplan der Erhebungen zu halten, da diese im Gegensatz zu den Fallmanagern keinen Beratungsauftrag haben.

Da der zeitliche Abstand zwischen der Erstbefragung und dem Zeitpunkt des Datenabzugs keinen partiellen Erklärungswert für die Ergebnisvariablen haben sollte und der Zusammenhang zwischen dem zeitlichen Abstand der Erstbefragung zum Datenabzug und dem Vorliegen der Folgebefragung sehr stark ist (siehe Tabelle 5-4), handelt es sich um eine zusätzliche identifizierende Variable. Die Verzögerungen in der Durchführung und Weitergabe der Interviews in der Vergleichsgruppe sind zudem wie erwartet stärker ausgeprägt als in der Programmgruppe. Auch steigt die Wahrscheinlichkeit des Vorhandenseins der Folgebefragung nicht linear mit der Zeit, sondern verläuft eher konkav. Um nicht-lineare Zusammenhänge zu ermöglichen, wird neben dem Abstandsmaß in Monaten daher auch dessen quadratische Form als Regressor in die Selektionsgleichung aufgenommen. Als identifizierende Variablen gehen somit das Abstandsmaß, dessen Quadrat sowie der zuvor beschriebene Indikator des Interviewerwechsels in die Selektionsgleichung ein.

Tabelle 5-4: Zusammenhang zwischen Vorhandensein der Folgebefragung und der Zeit zwischen Erstbefragung und dem Datum des Datenabzugs

	Programmgruppe			Vergleichsgruppe		
	Kein Abbruch	Abbruch	N	Kein Abbruch	Abbruch	N
Abbrüche zwischen Erstbefragung und erster Folgebefragung:						
<8 Monate	23.8%	76.2%	21	23.1%	76.9%	13
8-12 Monate	75.7%	24.3%	37	46.7%	53.3%	15
12-16 Monate	61.5%	38.5%	26	60.0%	40.0%	25
16-20 Monate	84.4%	15.6%	32	77.8%	22.2%	18
>20 Monate	83.3%	16.7%	216	66.3%	33.7%	86
N	256	76	332	96	61	157
P-Wert Chi ² -Test		0,000			0,015	
Abbrüche zwischen Erstbefragung und zweiter Folgebefragung:						
<15 Monate	9.6%	90.4%	73	8.7%	91.3%	46
15-18 Monate	66.7%	33.3%	30	31.3%	68.8%	16
18-21 Monate	76.5%	23.5%	17	54.6%	45.5%	11
21-24 Monate	64.3%	35.7%	14	55.0%	45.0%	20
>24 Monate	71.7%	28.3%	198	40.6%	59.4%	64
N	191	141	328	52	105	157
P-Wert Chi ² -Test		0,000			0,000	

Tabelle 5-5 zeigt nun die Ergebnisse der Probit-Schätzungen der Teilnahmewahrscheinlichkeit in der ersten Folgebefragung für die Programm- und Vergleichsgruppe. Die Spezifikation enthalten jeweils die identifizierenden Variablen und die übrigen erklärenden Variablen, die später auch in die Ergebnisgleichungen eingehen. Spezifikation 1 beinhaltet dabei alle Regressoren, die auch sinnvoll in den Ergebnisschätzungen getrennt nach Vorleistungen verwendet werden können. Spezifikation 2 erweitert Spezifikation 1 um Faktoren wie den Wohnort und die zuvor bezogene Regelleistung, die nur in einer gemeinsamen Schätzung aller Teilnehmer als Regressoren verwendet werden können.

In beiden Spezifikationen haben die identifizierenden Variablen insgesamt einen hohen Erklärungswert für die Teilnahme an der zweiten Folgebefragung. Wie zu erwarten steigt die Wahrscheinlichkeit, dass eine Folgebefragung vorliegt, mit dem zeitlichen Abstand zwischen der Erstbefragung und dem Zeitpunkt des Datenabzugs. Allerdings ist dieser Anstieg für die Programmgruppe steiler als für die Vergleichsgruppe, was die bereits diskutierten Verzögerungen in der Vergleichsgruppe widerspie-

gelt. Der Anstieg der Wahrscheinlichkeit nimmt zudem in beiden Gruppen mit einem zunehmenden zeitlichen Abstand ab. Für die Vergleichsgruppe hat auch der Interviewerwechsel das erwartete negative und signifikante Vorzeichen. Pflegebedürftige der Vergleichsgruppe, die sich mit einem Interviewerwechsel konfrontiert sehen, haben eine deutlich größere Wahrscheinlichkeit die Teilnahme an dem Modellprojekt zu beenden. Für die Programmgruppe zeigt dieses Merkmal keinen signifikanten Einfluss.

Die soziodemographischen Merkmale deuten darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit eines Austritts aus dem Modellprojekt in der Vergleichsgruppe mit dem Alter der Pflegebedürftigen ansteigt. In der Programmgruppe ist dies hingegen nicht der Fall. Personen der Vergleichsgruppe sind zudem seltener in der Folgebefragung vertreten, wenn sie keine Kinder haben, wobei dieses Merkmal nur schwach signifikant ist. Andere soziodemographische Charakteristika wie das Geschlecht und der Familienstand zeigen keinen signifikanten Einfluss auf das Panelsterben.

Einen größeren Einfluss als die soziodemographischen Merkmale weisen die Merkmale auf, die den Hilfebedarf, aber auch die Hilfemöglichkeiten widerspiegeln. So verbleiben Personen der Vergleichsgruppe mit weiteren Haushaltsmitgliedern bzw. einem häufigen Kontakt zu Freunden eher im Modellprojekt, während diese Merkmale auf den Verbleib der Programmgruppe keinen Einfluss haben. Mit der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit scheint jedoch in beiden Gruppen die Abbruchwahrscheinlichkeit zu steigen. Die zusätzlichen Merkmale in der Spezifikation zeigen lediglich einen schwachen Einfluss auf die Systematik des Panelsterbens in der Vergleichsgruppe. Pflegebedürftige am Standort Erfurt scheinen eine niedrigere, Pflegebedürftige mit Bezug von Pflegegeld eher eine leicht erhöhte Verbleibswahrscheinlichkeit im Modellprojekt zu haben.

Tabelle 5-6 zeigt die entsprechenden Selektionsmodelle für das Panelsterben zwischen der Erstbefragung und der zweiten Folgebefragung. Während die identifizierenden Variablen ein sehr ähnliches Muster wie zuvor aufweisen, haben zusätzlich andere Faktoren einen Erklärungswert für die Selektion der Stichprobe. So ist die Verbleibswahrscheinlichkeit im Modellprojekt für weibliche Pflegebedürftige der Programmgruppe erhöht, während ein höherer Hilfebedürftigkeitsindex die Wahrscheinlichkeit einer fortgesetzten Teilnahme reduziert. In der Vergleichsgruppe hat hinge-

gen der regelmäßige Kontakt zu Freunden eine starke Vorhersagekraft für den Verbleib in der Stichprobe.

Tabelle 5-5: Ergebnisse der Selektionsmodelle für das Panelsterben zwischen der Erstbefragung und der ersten Folgebefragung

	Spezifikation 1		Spezifikation 2	
	VG	PG	VG	PG
Identifizierende Variablen				
Abstand in Monaten	0.3847***	0.2481***	0.5451***	0.2175**
Abstand x Abstand	-0.2591***	-0.1547***	-0.3790***	-0.1349**
Interviewerwechsel	-1.2359***	0.6555	-1.4050***	0.8761
Soziodemographische Variablen				
Alter	-0.1342**	-0.0606	-0.1787**	-0.0659
Alter x Alter	0.0012**	0.0005	0.0015***	0.0005
Weiblich	-0.1683	0.0888	-0.1300	0.1203
Verheiratet	0.0601	0.3829*	0.0449	0.3539
Eigene Kinder (Referenz: "ein Kind")				
Keine Kinder	-0.3496	0.0527	-0.8404*	0.0589
Mehr als ein Kind	-0.4018	-0.0461	-0.5311	-0.0488
Hilfebedarf und Netzwerke				
Weitere Haushaltsmitglieder	0.8762**	0.0886	0.6399*	0.0781
Kontakt zu Freunden	0.9813***	0.0210	0.7624***	-0.0412
Pflegebedürftigkeitsindex	0.0131	-0.0192***	0.0107	-0.0160***
Pflegestufe (Referenz: Pflegestufe 1)				
Pflegestufe 2	-0.2528	0.4047*	-0.2469	0.3446*
Pflegestufe 3	-0.6443	0.1905	-0.5230	0.1302
Vorherige Leistung (Referenz: Neuantrag, Krankenhausentlassung)				
Sachleistung			0.9592**	0.1435
Pflegegeld			1.0226**	-0.1931
Kombinationsleistung			0.2297	-0.0429
Wohnort (Referenz: Annaberg)				
Erfurt			-1.5182*	0.3594
Kassel			0.8703	-0.1892
Marburg			-0.6095	0.2819
Neuwied			-0.8217	0.4294
Unna			-1.0287	0.4671
Konstante	-0.0341	1.1731	-0.3195	1.3775
N (# Individuen)	157	332	157	332
R ²	0.255	0.132	0.339	0.148
P-Wert LR-Test			0.025	0.679

Signifikanzniveaus: 10% (*), 5% (**), 1% (***)

Tabelle 5-6: Ergebnisse der Selektionsmodelle für das Panelsterben zwischen der Erstbefragung und der zweiten Folgebefragung

	Spezifikation 1		Spezifikation 2	
	VG	PG	VG	PG
Identifizierende Variablen				
Abstand in Monaten	0.4757**	0.4650***	0.5768***	0.4435***
Abstand x Abstand	-0.2822**	-0.2599***	-0.3461***	-0.2457***
Interviewerwechsel	-0.6133**	0.0591	-0.8288**	-0.0702
Soziodemographische Variablen				
Alter	0.0377	-0.0325	0.0188	-0.0444
Alter x Alter	-0.0004	0.0002	-0.0003	0.0003
Weiblich	-0.1968	0.3816**	-0.2312	0.3902**
Verheiratet	-0.0688	0.1344	-0.0787	0.0702
Eigene Kinder (Referenz: ein Kind)				
Keine Kinder	0.9607**	0.2779	0.8636*	0.2526
Mehr als ein Kind	0.5290	0.1009	0.6677	0.1011
Hilfebedarf und Netzwerke				
Weitere Haushaltsmitglieder	0.4740	-0.0590	0.4838	-0.0661
Kontakt zu Freunden	0.5832**	0.2859*	0.7667***	0.3691**
Pflegebedürftigkeitsindex	-0.0050	-0.0076	-0.0054	-0.0112**
Pflegestufe (Referenz: Pflegestufe 1)				
Pflegestufe 2	0.7776**	0.2092	0.7804**	0.2169
Pflegestufe 3	0.9869*	0.1363	0.9433	0.2045
Vorherige Leistung (Referenz: Neuantrag, Krankenhausentlassung)				
Sachleistung			1.1924**	0.4264*
Pflegegeld			1.1445**	-0.0932
Kombinationsleistung			0.7354	0.0253
Wohnort (Referenz: Annaberg)				
Erfurt			-1.3395**	-0.3005
Kassel			-1.1240	-0.6270*
Marburg			-0.3756	0.0580
Neuwied			-1.0342*	0.1535
Konstante	-6.5079***	-4.1886***	-6.7786***	-3.5545**
N (# Individuen)	157	332	157	332
R ²	0.256	0.258	0.307	0.283
P-Wert LR-Test			0.184	0.116

Signifikanzniveaus: 10% (*), 5% (**), 1% (***)

Insgesamt kann daher festgestellt werden, dass es sich bei den Personen, die an einer Folgebefragung teilgenommen haben, tendenziell um eine Positivselektion von Pflegebedürftigen handelt, die eher jünger und weniger hilfebedürftig sind. Diese Selektion scheint zudem in der Vergleichsgruppe stärker ausgeprägt zu sein als in der

Programmgruppe. So erklären die Selektionsmodelle für die Vergleichsgruppe einen größeren Teil der Variation der abhängigen Variablen als für die Programmgruppe. Dies deutet darauf hin, dass in der Vergleichsgruppe in stärkerem Maße ein systematisches Panelsterben vorliegt, welches in den Wirkungsanalysen zu berücksichtigen ist.

Aus den Ergebnissen der Schätzungen in Tabelle 5-5 und Tabelle 5-6 wird jeweils die Inverse Mills Ratio berechnet, die später als Korrekturterm den Ergebnisgleichungen hinzugefügt wird. Die Schätzgleichung (2) wird wie folgt modifiziert

$$y_i = \alpha + \beta PG_i + \kappa t_{i2} + \delta PG_i t_{i2} + \lambda IMR_i + \gamma X_i + u_i, \quad (3)$$

wobei IMR die Inverse Mills Ratio auf der Basis der Selektionsmodelle in Tabelle 5-5 und X_i weitere Kontrollvariablen des Individuums i (z.B. Standort) bezeichnet¹⁴. Die Selektionsmodelle in Tabelle 5-6 dienen analog zur Bestimmung der Korrekturterme für die DiD-Schätzmodelle, die die Veränderungen zwischen der Erstbefragung und der zweiten Folgebefragung (t_3) betrachten.

Die Untersuchungen in Abschnitt 5.1 haben gezeigt, dass die kausalen Wirkungen des Pflegebudgets auf die Ergebnisvariablen nicht durch einen einfachen Mittelwertvergleich zum Zeitpunkt der Folgebefragungen ermittelt werden können. Jedoch kann mittels einer Differenz-in-Differenzen Schätzung für die unterschiedlichen Ausgangssituationen der Programm- und Vergleichsgruppe kontrolliert werden. Kontrollvariablen, wie z.B. der Wohnort, sollten weitere systematische Unterschiede zwischen beiden Gruppen auffangen. Durch das Hinzufügen eines Korrekturterms, der die Selektion der Stichprobe zwischen den Erhebungszeiträumen widerspiegelt, können zudem die Einflüsse eines systematischen Panelsterbens von dem kausalen Effekt des Pflegebudgets getrennt werden. Auf diese Weise ermöglicht der gewählte methodische Ansatz eine unverzerrte Schätzung des kausalen Effekts des Pflegebudgets für die Teilnehmer des Modellprojekts. Wenn in den folgenden Wirkungsanalysen somit von den Ergebnissen des Differenz-in-Differenzen Schätzers die Rede ist, bezieht sich das wenn nicht anders erläutert auf die Schätzung der Gleichung (3). Die in diesem Fall ausgewiesenen Standardfehler berücksichtigen eine mögliche Abhängigkeit der Beobachtungen eines Individuums über die Zeit. Sollen die Ergeb-

¹⁴ Die inverse Mill's Ratio λ ist definiert als $\phi(x\beta)/\Phi(x\beta)$ mit $\phi(\cdot)$ als Dichte- und $\Phi(\cdot)$ als Verteilungsfunktion der Standardnormalverteilung. X sind die Variablen in den Schätzmodellen (Tabelle 5.5 und Tabelle 5.6) und β die entsprechenden Parameterschätzer.

nisse jedoch repräsentativ für den Fall einer bundesweiten Einführung sein, bedarf es einer Anpassung der Gewichtungsfaktoren. Dieses Vorgehen ist im folgenden Abschnitt beschrieben.

5.2 Gewichtungsfaktoren zur Verallgemeinerung der Modellergebnisse auf den Fall einer bundesweiten Einführung des Pflegebudgets

Neben der Frage einer adäquaten methodischen Vorgehensweise zur Abschätzung des kausalen Effekts des Pflegebudgets, stellt sich wie bereits in Teil 3 kurz angesprochen die Frage der Übertragbarkeit der Ergebnisse für den Fall einer bundesweiten Einführung des Pflegebudgets als Regelleistung der SPV. Sollten den theoretischen Erwartungen entsprechend die Wirkungen des Pflegebudgets je nach Pflegestufe und Leistungsart unterschiedlich ausfallen, wäre der ungewichtete Effekt des Pflegebudgets für die Teilnehmer des Modellprojektes lediglich die durchschnittliche Wirkung für eine durch standortspezifische Zugangsregelungen geprägte spezielle und selektive Stichprobe. Ein solches naives Szenario (Szenario (0)) erscheint jedoch wenig sinnvoll, da dessen Aussagekraft für die zu erwartende Wirkung im Fall einer bundesweiten Einführung unklar ist. Lediglich eine Wirkungsanalyse getrennt nach der vorherigen Regelleistung ist in diesem Fall unproblematisch.

Um Aussagen über den zu erwartenden mittleren Effekt des Pflegebudgets auf die Budgetempfänger machen zu können, ist es daher notwendig, die zu erwartende Verteilung der Budgetnehmer hinsichtlich des Grades an Pflegebedürftigkeit und ihrer zuvor bezogenen Regelleistung zu prognostizieren. Der einzige empirische Anhaltspunkt hierfür ist die beobachtete Selektion an den Modellstandorten Erfurt und Neuwied. Nur an diesen beiden Standorten waren nahezu alle Pflegebedürftigen mit Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung in gleichem Maße teilnahmeberechtigt.¹⁵ Ein Vergleich der Grundgesamtheit an den beiden Standorten mit der Struktur der Teilnehmergruppe im Hinblick auf die Pflegestufe und die Regelleistung gibt hierfür einen ersten Eindruck darüber, welche Gruppen von Pflegebedürftigen sich im Falle einer Einführung für das Pflegebudget entscheiden würden.

Tabelle 5-7 zeigt die Anteile der Teilnehmer nach Pflegestufe und vorheriger Leistung an der Grundgesamtheit der beiden Standorte. Während sich die Teilnehmer an

¹⁵ In einer Auswertung der Interessenten am Pflegebudget von FIFAS zeigt sich, dass in Erfurt bzw. Neuwied etwa 5-10% der Interessenten nicht teilnahmeberechtigt sind, weil ihr Sachleistungsanteil zu niedrig ist.

dem Modellprojekt in Neuwied relativ gleichmäßig über die verschiedenen Gruppen von Pflegebedürftigen verteilen, besteht die Gruppe der Teilnehmer in Erfurt vorwiegend aus vorherigen Sachleistungsempfängern und Pflegebedürftigen der Pflegestufe 1. Die Teilnahmequote unter Pflegegeldbeziehern fällt hingegen deutlich niedriger aus.

Tabelle 5-7: Anteil der Teilnehmer nach Pflegestufe und Regelleistung (ohne Härtefälle) an der Grundgesamtheit der Pflegebedürftigen an den Standorten Erfurt und Neuwied

	Sachleistung	Kombileistung	Pflegegeld	Gesamt
Neuwied (Grundgesamtheit = 3,385, Teilnehmer^a = 175)				
Pflegestufe I	4.1%	3.5%	5.1%	4.8%
Pflegestufe II	6.7%	6.5%	5.2%	5.6%
Pflegestufe III	4.3%	4.6%	7.4%	6.1%
Gesamt	4.7%	5.1%	5.3%	5.2%
Erfurt (Grundgesamtheit = 3,320, Teilnehmer^a = 77)				
Pflegestufe I	8.8%	3.6%	1.6%	3.0%
Pflegestufe II	1.9%	0.6%	1.5%	1.4%
Pflegestufe III	4.2%	0.0%	1.1%	1.3%
Gesamt	6.3%	1.8%	1.5%	2.3%

^a Es werden nur die Teilnehmer berücksichtigt, für die Pflegestufe und vorherige Regelleistung bekannt sind. **Quelle:** Pflegestatistik 2005 (Stat. Landesämter) und Panelerhebung Modellprojekt

Eine zusätzliche Befragung der Interessenten an den beiden Standorten Neuwied und Erfurt durch Meng (2006) untersuchte die möglichen Ursachen für die unterschiedlichen Verteilungen an beiden Standorten. Demnach wird die wirtschaftliche Bedeutung des Pflegegeldes als zusätzliches Haushaltseinkommen bzw. für die Rentenansprüche der pflegenden Angehörigen in Erfurt deutlich größer eingeschätzt als in Neuwied, so dass die Attraktivität des zweckgebundenen Pflegebudgets in Erfurt für Pflegegeldbezieher als geringer eingeschätzt wird. Eine Ursache dieser regionalen Unterschiede kann in der regionalen Wirtschaftssituation liegen. Schlechtere Erwerbsaussichten, gerade von älteren Personen, könnten die Attraktivität des Pflegegeldes somit möglicherweise steigern. Diese Abhängigkeit von regionalen Gegebenheiten macht eine Übertragbarkeit der beobachteten Selektion der Teilnehmer an den beiden Standorten auf den Fall einer bundesweiten Einführung des Pflegebudgets schwierig. Die Teilnahmequoten an den beiden Standorten Neuwied und Erfurt

sind lediglich zwei mögliche Ausprägungen und somit nicht mehr als ein grober Anhaltspunkt für die zu erwartende Verteilung der Budgetbezieher im Falle einer bundesweiten Einführung des Pflegebudgets. Tabelle 5-8 vergleicht die Verteilung der Pflegebedürftigen in Deutschland, an den beiden Standorten Neuwied und Erfurt und für die gesamte Stichprobe aller Standorte. München wird aufgrund der fehlenden Randomisierung nicht berücksichtigt.

Vergleicht man zunächst die Verteilung in der Grundgesamtheit mit der gemeinsamen Teilnehmerstruktur an den Standorten Erfurt und Neuwied, so zeigt sich, dass die Verteilungen relativ nah beieinander liegen, also der Anteil der Wechsler in das Pflegebudget relativ unabhängig von dem Grad der Pflegebedürftigkeit bzw. der zuvor bezogenen Leistungsart ist. Sachleistungsempfänger kommen unter den Projektteilnehmern jedoch etwas häufiger vorkommen als in der Grundgesamtheit. Dies ist vor allem das Ergebnis der hohen Teilnahmequote von Sachleistungsempfängern in Erfurt (siehe Tabelle 5-7). Durch die an den anderen Standorten vorliegende Beschränkung des Zugangs zum Modellprojekt auf die Gruppe der Sachleistungs- bzw. Kombinationsleistungsempfänger ist der Anteil dieser Leistungsgruppen unter allen Projektteilnehmern dagegen noch einmal deutlich höher. Auch die Zahl der Pflegebedürftigen, die zuvor Kombinationsleistungen bezogen haben, fällt in der gesamten Teilnehmergruppe höher aus als an den Standorten Neuwied und Erfurt. Die stark durch die standortspezifischen Zugangsregelungen getriebene Zusammensetzung der pflegebedürftigen Teilnehmer des Projektes ist damit nicht repräsentativ für eine zu erwartende Verteilung der Budgetbezieher im Falle einer bundesweiten Einführung des Pflegebudgets, bei der alle Pflegebedürftigen zugangsberechtigt wären.

Möchte man somit den mittleren zu erwartenden Effekt des Pflegebudgets im Falle einer bundesweiten Einführung berechnen, muss die Verteilung der Stichprobe der zu erwartenden Verteilung der Pflegebudgetbezieher bei einer bundesweiten Einführung des Pflegebudgets durch eine entsprechende Gewichtung angepasst werden. Hierzu sind verschiedene Szenarien denkbar, die jeweils unterschiedliche Annahmen treffen, um die externe Validität des Modellversuchs herzustellen:

Szenario (i): Keine Selektion

In diesem Szenario stammen die Pflegebudgetnehmer aus allen Gruppen gleichermaßen. Die gewichtete Teilnehmerstruktur wird daher der in Tabelle 5-8 gezeigten Verteilung in der Grundgesamtheit in Deutschland angepasst. Die zugrunde liegende

Annahme ist, dass die Teilnahmewahrscheinlichkeit unabhängig von der vorherigen Leistungsart oder Pflegestufe ist. Die in Erfurt und Neuwied durchschnittlich beobachtete Verteilung hat gezeigt, dass dieses Szenario empirisch nicht abwegig ist.

Tabelle 5-8: Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Pflegestufen und Leistungsarten für die Grundgesamtheit aller Pflegebedürftigen, die Projektteilnehmer in Neuwied und Erfurt sowie alle Teilnehmer des Modellprojektes

	Sachleistung	Kombileistung	Pflegegeld	Gesamt
Grundgesamtheit Deutschland (N = 1,446,417)				
Pflegestufe I	10,0 %	6,6 %	41,3 %	57,9 %
Pflegestufe II	5,8 %	6,2 %	20,9 %	32,9 %
Pflegestufe III	1,2 %	2,4 %	5,6 %	9,2 %
Gesamt	17,0 %	15,2 %	67,8 %	100,0 %
Standort Neuwied und Erfurt (N = 252)^a				
Pflegestufe I	15,5 %	5,6 %	38,5 %	60,4 %
Pflegestufe II	4,0 %	6,8 %	20,6 %	31,3 %
Pflegestufe III	1,6 %	1,6 %	6,0 %	8,3 %
Gesamt	21,0 %	13,9 %	65,1 %	100,0 %
Alle Standorte (N =412)^{a, b}				
Pflegestufe I	23,3%	6,8%	23,5%	53,6%
Pflegestufe II	11,4%	10,1%	12,6%	34,2%
Pflegestufe III	4,9%	3,2%	4.1%	12,1%
Gesamt	39,6%	20,2%	40,3%	100.0%

^a Es werden nur Teilnehmer berücksichtigt, für die Pflegestufe und Regelleistung bekannt sind.

^b Aufgrund der fehlenden Randomisierung ohne Unna nach Mai 2007 und München.

Quelle: Pflegestatistik 2005 und Panelerhebung Modellprojekt

Szenario (ii): Übertragbarkeit der Teilnehmerstruktur in Neuwied und Erfurt

Dieses Szenario geht von der Annahme aus, dass sich Pflegebudgetnehmer entsprechend den Teilnahmequoten am Standort Neuwied bzw. Erfurt selektieren. Die gewichtete Teilnehmerstruktur wird daher der entsprechenden Verteilung in Neuwied bzw. Erfurt angepasst. Allerdings wurde bereits in Abschnitt 5.3.2 diskutiert, dass sich die Teilnahmequoten in Neuwied und Erfurt stark unterscheiden. Welche dieser regionalen Ausprägungen der Teilnehmerstruktur der tatsächlichen Teilnehmerstruktur im Falle einer Einführung des Pflegebudgets als Regelleistung am nächsten

kommt, ist ex ante nicht bestimmbar. Wir arbeiten daher mit zwei unterschiedlichen Annahmen.

- Variante (a) nimmt ein gewogenes arithmetisches Mittel der Teilnehmerstruktur in Neuwied und Erfurt als eine mögliche Ausprägung der gruppenspezifischen Teilnahmequoten. Dieser Variante liegt die Annahme zugrunde, dass die mittlere Teilnehmerquote der beiden Standorte repräsentativ ist für die bundesweite Einführung des Budgets.
- Variante (b) geht hingegen davon aus, dass die Teilnahmequoten in Neuwied und Erfurt vor allem durch die wirtschaftliche Situation geprägt sind und Neuwied eher repräsentativ für Westdeutschland, Erfurt eher repräsentativ für Ostdeutschland ist. Die Teilnehmerquoten werden daher entsprechend gewichtet.

Beide Szenarien (mit Varianten) arbeiten mit Annahmen, um die Berechnung eines durchschnittlichen Budgeteffektes im Falle einer bundesweiten Einführung des Pflegebudgets zu ermöglichen. Da diese Annahmen jedoch nicht überprüft werden können, werden in den folgenden Analysen die Ergebnisse für die verschiedenen Szenarien zur Verteilung der zukünftigen Budgetnehmer nach Leistungsgruppen und Pflegestufen gegenübergestellt. Tabelle 5-9 fasst die Gewichtungsfaktoren der beiden Szenarien mit Varianten zusammen. Eine ungewichtete Variante entspräche einer Gewichtung mit dem Faktor 1 für alle Beobachtungen der Stichprobe.

Tabelle 5-9: Gewichtungsfaktoren der drei Szenarien nach Pflegestufe und vorheriger Leistungsart

	Sachleistung	Kombileistung	Pflegegeld	Gesamt
Szenario (i)				
Pflegestufe I	0.4277	0.9758	1.7553	1.0799
Pflegestufe II	0.5086	0.6037	1.6521	0.9586
Pflegestufe III	0.2584	0.7631	1.3583	0.7636
Gesamt	0.4303	0.7542	1.6823	1.0000
Szenario (ii)(a)				
Pflegestufe I	0.6642	0.8175	1.6349	1.1097
Pflegestufe II	0.3479	0.6618	1.6349	0.9160
Pflegestufe III	0.3270	0.5031	1.4426	0.7521
Gesamt	0.5316	0.6894	1.6152	1.0000

Szenario (ii)(b) - Westdeutschland				
Pflegestufe I	0.3430	0.6547	1.7771	1.0854
Pflegestufe II	0.3274	0.7291	1.7771	0.9707
Pflegestufe III	0.2091	0.6462	1.5402	0.7852
Gesamt	0.3173	0.6954	1.7498	1.0000
Szenario (ii)(b) - Ostdeutschland				
Pflegestufe I	0.9417	1.0202	1.3117	1.0749
Pflegestufe II	0.4372	0.4372	1.3117	0.8347
Pflegestufe III	0.8745	0.0000	1.3117	0.7495
Gesamt	0.8487	0.7495	1.3117	1.0000

5.3 Wirkungen des Personengebundenen Pflegebudgets - Veränderungen des Pflegearrangements

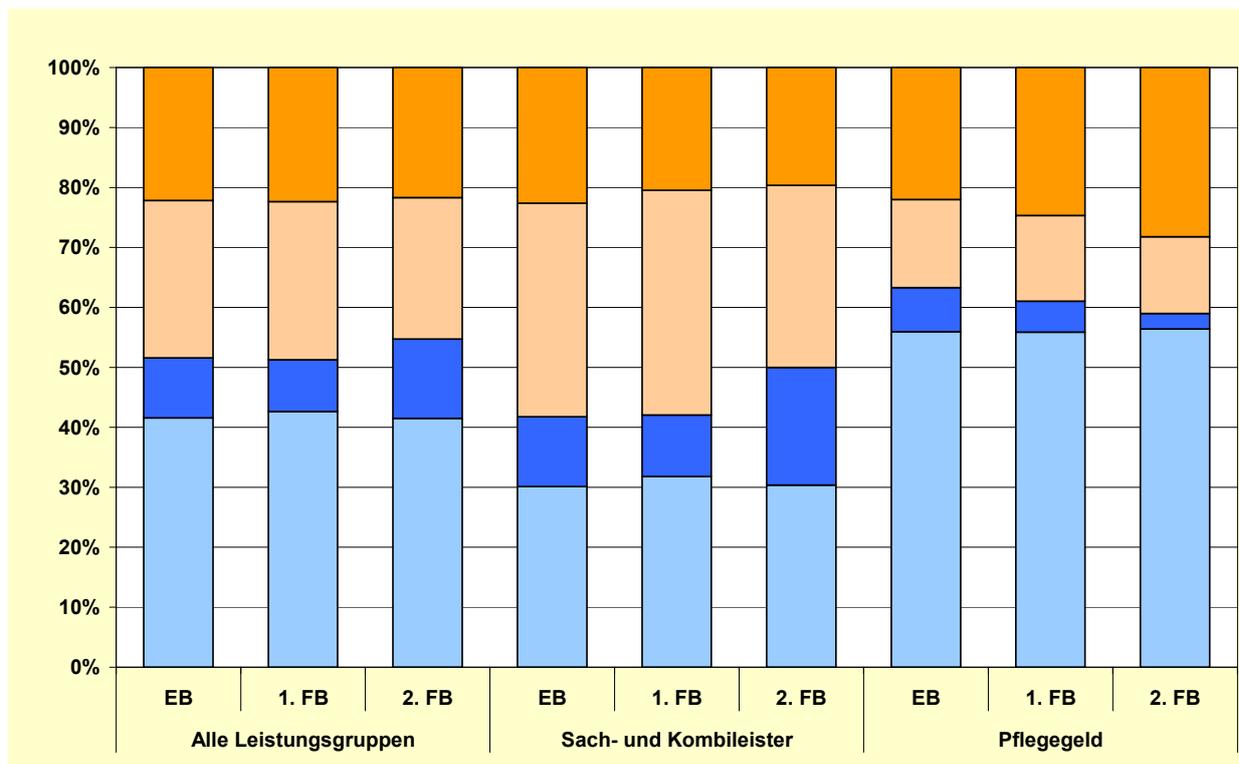
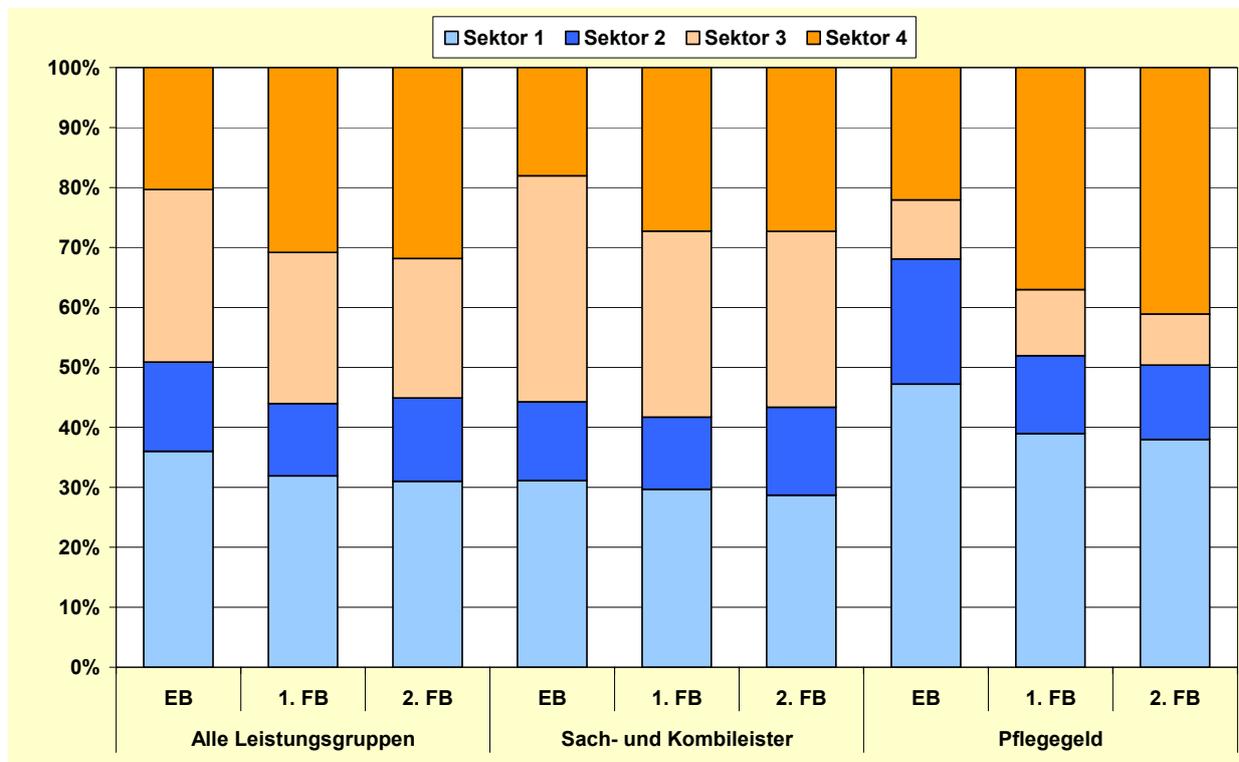
5.3.1 Struktur der Helfer

Zunächst stellt sich die Frage, wie sich die Struktur der Pflegearrangements durch das Pflegebudget verändert hat. Durch die Ausweitung des zugelassenen Leistungs- und Anbieterspektrums im Vergleich zur Sachleistung könnten sich sowohl die Zusammensetzung der Helfer als auch die Art der erbrachten Leistungen ändern. Im Vergleich zum Pflegegeld, stellt sich hingegen die Frage, welche Leistungen und Helfer sich die Pflegebedürftigen mit dem zusätzlich erhaltenen Geld einkaufen. Grundlage dieser Untersuchungen bildet die Hilfe-Helfer-Matrix, die in Abschnitt 4.3.2 auf vier Helfersektoren und sechs Hilfekategorien verdichtet wurde.

Anhand dieser Matrix lässt sich nun in Abbildung 5-1 zunächst deskriptiv betrachten, welche Helfer in das Pflegearrangement der Pflegebedürftigen eingebunden sind und wie sich dies für die Programm- und Vergleichsgruppe über die Befragungen hinweg verändert hat. Dabei zeigen sich in der Erstbefragung (EB) zunächst die zu erwartenden Unterschiede zwischen den Leistungsarten. Pflegegeldbezieher setzen im Vergleich zu Sachleistungsempfängern einen deutlich niedrigeren Anteil formeller Helfer in ihrem Pflegearrangement ein. Erhalten ehemalige Pflegegeldbezieher jedoch das Pflegebudget, so ist im Vergleich zur Vergleichsgruppe eine Zunahme des formellen Sektors zu erkennen, der durch die Ausdehnung anderer beruflich-gewerblicher Helfer (Sektor 4) bedingt ist. Bei den ehemaligen Sachleistungsemp-

fängern werden nun ebenfalls mehr Helfer des Sektors 4 eingesetzt. Dies führt jedoch nicht zu einer Ausdehnung der Bedeutung des formellen Sektors.

Abbildung 5-1: Helfer im Pflegearrangement der Programmgruppe (oben) und der Vergleichsgruppe (unten) nach Befragungszeitpunkt und Leistungsart



Stattdessen handelt es sich in diesem Fall um eine Verschiebung von den Pflegediensten hin zu anderen beruflich-gewerblichen Anbietern. Es zeichnet sich somit eine stärkere Formalisierung der Pflegearrangements durch das Pflegebudget ab. Allerdings zeigt Abbildung 5-1 auch, dass es bereits zum Zeitpunkt der Erstbefragung Unterschiede zwischen der Programm- und Vergleichsgruppe gegeben hat. Zudem können ein Teil der beobachteten Veränderungen über die Zeit auf Veränderungen der Stichprobe aufgrund des Panelsterbens zurückzuführen sein. Die deskriptiv beobachteten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen können somit nicht als kausal auf das Pflegebudget alleine zurückgeführt werden. Der in vorherigen Abschnitt vorgestellte methodische Ansatz schafft hier Abhilfe.

Tabelle 5-10 zeigt daher die Ergebnisse von DiD-Schätzungen der Erstbefragung im Vergleich zur ersten Folgebefragung. Tabelle 5-11 zeigt die entsprechenden Ergebnisse für den Vergleich der Erstbefragung mit der etwa ein Jahr später stattfindenden zweiten Folgebefragung. In beiden Fällen werden Schätzungen für jede der vier Helferkategorien durchgeführt, so dass die abhängige Variable jeweils eine Indikatorvariable ist, die den Wert Eins annimmt, wenn ein Pflegebedürftiger durch einen bestimmte Helferkategorie Hilfe erhält. Bei den Schätzmodellen handelt es sich somit um Probit-Schätzungen entsprechend der Schätzgleichung (3) in Abschnitt 5.1, die die Wahrscheinlichkeit schätzen, von einer Helferguppe Unterstützung zu erhalten. Neben den bereits in Abschnitt 5.1 diskutierten Kontrollvariablen und dem Korrekturterm der Selektionsgleichung für das Panelsterben (Inverse Mills Ratio) gehen die drei Hauptmerkmale zur Schätzung des Budgeteffektes ein: ein Indikator für die Folgebefragung (t_2), ein Indikator der Zugehörigkeit zur Programmgruppe (PG) und deren Interaktionsterm. Die Ergebnistabellen zeigen jeweils die drei zentralen Variablen für die separaten Schätzungen nach der zuvor bezogenen Regelleistung sowie für die Schätzung aller Leistungsgruppen zusammen. Letztere wird einmal ungewichtet und einmal mit der Gewichtung nach Szenario (i), d.h. gewichtet entsprechend der Anteile aller Pflegebedürftigen in Deutschland, präsentiert.¹⁶ Zudem zeigen die Tabellen jeweils die Wahrscheinlichkeit einer Unterstützung durch die Helferkategorie für ein Individuum mit durchschnittlichen Merkmalen (\bar{x}). Die vollständigen Schätzungen befinden sich im Anhang C.1.

¹⁶ Die alternativen Gewichtungsverfahren (ii) kommen zu nahezu identischen Ergebnissen, so dass hier (und auch in den folgenden Analysen) auf die Darstellung aller gewichteten Ergebnisse verzichtet wird. Die entsprechenden Schätzungen können jedoch von den Autoren bezogen werden.

Tabelle 5-10: Marginale Effekte auf die Wahrscheinlichkeit, Helfer der verschiedenen Sektoren im Pflegearrangement einzusetzen (in Prozentpunkten) nach einem halben Jahr (t_2)

	Sektor 1	Sektor 2	Sektor 3	Sektor 4
Gesamte Stichprobe (ungewichtet)				
t_2	-4,59	2,88	-1,72	1,48
PG	-5,50	10,91**	-3,28	4,51
PG * t_2	1,74	3,98	7,04	31,07***
# Individuen	489	489	489	489
P (Hilfe durch Sektor \bar{x})	86,6%	30,3%	65,5%	47,5%
Sach- und Kombileistung				
t_2	-3,44	2,81	4,96	-11,85
PG	0,86	4,40	10,09*	2,29
PG * t_2	0,49	6,26	-11,95*	38,39***
P (Hilfe durch Sektor \bar{x})	244	244	244	244
# Individuen	83,9%	30,4%	89,8%	43,7%
Pflegegeldbezieher				
t_2	0,98	4,93	-11,20*	7,27
PG	-1,55	18,15**	-16,10**	-6,15
PG * t_2	-3,61	-7,24	35,60***	43,58***
# Individuen	160	160	160	160
P (Hilfe durch Sektor \bar{x})	89,4%	31,8%	20,5%	52,3%
Gewichtete Stichprobe (nach Szenario (i))				
t_2	0,07	3,89	-7,67	5,43
PG	-1,87	13,64**	-7,61	3,06
PG * t_2	-2,89	-1,49	21,55**	36,44***
# Individuen	404	404	404	404
P (Hilfe durch Sektor \bar{x})	87,3%	32,4%	46,4%	48,0%

Anm.: Ergebnisse unter Verwendung einer Korrektur des Panelsterbens entsprechend Schätzgleichung (3) in Abschnitt 5.1; vollständige Schätzergebnisse in Anhang C.1. Gewichtete Stichprobe beinhaltet nur Pflegebedürftige, deren vorherige Regelleistung bekannt ist.
Signifikanzniveaus: 10% (*), 5% (**), 1% (***)

Lesehilfe: Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Individuum mit durchschnittlichen Merkmalen Hilfe durch Angehörige erhält ist in der gesamten Stichprobe 86,6%. Diese Wahrscheinlichkeit verändert sich um n. s. -4,59 Prozentpunkte in der Folgebefragung (t_2). Ein Individuum in der Programmgruppe (PG) hat eine um n. s. -5,5 Prozentpunkte reduzierte Wahrscheinlichkeit, Hilfen durch Angehörige zu erhalten. Der Effekt des Pflegebudgets (PG* t_2) hebt diese Wahrscheinlichkeit um n.s. 1,7 Prozentpunkte.

Die Ergebnisse für die ungewichtete Gesamtstichprobe zeigen, dass das Pflegebudget die Wahrscheinlichkeit signifikant erhöht, Helfer der Sektor 4 im Pflegearrange-

ment einzusetzen. Während ein durchschnittlicher Pflegebedürftiger der Vergleichsgruppe zum Zeitpunkt der Erstbefragung (Referenzkategorie in der Schätzung) solche Helfer mit einer geschätzten Wahrscheinlichkeit von rund 48% beschäftigt, steigt diese Wahrscheinlichkeit durch das Pflegebudget auf etwa 80% (48% plus den Effekt des Interaktionsterms von 31.1 Prozentpunkten). Diese Wahrscheinlichkeit steigt in der zweiten Folgebefragung (siehe Tabelle 5-11) weiter auf gut 90% an. Auf den Einsatz der anderen Helfertypen nimmt das Pflegebudget jedoch zunächst keinen Einfluss wie Tabelle 5-10 belegt. Dies ändert sich zum Zeitpunkt der zweiten Folgebefragung. Helfer des Sektors 3, d.h. die klassischen formellen Unterstützungsangebote, werden von Pflegebudgetbezieheren nun ebenfalls signifikant häufiger eingesetzt als zuvor. Die Wahrscheinlichkeit, solche Dienste nach einem Jahr des Bezugs des Pflegebudgets in Anspruch zu nehmen steigt durch das Pflegebudget um 20 Prozentpunkte auf gut 80% im Vergleich zur Vergleichsgruppe. Der Anteil der Personen, die von Angehörigen, Freunden und Bekannten unterstützt werden, ändert sich durch das Pflegebudget hingegen weder nach einem halben noch nach einem Jahr des Bezugs von Pflegebudget. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass sich die Pflegearrangements der Programm- und Vergleichsgruppe bereits vor Beginn der Projektteilnahme teilweise signifikant unterschieden haben. So wurde ein signifikant größerer Anteil der Pflegebedürftigen in der Programmgruppe durch Angehörige und Bekannte (Sektor 2) unterstützt. Dies bestätigt die Wahl des Differenz-in-Differenzen-Schätzers, der solche Unterschiede durch eine Indikatorvariable der Gruppenzugehörigkeit auffängt und so die Abschätzung des eigentlichen Budgeteffektes ermöglicht.

Die Effekte des Pflegebudgets unterscheiden sich jedoch möglicherweise je nach der zuvor bezogenen Leistungsart (vgl. Abschnitt 2). In den bisher diskutierten Ergebnissen der gesamten Stichprobe werden diese heterogenen Wirkungen eventuell überlagert. Tatsächlich zeigen sich interessante Unterschiede zwischen den beiden Leistungsgruppen. So steigt die Wahrscheinlichkeit, andere beruflich-gewerbliche Leistungserbringer in das Pflegearrangement zu integrieren, durch das Pflegebudget in beiden Gruppen signifikant um mehr als 30 Prozentpunkte an. Bei Personen mit einem früheren Pflegegeldbezug geht dies einher mit einem deutlich häufigeren Einsatz von Pflegediensten (Sektor 3). Demgegenüber kommt es nach einem halben Jahr des Pflegebudgetbezugs bei den früheren Sach- und Kombileistungsempfängern zu einer teilweisen Umschichtung von Helfern des Pflegedienstes hin zu ande-

ren beruflich-gewerblichen Anbietern. Nach einem Jahr des Pflegebudgetbezugs ist dieser Effekt jedoch nicht mehr signifikant. Der Anteil der Pflegebedürftigen, die ein Pflegebudget beziehen und Pflegedienste in Anspruch nehmen, gleicht sich somit zwischen ehemaligen Sach- und Geldleistungsbeziehern an.

Tabelle 5-11: Marginale Effekte auf die Wahrscheinlichkeit, Helfer der verschiedenen Sektoren im Pflegearrangement einzusetzen (in Prozentpunkten) nach einem Jahr (t_3)

	Sektor 1	Sektor 2	Sektor 3	Sektor 4
Gesamte Stichprobe (ungewichtet)				
t_3	0,98	3,12	-16,94**	-0,29
PG	-1,64	9,19*	-2,39	2,39
PG * t_3	0,52	2,46	19,95**	42,89***
# Individuen	489	489	489	489
P (Hilfe durch Sektor \bar{x})	87,5%	30,3%	63,9%	49,3%
Sach- und Kombileistung				
t_3	-2,08	0,13	-12,61**	-6,41
PG	2,04	4,44	4,92	1,43
PG * t_3	3,46	9,83	-2,90	40,91***
P (Hilfe durch Sektor \bar{x})	244	244	244	244
# Individuen	83,0%	29,8%	86,8	46,6%
Pflegegeldbezieher				
t_3	1,72	1,84	-14,46	16,00
PG	-1,80	13,93	-9,98	-8,87
PG * t_3	2,87	-1,97	56,95***	50,15***
# Individuen	160	160	160	160
P (Hilfe durch Sektor \bar{x})	92,8%	33,5%	23,4%	55,3%
Gesamte Stichprobe (gewichtet nach (i))				
t_3	1,27	-1,02	-20,54**	10,26
PG	0,65	9,55	-5,73	1,49
PG * t_3	2,29	4,94	40,18***	43,31***
# Individuen	404	404	404	404
P (Hilfe durch Sektor \bar{x})	90,2%	33,3%	46,2%	51,0%

Anm.: Ergebnisse unter Verwendung einer Korrektur des Panelsterbens entsprechend Schätzgleichung (3) in Abschnitt 5.1; vollständige Schätzergebnisse in Anhang C.2. Gewichtete Stichprobe beinhaltet nur Pflegebedürftige, deren vorherige Regelleistung bekannt ist.
Signifikanzniveaus: 10% (*), 5% (**), 1% (***)

Die Effekte des Pflegebudgets hängen somit wie zu erwarten von der zuvor bezogenen Regelleistung ab. Die auf Basis der Gesamtstichprobe geschätzten Effekte sind nur mäßig aussagekräftig, da die Zusammensetzung der Stichprobe nicht die Zusammensetzung der zukünftigen Budgetbezieher widerspiegeln dürfte. Tabelle 5-10 und Tabelle 5-11 beinhalten daher auch die Ergebnisse einer nach Szenario (i) gewichteten Schätzung, bei der die Anteile der verschiedenen Leistungsgruppen den Anteilen der Grundgesamtheit der Pflegebedürftigen in Deutschland angeglichen werden. Im Vergleich zu der ungewichteten Stichprobe gewinnen die Beobachtungen der Pflegegeldbezieher somit an Bedeutung. Die Wahrscheinlichkeit, andere beruflich-gewerbliche Helfer einzusetzen (Sektor 4), steigt infolgedessen nun um knapp 40%. Für die anderen Gewichtungsszenarien ergeben sich sehr ähnliche Ergebnisse.

Die DiD-Analysen bestätigen also das deskriptive Bild eines zunehmenden Einsatzes formeller Helfer, vor allem des Sektors 4. Dies kann bei den ehemaligen Sach- und Kombileistungsempfängern auf die Erweiterung des zugelassenen Anbieterspektrums zurückgeführt werden. Leistungen, die zuvor nur durch Pflegedienste eingekauft werden konnten, werden nun teilweise durch andere Anbieter eingekauft. Bei den Pflegegeldbeziehern, die sich traditionell stark auf die informelle Unterstützung von Angehörigen, Freunden und Bekannten stützen, erlauben die zusätzlichen Geldmittel nun einen verstärkten Einkauf von Leistungen formeller Anbieter.

Tabelle 5-12: Effekt des Pflegebudgets auf die Zahl der im Pflegearrangement eingebundenen Helfer(-typen) nach einem halben und nach einem Jahr

	Pflegegeld		Sachleistung	
	$x=t_2$	$x=t_3$	$x=t_2$	$x=t_3$
t_x	-0.04	0.08	-0.03	0.12
PG	0.13	0.23	0.14	0.22
PG * t_x	0.96***	1.26***	0.26	0.19
# Individuen	160		161	
Ø Zahl an Helfern VG, t_1	2,4		2,7	

Anm.: Ergebnisse unter Verwendung einer Korrektur des Panelsterbens entsprechend Schätzgleichung (3) in Abschnitt 5.1.

Signifikanzniveaus: 10% (*), 5% (**), 1% (***)

Lesehilfe: Ein Pflegebedürftiger der Vergleichsgruppe (VG) erhält zum Zeitpunkt der Erstbefragung (t_1) Hilfen von durchschnittlich 2,4 Helfer(-typen). Eine Budgetbezieher erhält in der Folgebefragung nach einem halben Jahr Hilfen von einem zusätzlichen Helfer(-typ) (+0.96 für PG* t_x), d.h. von insgesamt 3,4 Helfer(-typen).

Insgesamt zeigt sich somit ein Bedeutungszuwachs der formellen Helfer im Pflegearrangement der Pflegebudgetbezieher. Dieser vermehrte Einsatz formeller Helfer scheint jedoch nicht zu Lasten der Unterstützung durch informelle Helfer zu gehen. Die Beteiligung informeller Helfer wird durch das Pflegebudget nicht verändert. Die erhöhte Wahrscheinlichkeit, formelle Helfer des Sektors 4 in das Pflegearrangement einzubinden, sollte sich daher in einer durchschnittlich gestiegenen Zahl von Helfern widerspiegeln. Ein solcher Effekt fällt für ehemalige Bezieher von Sachleistungen möglicherweise schwächer aus als für ehemalige Bezieher des Pflegegelds, da der häufigere Einsatz des Sektors 4 zumindest teilweise mit einem selteneren Einsatz von Pflegediensten einhergeht. Tabelle 5-12 zeigt daher die DiD-Schätzungen der Effekte des Pflegebudgets auf die Zahl der Helfer im Pflegearrangement. Allerdings kann auf Basis der Erhebungen nicht die exakte Zahl an Helfern, sondern nur die Zahl der beteiligten Helfer(-typen) bestimmt werden.¹⁷ Tabelle 5-12 zeigt zudem die Zahl der Helfer(-typen), die einen Pflegebedürftigen der Vergleichsgruppe in der Erstbefragung unterstützt haben.

Die Schätzungen bestätigen die vermutete Tendenz. Budgetbezieher binden im Vergleich zu ehemaligen Pflegegeldbeziehern nach einem halben Jahr etwa einen Helfer(-typ) mehr in das Pflegearrangement ein. Diese Zahl steigt noch leicht nach einem Jahr des Bezugs des Pflegebudgets. Für ehemalige Sachleistungsempfänger geht der Wechsel in das Pflegebudget mit keinem statistisch signifikanten Anstieg der Zahl der Helfer im Pflegearrangement einher. Die Analyse bezieht sich bisher nur auf die grundsätzliche Beteiligung verschiedener Helfer am Pflegearrangement. Verschiebungen können sich aber auch im Hinblick auf den zeitlichen Einsatz der unterschiedlichen Helfergruppen ergeben. Dies wird anhand des zeitlichen Hilfeinsatzes in Abschnitt 5.3.3 näher untersucht.

5.3.2 Art der Hilfen

Eine Motivation für die Einführung des Pflegebudgets ist neben der Erweiterung des Anbieterspektrums, auch eine Erweiterung des Leistungsspektrums im Vergleich zur Sachleistung. Dies soll Spielräume eröffnen, bedarfsgerechtere Leistungen (z.B. Betreuungsleistungen) einzukaufen, die durch die Leistungskomplexe bislang nicht abgedeckt sind. Für die früheren Bezieher von Pflegegeld ergibt sich durch das Pfl-

¹⁷ So wird beispielsweise nur danach gefragt, ob andere Angehörige Teil des Pflegearrangements sind. Es ist daraus jedoch nicht ableitbar, ob es sich dabei um mehrere Personen handelt.

gebudget hingegen keine Erweiterung der Verwendungsmöglichkeiten der Geldmittel. Effekte des Pflegebudgets auf das eingekaufte Leistungsspektrum fallen damit möglicherweise eher schwach aus. Veränderungen des eingekauften Leistungsspektrums könnten sich hier primär durch die Beratung des Case Managers ergeben, wenn bestehende Bedürfnisse bislang aufgrund von Informationsproblemen oder fehlender Verhandlungsmacht nicht durchgesetzt wurden.

Die Art der eingekauften Hilfen kann anhand der Hilfe-Helfer-Matrix untersucht werden, die in Abschnitt 4.3.2 auf sechs Hilfekategorien verdichtet wurde. Abbildung 5-2 zeigt die Anteile der verschiedenen Hilfekategorien unter allen in der verdichteten Hilfe-Helfer-Matrix genannten Tätigkeitsbereichen. Die sich ergebenden Hilfeprofile für die Programm- und Vergleichsgruppe weisen eine große Ähnlichkeit zum Zeitpunkt der Erstbefragung (EB), aber auch in den Folgebefragungen (FB) auf. Auf Basis dieser deskriptiven Ergebnisse findet sich somit zunächst kein Hinweis darauf, dass sich die Art der Hilfen durch das Pflegebudget spürbar verändert hätte. Dies ist auch unabhängig von der zuvor bezogenen Regelleistung der Fall. Zudem sind die Hilfeprofile von Pflegegeldbeziehern und Sach- bzw. Kombileistungsempfängern sehr ähnlich.

Diese Resultate legen daher die Interpretation nahe, dass der Pflegebedarf eines Pflegebedürftigen von der erhaltenen Leistungsart unabhängig ist. Der Unterschied zwischen den verschiedenen Leistungsarten liegt - wie Abbildung 5-3 impliziert - vielmehr darin, mit wessen Hilfe dieser Pflegebedarf gedeckt wird. Während in der Programmgruppe zum Zeitpunkt der Folgebefragung in allen Tätigkeitsbereichen stärker formelle Helfer, vor allem des Sektors 4, eingebunden sind, ergeben sich bei den Personen der Vergleichsgruppe keine signifikanten Verschiebungen vom informellen zum formellen Sektor. Zudem sind in der Programmgruppe alle Tätigkeitsbereiche von der veränderten Struktur der Helfer betroffen, d.h. die formellen Helfer übernehmen Tätigkeiten aus allen Bereichen, auch aus dem Bereich der weiteren Betreuung. Dieser Bereich ist jedoch weiter stark durch Angehörige geprägt.

Abbildung 5-2: Geleistete Hilfekategorien der Programmgruppe (oben) und der Vergleichsgruppe (unten) nach dem Befragungszeitpunkt und der zuvor bezogenen Regelleistung

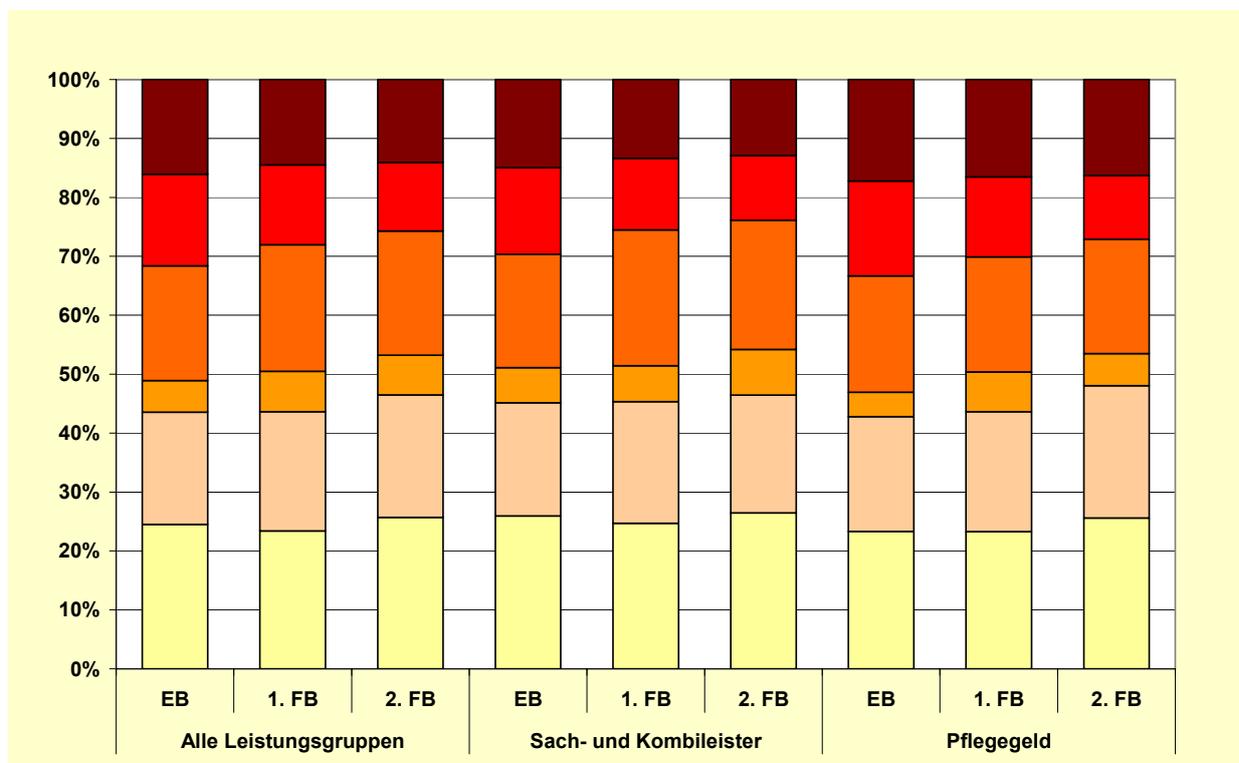
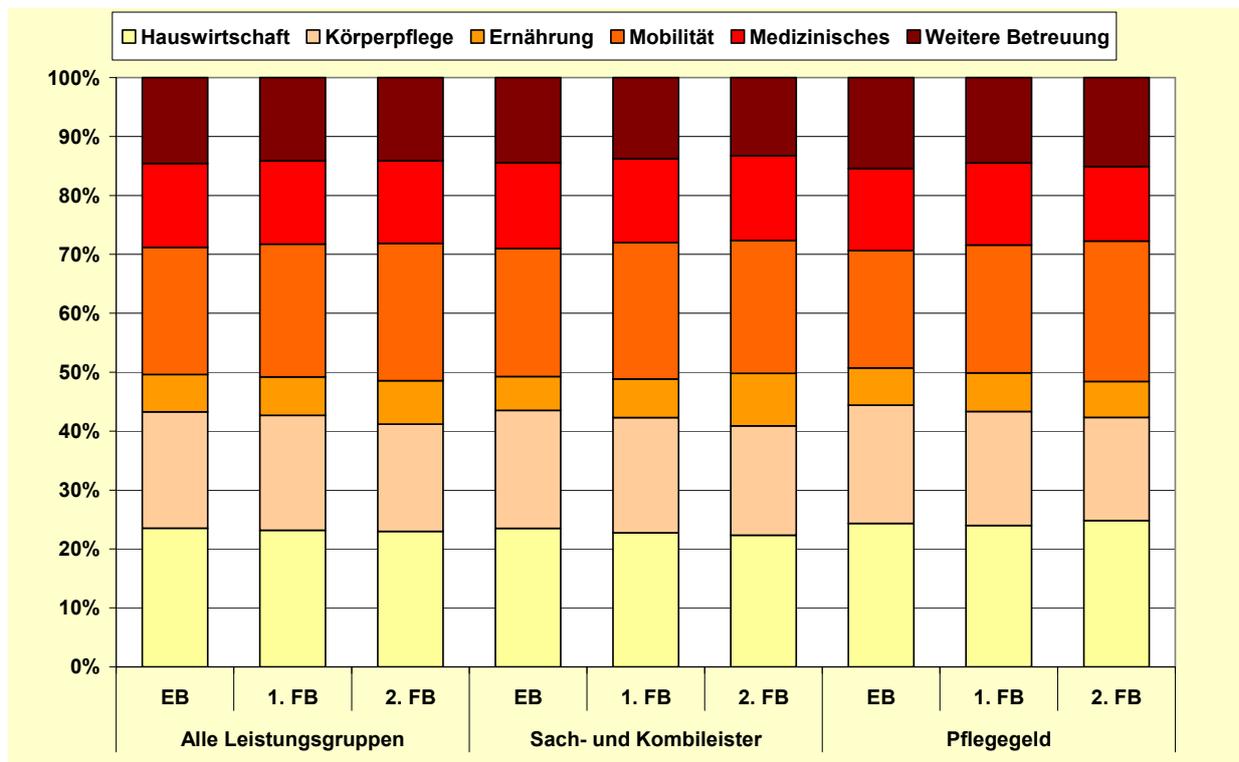
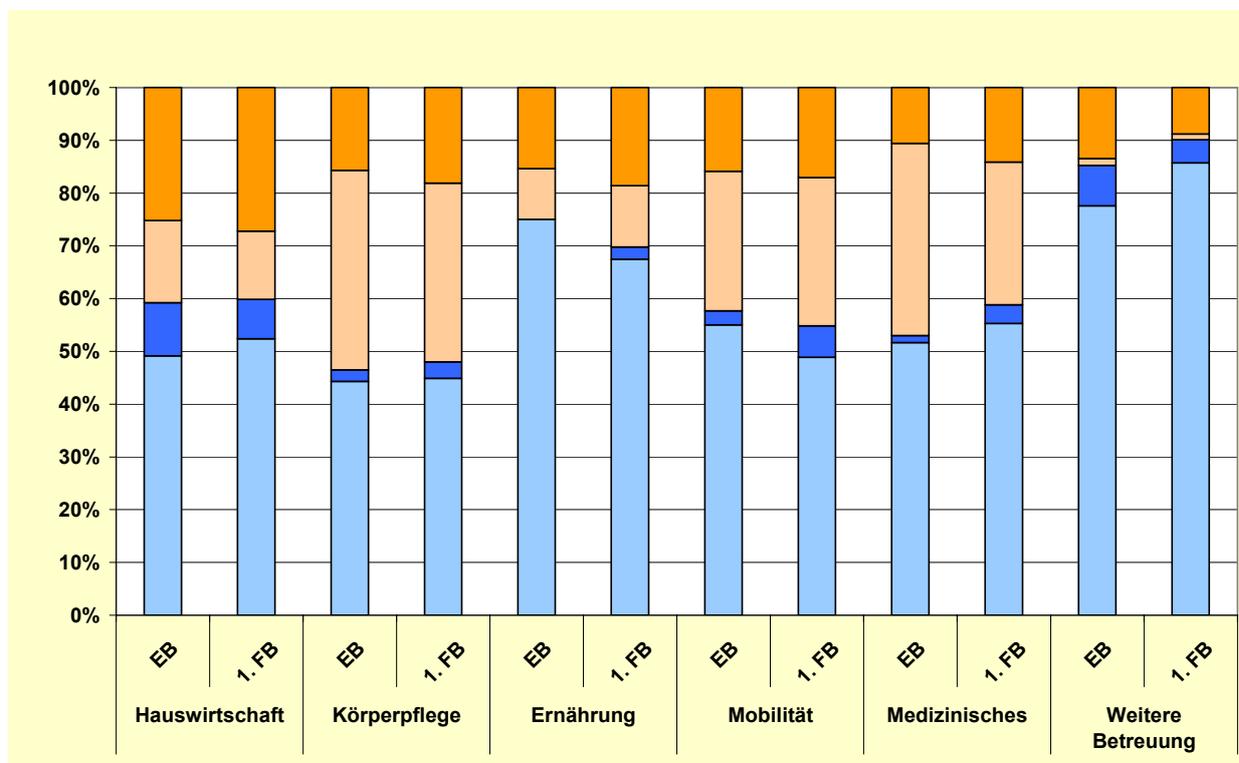
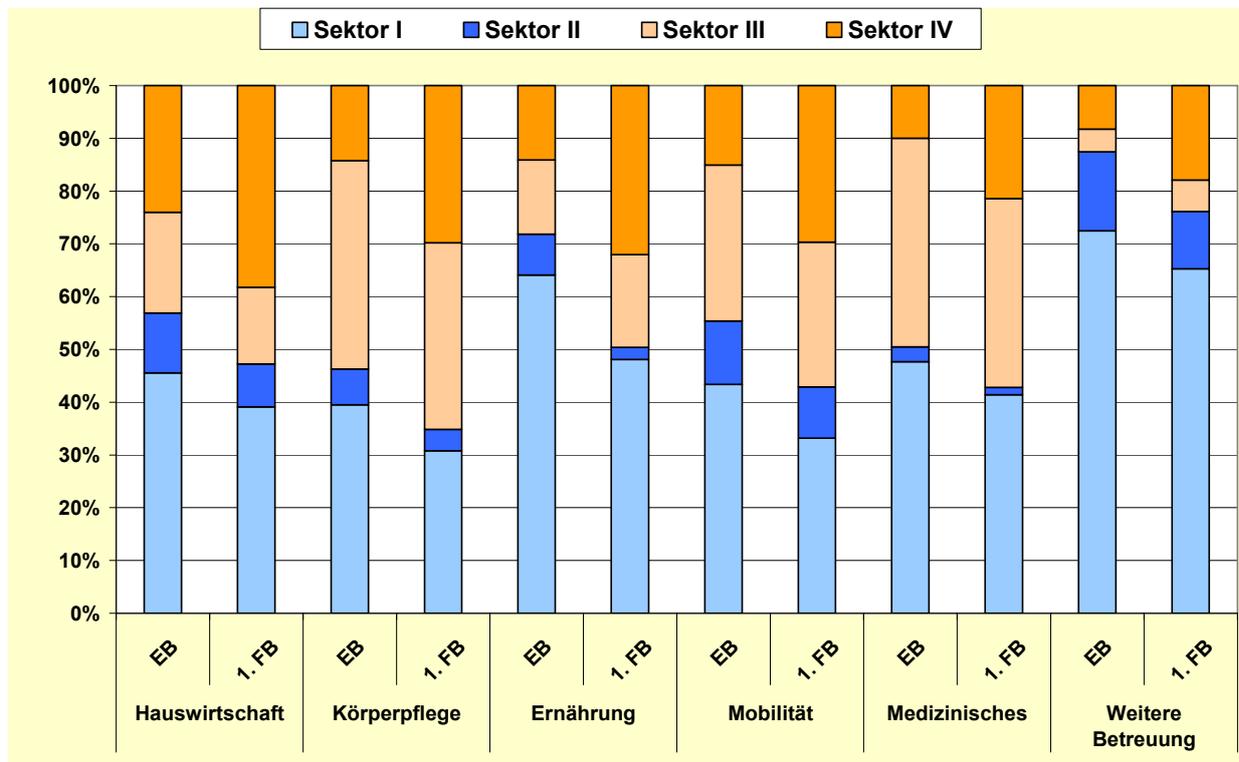


Abbildung 5-3: Helfer in der Programmgruppe (oben) und der Vergleichsgruppe (unten) nach Hilfekategorien und Befragungszeitpunkt, alle vorherigen Leistungsarten zusammen



Anm.: Signifikante Unterschiede zwischen der Erst- und Folgebefragung sind mit Sternen an der Beschriftung zur Folgebefragung gekennzeichnet. 10% (*), 5% (**), 1% (***)

Auf Basis der Auswertung der Hilfe-Helfer-Matrix wird deutlich, dass das Pflegebudget Pflegearrangements nicht hinsichtlich der Art der erbrachten Leistungen sondern hinsichtlich des Spektrums der Leistungserbringer verändert. Dies spricht dafür, dass die mittels des Pflegebudgets gewählten Pflegearrangements im Hinblick auf dessen sechs Tätigkeitsbereiche gegliederte Leistungsspektrum nicht bedarfsgerechter sind als die Arrangements unter Verwendung der Regelleistungen. Es ist jedoch denkbar, dass Veränderungen der Leistungen, die zu einer verbesserten Bedarfsgerechtigkeit führen, nicht anhand der sechs Tätigkeitsbereiche gemessen werden können. So misst sich die Bedarfsgerechtigkeit einer erbrachten Hilfe im Bereich der Körperpflege möglicherweise daran, wie und wann diese ausgeführt wird. Falls das Pflegebudget auf diese Weise zu einer bedarfsgerechteren Versorgung beiträgt, sollten Bezieher dieser Leistungsform möglicherweise seltener angeben, es fehlten ihnen Hilfen, die sie benötigen. Dies lässt sich mittels eines DiD-Schätzer entsprechend Schätzgleichung (3) in Abschnitt 5.1. untersuchen, der dieselben erklärenden Faktoren beinhaltet wie zuvor. Als abhängige Variable fungiert jedoch nun ein Indikator, der den Wert Eins annimmt, falls eine pflegebedürftige Person angibt, es fehlten ihr wichtige Hilfen.

Tabelle 5-13 zeigt die dazugehörigen Schätzergebnisse wiederum getrennt nach der zuvor bezogenen Regelleistung und im Falle der Verwendung der Gesamtstichprobe die ungewichteten und gewichteten Ergebnisse. Ein durchschnittlicher Pflegebedürftiger, der Pflegegeld erhält, moniert in 10% der Fälle, dass ihm wichtige Hilfen fehlen. Bezieher von Sach- und Kombinationsleistungen schätzen die Bedarfsgerechtigkeit ihres Pflegearrangements etwas schlechter ein und geben in knapp 20% der Fälle fehlende Hilfen an. Dieser Unterschied zwischen den Beziehern der beiden Regelleistungen ist angesichts der festgelegten Leistungskomplexe bei Sachleistungen nicht überraschend. Keine der Schätzungen in Tabelle 5-13 deutet jedoch darauf hin, dass der Bezug des Pflegebudgets zu einer statistisch eindeutigen Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit des Pflegearrangements beiträgt. Allerdings weist zumindest die Punktschätzung für ehemalige Sach- und Kombileistungsbezieher darauf hin, dass das Pflegebudget das Vorkommen fehlender Hilfen um etwa 10 Prozentpunkte - und damit ungefähr auf das Niveau der Pflegegeldbezieher - reduziert. Das empirische Signifikanzniveau liegt hierbei bei 0,15 und verfehlt die gebräuchlichen Signifikanzniveaus nur knapp. Die Schätzungen liefern somit einige Evidenz, dass das Pflegebudget die Bedarfsgerechtigkeit der Pflegearrangements gegenüber den

Sachleistungen verbessert. Gegenüber dem Bezug des Pflegegelds ist ein solcher Effekt – wie zu erwarten – aber nicht nachzuweisen.

Tabelle 5-13: Marginale Effekte auf die Wahrscheinlichkeit, dass wichtige Hilfen fehlen (in Prozentpunkten) nach einem halben (t2) und nach einem Jahr (t3)

	x=t ₂	x=t ₃	x=t ₂	x=t ₃
Stichprobe	gesamt ungewichtet		GL und SL, gewichtet nach (i)	
t _x	-9,75**	-8,88*	-12,09***	-11,11**
PG	-3,40	-0,17	-0,66	2,81
PG * t _x	-3,63	-3,90	2,00	1,14
# Individuen	484	484	399	399
P (fehlende Hilfe \bar{x})	16,8%	17,3%	16,1%	16,3%
Nach Leistungsarten	Pflegegeld		SL und KL	
t _x	-13,67**	-14,00*	-7,67	-6,18
PG	0,86	3,14	-4,36	-0,59
PG * t _x	7,65	10,23	-6,13	-9,45
# Individuen	158	158	241	241
P (fehlende Hilfe \bar{x})	10,9%	11,3%	18,2%	17,9%

Anm.: Ergebnisse unter Verwendung einer Korrektur des Panelsterbens entsprechend Schätzgleichung (3) in Abschnitt 5.1.; GL – Pflegegeld; SL – Sachleistung; KL – Kombileistung; vollständige Schätzergebnisse in Anhang C.3.

Signifikanzniveaus: 10% (*), 5% (**), 1% (***)

Lesehilfe: Ein Sach- oder Kombileistungsempfänger mit durchschnittlichen Charakteristika gibt mit einer Wahrscheinlichkeit von um die 18% fehlende Hilfen an. Der Bezug des Pflegebudgets (PG*t_x) reduziert diese Wahrscheinlichkeit n.s. um -6.13 Prozentpunkte nach einem halben Jahr und um n.s. - 9.45 Prozentpunkte nach einem Jahr.

Die Ergebnisse auf Basis der Hilfe-Helfer-Matrix liefern somit keine Hinweise auf ein verändertes Leistungsspektrum. Die Analyse der Häufigkeit fehlender Hilfen zeigt jedoch eine schwache Evidenz für eine verbesserte Bedarfsgerechtigkeit der Leistungserbringung für ehemalige Sachleistungsempfänger. Zusätzliche Evidenz zum Leistungsspektrum präsentiert FIFAS in seinem Endbericht auf der Basis der Auswertungen offener Fragen zum Leistungsspektrum beruflich-gewerblicher Anbieter (vgl. FIFAS, 2008).

5.3.3 Zeitumfang der Hilfen

Die bisherigen Analysen deuten darauf hin, dass Pflegebudgetbezieher verstärkt formelle Helfer in ihr Pflegearrangement einbinden. Auch der Zeitumfang der Unter-

stützung durch formelle Helfer sollte somit ansteigen. Welche Auswirkungen dies auf den zeitlichen Einsatz der Angehörigen, Freunde und Bekannten hat (Sektor 1 und 2) ist jedoch nicht klar. Die grundsätzliche Beteiligung dieser Helfer am Pflegearrangement ist laut der Analysen des vorherigen Abschnitts unverändert. Dies muss jedoch nicht bedeuten, dass der zeitliche Umfang der Unterstützung konstant geblieben ist. Denkbar wäre, dass die Hilfe durch formelle Helfer die informelle Unterstützung zumindest teilweise substituiert. In diesem Fall sollte eine Ausdehnung des zeitlichen Hilfeumfangs durch formelle Helfer mit einem reduzierten zeitlichen Einsatz informeller Helfer einhergehen. Im Falle einer unvollständigen Substitution würde der Gesamtumfang der Unterstützung steigen. Im Falle einer vollständigen Substitution wäre dies hingegen nicht der Fall.

Um den Effekt des personengebundenen Pflegebudgets auf die zeitliche Struktur der Pflege zu analysieren, wird wiederum ein Differenz-von-Differenzen-Ansatz geschätzt. Da es sich bei den abhängigen Variablen - Hilfeinsatz in Stunden pro Woche in den vier Helfergruppen - um kontinuierliche Variablen handelt, müssen nun im Unterschied zu den obigen Analysen keine Probit-Schätzungen verwendet werden: Die Schätzung der Effekte erfolgt durch lineare Regressionen. Zudem müssen im Falle der Information zum zeitlichen Hilfeinsatz der Helfer die in Abschnitt 4.3.3 beschriebenen unplausiblen Angaben zum zeitlichen Hilfeumfang berücksichtigt werden. Die folgenden Tabellen zeigen daher immer die drei zentralen DiD-Ergebnisse - den Indikator für die Gruppenzugehörigkeit, den Indikator für die Folgebefragung und deren Interaktion - auf Basis der unveränderten Rohdaten und auf Basis der in Abschnitt 4.3.3 beschriebenen Kappung der Stundenangaben. Tabelle 5-14 zeigt die Ergebnisse für die gesamte (ungewichtete) Gesamtstichprobe. Tabelle 5-15 und zeigen die Ergebnisse getrennt für ehemalige Bezieher des Pflegegelds und für ehemalige Sachleistungsempfänger.

Betrachtet man für die gesamte Stichprobe zunächst die Veränderungen im Zeitumfang der Unterstützung durch informelle Helfer, so fällt auf, dass die geschätzten Effekte des Pflegebudgets allesamt ein negatives Vorzeichen aufweisen. Die Punktschätzungen der Effekte implizieren somit, dass sowohl Angehörige als auch Freunde und Bekannte weniger Zeit aufwenden, um den Pflegebedürftigen zu unterstützen, wenn ein Pflegebudget bezogen wird. Eine Signifikanz dieser Schätzergebnisse ist aber nicht durchweg gegeben und variiert zudem im Laufe der Zeit und zwischen den Beziehern unterschiedlicher Regelleistungen.

Tabelle 5-14: DiD-Schätzung der Effekte nach einem halben Jahr (t₂) und einem Jahr (t₃) auf die Hilfestunden pro Woche nach Sektoren, ungewichtete Gesamtstichprobe, Rohdaten und Stundenkappung

	Sektor 1	Sektor 2	Sektor 3	Sektor 4
Rohdaten				
Ø h/Woche VG, t ₁	41,0	1,8	3,9	9,2
# Individuen	489	489	489	489
<i>Effekte nach einem halben Jahr (t₂)</i>				
t ₂	0,3	0,4	0,1	-0,4
PG	9,5**	4,0***	-0,4	-0,1
PG * t ₂	-7,1*	-2,0*	-0,0	8,7***
<i>Effekte nach einem Jahr (t₃)</i>				
t ₃	10,6	-0,0	-0,9	-1,7
PG	10,2**	4,0***	-0,6	-1,1
PG * t ₃	-14,5**	-1,7	0,7	15,4***
Mit Stundenkappung (siehe Abschnitt 4.3.3)				
Ø h/Woche VG, t ₁	35,8	1,8	3,9	7,0
# Individuen	489	489	489	489
<i>Effekte nach einem halben Jahr (t₂)</i>				
t ₂	0,5	0,5	0,1	0,9
PG	0,9	3,2***	-0,7	0,1
PG * t ₂	-4,3	-1,4	0,2	6,9***
<i>Effekte nach einem Jahr (t₃)</i>				
t ₃	6,3	0,3	-0,7	-0,7
PG	1,2	2,9***	-0,9	-0,4
PG * t ₃	-8,7*	-1,5	0,7	13,4***

Anm.: Ergebnisse unter Verwendung einer Korrektur des Panelsterbens entsprechend Schätzgleichung (3) in Abschnitt 5.1.; vollständige Schätzergebnisse in Anhang C.4.

Signifikanzniveaus: 10% (*), 5% (**), 1% (***)

Lesehilfe: Ein Individuum der Vergleichsgruppe erhält zum Zeitpunkt der Erstbefragung durchschnittlich 41 Stunden pro Woche Unterstützung durch Angehörige (Rohdaten). Dies ändert sich bis zur Folgebefragung (t₂) um ns. 0.3 Stunden pro Woche. Die Programmgruppe (PG) erhält zum Zeitpunkt der Erstbefragung 9.5 Stunden pro Woche mehr an Unterstützung. Durch das Budget (PG*t₂) reduziert sich die Unterstützung durch Angehörige um 7,1 Stunden pro Woche.

So findet sich eine signifikante Reduktion des zeitlichen Hilfeumfangs von Angehörigen nur für die gesamte (ungewichtete) Stichprobe. Die Reduktion der Unterstützung durch Angehörige macht hier – je nach dem gewählten Umgang mit den Datenproblemen – zwischen 8 und 15 Stunden pro Woche aus. Zumindest für die gesamte Stichprobe lässt sich somit belegen, dass eine fast vollständige Substitution zwi-

schen formellen und Angehörigen besteht: eine Stunde mehr Unterstützung durch den formellen Sektor reduziert die Unterstützung durch Angehörige um nahezu eine Stunde.

Tabelle 5-15: DiD-Schätzung der Effekte für vorherige Pflegegeldempfänger nach einem halben Jahr (t₂) und einem Jahr (t₃) auf die Hilfestunden pro Woche nach Sektoren, Rohdaten und Stundenkappung

	Sektor 1	Sektor 2	Sektor 3	Sektor 4
Rohdaten				
Ø h/Woche VG, t ₁	51,2	2,4	1,2	7,7
# Individuen	160	160	160	160
<i>Effekte nach einem halben Jahr (t₂)</i>				
t ₂	0,2	-0,6	-0,2	0,6
PG	13,8	8,4***	-0,6	2,7
PG * t ₂	-12,5	-6,7**	0,7	9,3*
<i>Effekte nach einem Jahr (t₃)</i>				
t ₃	4,6	-2,8	-0,0	1,5
PG	15,6	10,6**	-0,2	-1,6
PG * t ₃	-16,2	-3,6	0,7	11,3**
Mit Stundenkappung (siehe Abschnitt 4.3.3)				
Ø h/Woche VG, t ₁	45,4	2,4	1,2	6,6
# Individuen	160	160	160	160
<i>Effekte nach einem halben Jahr (t₂)</i>				
t ₂	1,2	-0,1	-0,2	1,4
PG	1,4	6,2***	-0,6	0,6
PG * t ₂	-7,8	-4,8**	0,7	8,2**
<i>Effekte nach einem Jahr (t₃)</i>				
t ₃	7,2	-1,9	-0,0	1,5
PG	1,4	7,1**	-0,2	-2,2
PG * t ₃	-11,5	-3,2	0,7	13,7***

Anm.: Ergebnisse unter Verwendung einer Korrektur des Panelsterbens entsprechend Schätzgleichung (3) in Abschnitt 5.1.; vollständige Schätzergebnisse in Anhang C.5.

Signifikanzniveaus: 10% (*), 5% (**), 1% (***)

Da die Ergebnisse für ehemalige Sachleistungsbezieher in Tabelle 5-16 keine Substitution zwischen dem informellen und formellen Sektor bestätigen, deutet alles darauf hin, dass dieses Ergebnis durch die ehemaligen Pflegegeldbezieher getrieben ist, obwohl die Reduktion des Hilfeumfangs von Angehörigen für ehemalige Pflegegeldempfänger die statistische Signifikanz verfehlt. Signifikante Hinweise gibt es jedoch

darauf, dass die Unterstützung durch Freunde und Bekannte nachlässt. Dieser negative Effekt ist nach einem Jahr des Bezugs von Pflegebudget jedoch nicht mehr statistisch eindeutig.

Tabelle 5-16: DiD-Schätzung der Effekte für ehemalige Sachleistungsempfänger nach einem halben Jahr (t₂) und einem Jahr (t₃) auf die Hilfestunden pro Woche nach Sektoren, Rohdaten und Stundenkappung

	Sektor 1	Sektor 2	Sektor 3	Sektor 4
Rohdaten				
∅ h/Woche VG, t ₁	16,8	1,9	6,7	5,7
# Individuen	161	161	161	161
<i>Effekte nach einem halben Jahr (t₂)</i>				
t ₂	-5,1	-0,1	1,7	-3,1
PG	7,9	0,4	1,3	-0,4
PG * t ₂	3,0	-0,3	-2,1	10,2**
<i>Effekte nach einem Jahr (t₃)</i>				
t ₃	3,0	0,2	0,3	-5,2
PG	2,9	0,4	1,1	1,6
PG * t ₃	2,2	0,8	-1,6	20,5***
Mit Stundenkappung (siehe Abschnitt 4.3.3)				
∅ h/Woche VG, t ₁	16,1	1,9	6,7	3,5
# Individuen	161	161	161	160
<i>Effekte nach einem halben Jahr (t₂)</i>				
t ₂	-4,5	-0,1	1,5	-0,7
PG	4,1	0,4	0,8	1,0
PG * t ₂	2,3	-0,3	-2,1	7,7***
<i>Effekte nach einem Jahr (t₃)</i>				
t ₃	-1,2	0,2	0,3	-1,8
PG	1,6	0,4	0,8	1,8
PG * t ₃	3,2	0,8	-1,3	14,1***

Anm.: Ergebnisse unter Verwendung einer Korrektur des Panelsterbens entsprechend Schätzgleichung (3) in Abschnitt 5.1.; vollständige Schätzergebnisse in Anhang C.6.

Signifikanzniveaus: 10% (*), 5% (**), 1% (***)

Was bedeuten diese Veränderungen nun für die insgesamt geleistete Pflege und Unterstützung unter den verschiedenen Leistungsarten? Für ehemalige Sachleistungsbezieher implizieren die Analysen, dass der Wechsel in das Pflegebudget mit einer Ausdehnung des gesamten zeitlichen Hilfeumfangs einhergeht. Für ehemalige Pflegegeldempfänger ist aufgrund der beobachteten Substitution hingegen nicht mit ei-

nem positiven Effekt eines Wechsels in das Pflegebudget auf den gesamten zeitlichen Hilfeumfang zu rechnen. Diese Hypothesen sollen in einem nächsten Schritt überprüft werden, indem Veränderungen des insgesamt geleisteten Hilfeumfangs gemessen an den in einer Woche von allen Helfern zusammen geleisteten Hilfestunden untersucht werden. Tabelle 5-17 zeigt die entsprechenden DiD-Schätzergebnisse für die verschiedenen Leistungsgruppen.

Tendenziell bestätigen die Ergebnisse die eben formulierten Hypothesen. Die Punktschätzungen implizieren für alle Spezifikationen eine Abnahme der insgesamt geleisteten Hilfestunden pro Woche für einen Bezieher des Pflegebudgets im Vergleich zum Bezug des Pflegegeldes, wobei allerdings keine der Schätzungen einen signifikanten Effekt des Budgets ausweist. Demgegenüber steigt der zeitliche Umfang der Unterstützung, wenn ein Pflegebedürftiger vom Sachleistungsbezug in das Pflegebudget wechselt, ein Effekt, der für alle Spezifikationen signifikant ist und je nach Zeitpunkt und Berücksichtigung der Stundeninformationen auf einen Anstieg der wöchentlichen Unterstützung von 8-22 Stunden ausmacht.

Für die Gruppe der Sachleistungsbezieher, die sich für den alternativen Bezug des Pflegebudgets entschieden haben, führt die Erweiterung des Anbieterspektrums somit zu einer Ausdehnung der Unterstützung durch andere beruflich-gewerbliche Leistungserbringer als die klassischen Pflegedienste. Diese Ausdehnung bringt zudem eine zeitliche Ausdehnung der insgesamt geleisteten Unterstützung mit sich. Da ein Wechsel vom Sachleistungsbezug in das Pflegebudget – abgesehen von der Beratungsleistung des Case Managers – nicht mit einem Kostenanstieg verbunden ist, deuten diese Ergebnisse auf eine im Vergleich zum Sachleistungsbezug gestiegene Kosteneffizienz hin: Bei konstanten Kosten erhält der Bezieher des Pflegebudgets zeitlich mehr Unterstützung und Hilfe als im Sachleistungsbezug.

Ein Mehr an zeitlicher Unterstützung ist jedoch nicht zwangsläufig mit einem verbesserten Versorgungsniveau gleichzusetzen. Um dies zu beurteilen, müsste die Produktivität der verschiedenen Sektoren, d.h. das durch eine geleistete Pflegestunde erreichte Versorgungsniveau, anhand objektiver Maßstäbe (z.B. Gesundheitszustand) beurteilt werden. Eine solche Information ist in den Daten nicht enthalten. Eine Erhebung der Information hätte zudem einen deutlich größeren und nicht wissenschaftsökonomischen Anforderungen entsprechenden Aufwand bedeutet. Stattdessen wird die subjektive Einschätzung der Pflegebedürftigen hinsichtlich ihrer Zufrie-

denheit mit der Pflegesituation als Approximation verwendet. In Abschnitt 5.4 wird daher näher untersucht, ob die beobachtete zeitliche Ausdehnung der Unterstützung auch zu einer subjektiv empfundenen Verbesserung der Versorgungssituation führt.

Tabelle 5-17: DiD-Schätzung der Effekte für verschiedenen Leistungsgruppen nach einem halben Jahr (t₂) und einem Jahr (t₃) auf die insgesamt geleisteten Hilfestunden pro Woche, Rohdaten und Stundenkappung

	Alle (ungewichtet)	GL	SL + KL	SL
Rohdaten				
∅ h/Woche VG, t ₁	55,7	62,5	44,4	31,1
# Individuen	489	160	244	161
<i>Effekte nach einem halben Jahr (t₂)</i>				
t ₂	0,4	0,1	-1,6	-6,7
PG	12,9***	23,8***	7,8	9,2
PG * t ₂	-0,2	-8,5	6,0	10,8*
<i>Effekte nach einem Jahr (t₃)</i>				
t ₃	8,1	3,2	12,8	-1,6
PG	12,5**	24,3**	7,5	6,0
PG * t ₃	-0,1	-7,9	0,8	21,9*
Mit Stundenkappung (siehe Abschnitt 4.3.3)				
∅ h/Woche VG, t ₁	48,6	55,7	38,3	28,2
# Individuen	489	160	244	161
<i>Effekte nach einem halben Jahr (t₂)</i>				
t ₂	2,0	2,3	0,2	-3,8
PG	3,3	7,1	2,9	6,3
PG * t ₂	1,5	-3,0	5,0	7,6**
<i>Effekte nach einem Jahr (t₃)</i>				
t ₃	5,2	6,9	4,4	-2,4
PG	2,8	6,2	3,1	4,6
PG * t ₃	3,8	-0,2	6,9	16,7***

Anm.: Ergebnisse unter Verwendung einer Korrektur des Panelsterbens entsprechend Schätzgleichung (3) in Abschnitt 5.1.; vollständige Schätzergebnisse in Anhang C.7. GL – Pflegegeld; SL – Sachleistung; KL – Kombineistung **Signifikanzniveaus:** 10% (*), 5% (**), 1% (***)

Für die Personen, die vom Pflegegeld in das Pflegebudget wechseln, zeigen sich deutlich andere Wirkungen als für ehemalige Sachleistungsempfänger. Die Effekte sind hier vor allem durch den größeren Leistungsumfang des Pflegebudgets und den

Ausschluss der Vergütung naher Angehöriger getrieben. Das Mehr an Leistungen setzen ehemalige Pflegegeldbezieher nun dafür ein, vor allem Angehörige, Bekannte und Freunde zu entlasten, indem verstärkt auf die Unterstützung durch andere beruflich-gewerbliche Leistungserbringer (Sektor 4) zurückgegriffen wird. Der stärkere Einsatz formeller Helfer geht jedoch nicht einher mit einem Anstieg der insgesamt geleisteten Pflegezeit. Die Hilfen durch den informellen Sektor scheinen stattdessen durch die Hilfen des formellen Sektors substituiert zu werden. Da gleichzeitig das Spektrum der abgedeckten Tätigkeiten sowie die Gesamtzeit der Pflege und Unterstützung zwischen beiden Gruppen nahezu identisch ist, scheint die einzige Veränderung im Pflegearrangement der Pflegebudgetbezieher gegenüber der Vergleichsgruppe von Pflegegeldbeziehern in einer kapitalintensiveren Umsetzung eines ansonsten sehr ähnlich gestalteten Pflegearrangements zu liegen. Diese Wirkungsweise erinnert stark an den von Grabowski (2006) diskutierten so genannten „*woodwork effect*“, der das moralische Risiko beschreibt, dass Geldleistungen für eine ambulante Versorgung häufig dafür eingesetzt werden, die Hilfen von Angehörigen und Freunden durch formelle Hilfen zu ersetzen:

“... the historic bias in long-term care coverage relates partially to a perceived moral hazard problem (or woodwork effect) whereby publicly financed noninstitutional services substitute for informal services previously provided by family members and friends.” (Grabowski, 2006:6)

Empirische Studien im US Kontext konnten eine entsprechende Substitution zwischen informellen und formellen Helfern infolge der Bereitstellung von Mitteln für die häusliche Versorgung bereits mehrfach nachweisen (Greene, 1983; Hanley et al., 1991; Ettner, 1994; Pezzin et al., 1996). Im Falle des Pflegebudget bedeutet die beobachtete Substitution zwischen informellen und formellen Helfern, dass das Pflegebudget gegenüber dem Pflegegeld nur dann eine kosteneffiziente Versorgung gewährleistet, wenn die Qualität der Versorgung durch die Umstrukturierung des Pflegearrangements so stark steigt, dass dies den Mehreinsatz finanzieller Mittel rechtfertigt. Dies könnte im Falle einer Formalisierung der Pflege möglicherweise dadurch gegeben sein, dass die Qualität der formellen Pflege die der informellen Pflege übersteigt. Die Ergebnisse von Untersuchungen zur Verwendung von Pflegegeld im Hinblick auf die pflegerische Versorgung machen aber deutlich, dass bereits im Bezug von Pflegegeld eine gute bis sehr gute Pflege geleistet wird (Schneekloth und Müller, 2000). Ähnliche Ergebnisse zeigen sich auch für das Ausland (z.B. Nemeth und Po-

chobransky, 2002, für Österreich, Miltenburg und Ramakers, 1999, für die Niederlande). Diese Erfahrungen machen eine kosteneffizientere Versorgung durch das personengebundene Pflegebudget im Vergleich zum Pflegegeld aufgrund einer deutlich gestiegenen Versorgungsqualität unwahrscheinlich.

Positiv ist jedoch zu bewerten, dass durch die Umstrukturierung des Pflegearrangements infolge eines Wechsels vom Bezug des Pflegegelds in das Pflegebudget eine Entlastung der Angehörigen erreicht werden kann. Dies kann unabhängig von der Frage der Kosteneffizienz ein wichtiges politisches Ziel sein, nicht zuletzt deshalb, weil eine Entlastung der Angehörigen positive Wirkungen auf die Erwerbstätigkeit dieser Personengruppe, deren Gesundheit und dadurch auch auf die Stabilität der häuslichen Versorgung haben könnte. So zeigt Lundsgaard (2005) am Beispiel einer 53jährigen verheirateten Geringverdienerin den negativen Effekt des Pflegegelds auf das individuelle Arbeitsangebot im Falle von Arbeitslosigkeit. Der Ausschluss der Angehörigenfinanzierung bei gleichzeitiger Entlastung der Helfer im personengebundenen Pflegebudget könnte somit zu positiven Effekten führen. Ausmaß und Relevanz solcher Entlastungseffekte lassen sich teilweise auf Basis der Befragungen der Hauptpflegepersonen abschätzen. Entsprechende Wirkungsanalysen werden in Abschnitt 5.5 diskutiert.

5.3.4 Vergütung der Hilfen

Ein weiterer Aspekt der Einführung eines Pflegebudgets ist die im Gegensatz zum Sachleistungsbezug bestehende Möglichkeit, Leistungen mit den Anbietern frei zu verhandeln. Zudem müssen Anbieter über keinen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen verfügen. Der Verhandlungsspielraum bezüglich der Ausgestaltung der Leistungen und Preise ist damit möglicherweise vergrößert. Dies gilt jedoch nicht im Vergleich zum Pflegegeld, welches ebenfalls die Möglichkeit einräumt, Leistungen und Preise unabhängig von den bestehenden Leistungskomplexen und Preisabsprachen des Sachleistungsbezugs auszuhandeln. Positive Effekte auf das Preis-Leistungs-Verhältnis und damit die Kosteneffizienz der erbrachten Leistungen könnten sich jedoch auch durch das unterstützende Case Management ergeben. Indem der Case Manager für eine größere Markttransparenz sorgt und dem Pflegehaushalt bei der Aushandlung von Leistungen und Preisen hilft, sorgt der Case Manager möglicherweise für eine verbesserte Kundensouveränität und Marktmacht der Pflege-

haushalte. Dies kann sich unabhängig von der zuvor bezogenen Regelleistung positiv auf das Preis-Leistungs-Verhältnis der eingekauften Pflegeleistungen auswirken.

Ziel dieses Abschnitts ist es, die Vergütung von Leistungen im Falle des Bezugs des Pflegebudgets mit der Vergütung von Leistungen im Falle des Bezugs von Regelleistungen zu vergleichen. Da die Möglichkeiten, Leistungen und Preise zu verhandeln vor allem für Leistungen anderer beruflich-gewerblicher Anbieter (Sektor 4) bestehen sollten, werden die Vergütungen und deren Veränderung nach den vier Sektoren aufgeschlüsselt. Die DiD-Schätzungen haben somit als abhängige Variable die Vergütung pro Stunde in den vier Sektoren. Die folgenden Tabellen weisen nur die drei zentralen DiD-Ergebnisse aus, während die vollständigen Schätzungen in Anhang C.8 und C.9 gezeigt werden. Wie in Abschnitt 4.3.4 diskutiert sollten bei der Analyse der Vergütung von Leistungen Sensitivitätstests hinsichtlich des Umgangs mit unplausiblen Stundenlöhnen durchgeführt werden. Neben den Ergebnissen auf Basis der unveränderten Stundenlohangaben beinhalten die Tabellen daher auch die Ergebnisse auf Basis der in Abschnitt 4.3.4 beschriebenen Korrektur unplausibler Vergütungsangaben. Beide Berechnungen basieren zudem auf den unkorrigierten Zeitangaben, d.h. es wurde keine Kappung der Stunden wie in Abschnitt 4.3.3 vorgenommen, da diese keinen nennenswerten Einfluss auf die Ergebnisse zu haben scheint.¹⁸

Aufgrund der Ungenauigkeiten von Zeit- und Geldangaben, ist die Interpretierbarkeit des Niveaus der so berechneten Vergütungen pro Stunde jedoch eingeschränkt und kann nur Tendenzen aufzeigen. Dennoch weist Tabelle 5-18 auf die großen Unterschiede zwischen den Sektoren hin. Die durchschnittliche Vergütung von Angehörigen in der Vergleichsgruppe zum Zeitpunkt der Erstbefragung beträgt nicht viel mehr als eine Kompensation von unter einem Euro pro Stunde. Die durchschnittliche Kompensation von Freunden und Bekannten ist mit etwa drei Euro pro Stunde sechsmal höher und liegt damit im Bereich dessen, was für ehrenamtliche Tätigkeiten als Aufwandsentschädigung gezahlt wird. Von Stundenlöhnen lässt sich hingegen nur im Bereich der formellen Hilfe sprechen. Pflegedienste erhalten laut der unkorrigierten Angaben gut 40 Euro pro Stunde, andere beruflich-gewerbliche Helfer hingegen nur etwa zehn Euro. Die Angaben zu den Vergütungen sind aber wie bereits angesprochen nicht absolut zu bewerten, wie auch die Korrektur unplausibler

¹⁸ Die zusätzlichen Ergebnisse für die gekappten Stundenangaben sind bei den Autoren erhältlich.

Angaben zeigt. Vor allem für den Bereich der Pflegedienste führt die Korrektur zu einem Absinken des durchschnittlichen Stundenlohns auf knapp dreißig Euro. Auch wenn die Niveaus der Stundenlöhne nicht immer belastbar interpretiert werden können, können dennoch durch das Pflegebudget induzierte Veränderungen der Vergütungen betrachtet werden.

Tabelle 5-18: DiD-Schätzung der Effekte nach einem halben Jahr (t2) und einem Jahr (t3) auf die Vergütung der Sektoren (Euro/h), ungewichtete Gesamtstichprobe, Rohdaten und Stundenlohnkorrektur

	Sektor 1	Sektor 2	Sektor 3	Sektor 4
Rohdaten				
<i>Effekte nach einem halben Jahr (t2)</i>				
t ₂	0.0	0.6	-8.2	-0.9
PG	-0.1	1.1	0.3	7.4**
PG * t ₂	-0.0	-1.6	1.0	-5.2*
# Individuen	378	195	264	246
Ø Euro/h VG, t ₁	0,4	3,4	41,5	9,9
<i>Effekte nach einem Jahr (t3)</i>				
t ₃	-0.2	1.3	-8.3	0.2
PG	-0.0	1.1	-4.1	7.5**
PG * t ₃	-0.1	-3.6*	0.7	-6.5**
# Individuen	377	185	250	250
Ø Euro/h VG, t ₁	0,4	3,5	41,5	9,9
Mit Stundenlohnkorrektur ohne Stundenkappung (siehe Abschnitte 4.3.4)				
<i>Effekte nach einem halben Jahr (t2)</i>				
t ₂	0.0	0.6	-1.8	-0.1
PG	-0.2	1.3	2.2	2.5**
PG * t ₂	0.0	-1.8	-1,0	-1,0
# Individuen	378	195	264	245
Ø Euro/h VG, t ₁	0,4	3,4	27,9	11,4
<i>Effekte nach einem Jahr (t3)</i>				
t ₃	-0.2	-0.0	1.4	0.9
PG	-0.1	1.0	2.0	2.0*
PG * t ₃	-0.0	-2.2	-2.8	-2.1
# Individuen	377	185	248	245
Ø Euro/h VG, t ₁	0,4	3,4	27,9	11,4

Anm.: Ergebnisse unter Verwendung einer Korrektur des Panelsterbens entsprechend Schätzgleichung (3) in Abschnitt 5.1.; vollständige Schätzergebnisse in Anhang C.8.

Signifikanzniveaus: 10% (*), 5% (**), 1% (***)

Die Ergebnisse auf Basis der unkorrigierten Stundenvergütungen weisen darauf hin, dass Bezieher des Pflegebudgets eine Stunde Unterstützung durch den formellen Sektor günstiger einkaufen können als ihre Pendants im Regelleistungsbezug. Allerdings sind die geschätzten Effekte nicht signifikant, wenn unplausible Angaben korrigiert werden. Es gibt somit einen schwachen Hinweis darauf, dass das Pflegebudget zu einer verbesserten Verhandlungsposition der Pflegehaushalte gegenüber den freiberuflichen Anbietern von Pflegedienstleistungen führt, die nicht über einen Versorgungsvertrag an die Vorgaben der Pflegekassen gebunden sind. Für die anderen Sektoren zeigen sich hingegen zumeist keine signifikanten Einflüsse. Lediglich für Freunde und Bekannte (Sektor 2) zeigt sich nach einem Jahr auf Basis der unkorrigierten Werte eine Reduktion der finanziellen Kompensation. Auf der Basis der korrigierten Werte kann dieses Ergebnis jedoch nicht bestätigt werden.

Eventuell belastbarere Ergebnisse können sich nur die Vergütung des Sektors 4 ergeben, wenn nach der zuvor bezogenen Regelleistung unterschieden wird. Wie bereits oben diskutiert ist für ehemalige Pflegegeldbezieher nur durch die Unterstützung des Case Managers mit einer verbesserten Verhandlungsmacht zu rechnen, da bereits vorher frei über Leistungen und Preise verhandelt werden konnte. Im Vergleich zum Sachleistungsbezug bietet das Pflegebudget dagegen überhaupt erst die Möglichkeit, über eigene Mittel hinaus Leistungen des Sektors 4 in größerem Umfang einzukaufen. Dies könnte, abgesehen von den Effekten des Case Managements, die Verhandlungsmacht der Budgetbezieher im Vergleich zu den Sachleistungsbeziehern zusätzlich stärken. Tatsächlich zeigt Tabelle 5-19 für ehemalige Sach- und Kombileistungsempfänger einen durchgehend Lohn senkenden Einfluss des Pflegebudgets auf die Vergütung des Sektors 4, der auf Basis der unkorrigierten Daten signifikant ausfällt. Für ehemalige Pflegegeldempfänger lässt sich hingegen kein eindeutiger Trend aufzeigen. Allerdings fällt der signifikante Effekt für Sachleistungsempfänger auf Basis der unkorrigierten Angaben unplausibel groß aus. Hier kommen Effekte von Ausreißern in den Daten zum Tragen. Die durch das Pflegebudget bewirkten Veränderungen des Stundenlohns fallen auf Basis der korrigierten Werte deutlich gemäßiger aus, verfehlen aber die statistische Signifikanz.

Die Effekte des Pflegebudgets im Vergleich zu den bestehenden Regelleistungen sind somit nicht eindeutig. Zwar gibt es einige schwache Hinweise darauf, dass das Pflegebudget zu sinkenden Stundenlöhnen für beruflich-gewerbliche Anbieter des Sektors 4 führt. Das Ergebnis ist aber nicht robust hinsichtlich des Umgangs mit den

in Abschnitt 4.3.4 diskutierten Datenproblemen. Die Effekte des Pflegebudgets auf die Vergütung der Leistungen werden daher auf Basis der Zusatzerhebung für den Standort Neuwied weitergehend untersucht.

Tabelle 5-19: DiD-Schätzung der Effekte für ehemalige Pflegegeldempfänger nach einem halben Jahr (t₂) und einem Jahr (t₃) auf die Vergütung der Sektoren (Euro/h), ungewichtete Gesamtstichprobe, Rohdaten und Stundenlohnkorrektur

	GL + SL + KL, gewichtet nach (i)	GL	SL + KL	SL
Rohdaten				
<i>Effekte nach einem halben Jahr (t₂)</i>				
t ₂	-1.6	-2.2	1.1	-0.5
PG	3.2	-1.3	12.8**	14.8*
PG * t ₂	-1.7	2.9	-11.3**	-10.2
# Individuen	208	89	119	70
Ø Euro/h VG, t ₁	10,0	10,1	9,8	11,3
<i>Effekte nach einem Jahr (t₃)</i>				
t ₃	0.8	2.9	-1.9	-7.4
PG	4.1	0.6	11.6**	11.7
PG * t ₃	-3.4	0.6	-10.6*	-6.2
# Individuen	212	98	114	67
Ø Euro/h VG, t ₁	10,0	10,2	9,8	11,3
Mit Stundenlohnkorrektur (siehe Abschnitt 4.3.4)				
<i>Effekte nach einem halben Jahr (t₂)</i>				
t ₂	0.3	0.6	0.1	-1.4
PG	3.2***	3.4**	2.4	1.9
PG * t ₂	-0.8	-0.4	-2.1	-1.0
# Individuen	207	88	119	70
Ø Euro/h VG, t ₁	10,3	10,0	10,9	12,3
<i>Effekte nach einem Jahr (t₃)</i>				
t ₃	2,0	3,2	0,5	-2,2
PG	2,8**	3,1**	2,2	1,2
PG * t ₃	-2,2	-2,0	-3,2	-0,4
# Individuen	207	94	113	67
Ø Euro/h VG, t ₁	10,4	10,0	10,9	12,3

Anm.: Ergebnisse unter Verwendung einer Korrektur des Panelsterbens entsprechend Schätzgleichung (3) in Abschnitt 5.1.; vollständige Schätzergebnisse in Anhang C.9. GL – Pflegegeld; SL – Sachleistung; KL – Kombileistung
Signifikanzniveaus: 10% (*), 5% (**), 1% (***)

5.4 Wirkungen des Personengebundenen Pflegebudgets auf die Zufriedenheit mit der Pflege- und Lebenssituation

Eines der Ziele, das mit dem Pflegebudget erreicht werden soll, ist die Verbesserung des Versorgungsniveaus im häuslichen Umfeld. In den bisherigen Analysen wurde versucht, das Versorgungsniveau anhand des Zeitumfangs der Unterstützung sowie der Art der geleisteten Hilfen messbar zu machen. Eine Veränderung des zeitlichen Hilfeumfangs kann jedoch nur bedingt als Maßstab des erreichten Versorgungsniveaus herangezogen werden. Entscheidend ist vielmehr die Frage, welcher Hilfeumfang und welche Qualität der erbrachten Unterstützung beim Menschen mit Pflegebedarf ankommen. Dies kann je nach Helfer(-sektor) aufgrund von Unterschieden in der Art der Beziehung zwischen Pflegendem und Gepflegtem sowie infolge einer unterschiedlichen Professionalität der Helfer variieren. Das aus der Sicht des Pflegebedürftigen erreichte Versorgungsniveau lässt sich somit nicht mit dem zeitlichen Hilfeumfang gleichsetzen. Zusätzlich sollen daher im Folgenden auch die Effekte des Pflegebudgets auf die subjektiven Einschätzungen der Pflegebedürftigen hinsichtlich der Zufriedenheit mit ihrer Pflege- und Lebenssituation als ein Indikator einer veränderten Versorgungssituation und der erreichten Pflegequalität herangezogen werden. Diese subjektiven Einschätzungen bilden dabei eine Approximation nicht vorhandener objektiver Indikatoren des Versorgungsniveaus bzw. der Versorgungsqualität.

Eine durch das Pflegebudget verbesserte Versorgungssituation sollte sich einerseits in einer gesteigerten Zufriedenheit mit der Pflegesituation, andererseits auch mit der Lebenssituation allgemein widerspiegeln, die in nicht unerheblichem Maße durch das Pflegearrangement beeinflusst wird. Es werden daher neben der Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung, der Unterstützung durch die Familie und der Unterstützung durch Freunde auch die Zufriedenheit mit der Lebenssituation, gemessen an den Kontaktmöglichkeiten zu anderen Menschen, der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, der Gesundheit und der allgemeinen Lebensqualität, untersucht.

Die bisherigen ökonomischen Wirkungsanalysen deuten darauf hin, dass die Effekte des Pflegebudgets je nach der zuvor bezogenen Regelleistung deutlich variieren. Dies kann auch zu heterogenen Effekten auf die Zufriedenheit mit der Pflege- und Lebenssituation führen. So konnte für ehemalige Pflegegeldbezieher keine zeitliche Ausdehnung aber eine zunehmende Formalisierung der Unterstützung und Pflege festgestellt werden. Dies kann sich auf die Pflegequalität auswirken, wenn ein beruflicher Helfer in derselben Zeit mehr Pflege und Unterstützung leistet als ein informel-

ler Helfer. Gleichzeitig werden nahe Angehörige zeitlich entlastet, was zu einer Verbesserung der Beziehung zwischen Pflegeperson und Pflegebedürftigem beitragen kann. Auf der anderen Seite empfinden Pflegebedürftige den zeitlichen Rückzug Angehöriger aus der Pflege möglicherweise als negativ, da nun verstärkt fremde Personen in die Privatsphäre eindringen. Auch bezogen auf die Unterstützung durch Freunde ist die Wirkung des Pflegebudgets nicht eindeutig. Zwar erlaubt das Pflegebudget hier mehr Spielraum für die Vergütung der Hilfeleistungen. Dies kann als Entlastung empfunden werden. Andererseits reduziert dies die Hilfe stärker auf einen Dienstleistungscharakter, was zu einer Belastung der freundschaftlichen Beziehung führen kann. Welche Effekte das Pflegebudget auf die Zufriedenheit der ehemaligen Pflegegeldempfänger mit der Versorgungssituation und der Unterstützung durch Angehörige und Freunde hat, ist somit a priori unklar.

Für ehemalige Empfänger von Sachleistungen ergeben sich deutlichere Erwartungen. Die Analysen zeigen hier eine signifikante Ausdehnung des zeitlichen Hilfeumfangs, der nicht mit einer Reduktion der Unterstützung durch informelle Helfer einhergeht. Gleichzeitig werden weiterhin professionelle Hilfen des Sektors 3 in Anspruch genommen. Das subjektiv empfundene Versorgungsniveau sollte daher in diesem Fall gegenüber der Situation des Sachleistungsbezugs steigen.

Wenn das Pflegebudget zu einer flexibleren, bedarfsgerechteren und umfangreicheren Versorgung beiträgt, sollte sich dies auch in der Lebenssituation des Betroffenen widerspiegeln. Neben verbesserten Möglichkeiten zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und zum Kontakt mit Menschen, könnte sich dies auch auf die insgesamt empfundene Lebensqualität sowie die subjektiv empfundene Gesundheit niederschlagen. Da sich eine flexiblere, bedarfsgerechtere und umfangreichere Versorgung jedoch eher für ehemalige Sachleistungs- als Geldleistungsbezieher abzeichnet, ist mit solchen Effekten möglicherweise eher in der Gruppe der ehemaligen Sachleistungsbezieher zu rechnen.

Die Betrachtung von verschiedenen Dimensionen der Zufriedenheit zum Zeitpunkt der Erstbefragung deckt bereits bestehende Niveauunterschiede in den Einschätzungen von Programm- und Vergleichsgruppe auf, was möglicherweise auf eine Selektion in die Programmgruppe infolge der zu Beginn des Modellprojekts ausgesetzten Randomisierung zurückzuführen ist. Um die kausale Wirkung des Pflegebudgets

zu identifizieren, werden diese Niveauunterschiede – wie bereits in den vorherigen Wirkungsanalysen - durch einen Differenz-in-Differenzen Schätzer berücksichtigt.

Tabelle 5-20: Unkonditionale DiD-Schätzung für unterschiedliche Dimensionen der Zufriedenheit nach einem halben Jahr

	$(y_{g1t2}-y_{g1t1})$	p-Wert	$(y_{g0t2}-y_{g0t1})$	p-Wert	Δ	p-Wert
<i>Versorgung bzgl. der Pflegebedürftigkeit</i>						
Alle	0.498	0.000	0.382	0.020	0.117	0.561
SL	0.469	0.013	0.107	0.794	0.362	0.402
GL	0.308	0.145	0.607	0.002	-0.299	0.316
<i>Unterstützung durch Familie</i>						
Alle	0.141	0.338	0.093	0.721	0.048	0.879
SL	0.128	0.652	-1.029	0.067	1.157	0.067
GL	0.000	1.000	0.538	0.225	-0.538	0.266
<i>Unterstützung durch Freunde</i>						
Alle	0.115	0.543	-0.050	0.889	0.166	0.684
SL	-0.176	0.592	0.463	0.564	-0.639	0.463
GL	0.392	0.125	-0.452	0.287	0.844	0.091
<i>Gesundheitliche Situation</i>						
Alle	0.477	0.003	0.130	0.587	0.347	0.244
SL	0.154	0.580	-0.024	0.960	0.178	0.753
GL	0.819	0.008	0.060	0.851	0.759	0.086
<i>Teilnahme am gesellschaftlichen Leben</i>						
Alle	0.639	0.001	-0.111	0.721	0.750	0.037
SL	0.701	0.010	-0.289	0.574	0.990	0.105
GL	0.649	0.054	-0.250	0.562	0.899	0.085
<i>Kontaktmöglichkeiten mit Menschen</i>						
Alle	0.400	0.016	-0.234	0.457	0.634	0.069
SL	0.144	0.595	-0.068	0.905	0.218	0.739
GL	0.603	0.032	0.371	0.418	0.974	0.088
<i>Allgemeine Lebensqualität</i>						
Alle	0.438	0.000	0.230	0.210	0.208	0.341
SL	0.407	0.025	-0.299	0.409	0.706	0.099
GL	0.247	0.209	0.256	0.402	-0.009	0.981

Anm.: Bootstrap Standardfehler mit 200 (100) Replikationen für alle Personen (nur SL, GL); SL – Sachleistungsempfänger, GL – Bezieher von Pflegegeld

Tabelle 5-20 zeigt die Ergebnisse der unkonditionalen Schätzung entsprechend Gleichung (1) aus Abschnitt 5.1.1. Es fällt auf, dass sich die Einschätzung der Pro-

grammgruppe hinsichtlich verschiedener Dimensionen der Zufriedenheit über die beobachtete Zeit signifikant verbessert, der DiD-Effekt nach Abzug der Veränderungen für die Vergleichsgruppe aber oft schwächer bzw. insignifikant ausfällt. Während die Veränderungen für die Programmgruppe auf eine gesteigerte Zufriedenheit mit der Versorgung, der gesundheitlichen Situation, der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, den Kontaktmöglichkeiten zu Menschen sowie der allgemeinen Lebensqualität hinweist, weist der DiD-Effekt nur auf (schwach) positive Tendenzen in den vier zuletzt genannten Bereichen sowie mit der Unterstützung durch Familie und Freunde hin.

Die Ergebnisse der unkonditionalen DiD-Schätzung entsprechen jedoch nicht dem kausalen Effekt des Pflegebudgets, wenn - wie bereits zuvor diskutiert - relevante Kontrollvariablen fehlen und ein systematisches Panelsterben vorliegt. Um diese methodischen Aspekte zu berücksichtigen, werden in einem nächsten Schritt konditionale Schätzungen durchgeführt, die zudem das Panelsterben berücksichtigen. Zudem soll in diesen Analysen dem ordinalen Charakter der Einschätzung der Zufriedenheit anhand einer sieben stufigen Skala dadurch Rechnung getragen werden, dass ein Ordered Probit Modell verwendet wird. Die Heckman Selektionskorrektur ist als Korrektur des Panelsterbens in einem Ordered Probit Modell jedoch nicht geeignet (Wooldridge 2002: 587). Stattdessen wird auf die Methode der inversen Wahrscheinlichkeitsgewichte zurückgegriffen. Anhand der in Abschnitt 5.1.2 geschätzten Selektionsmodelle für die Programm- und Vergleichsgruppe wird für jedes Individuum die Wahrscheinlichkeit geschätzt, zum Zeitpunkt der Folgebefragungen noch Teil der Stichprobe zu sein. Die Inverse dieser Wahrscheinlichkeit bildet die Gewichtung der Beobachtung, so dass Individuen, die eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, aus dem Panel auszuschneiden, ein höheres Gewicht erhalten. Der Stichprobenumfang der gewichteten Folgebefragung bildet dann näherungsweise den der Erstbefragung ab. Die folgenden Ergebnistabellen beinhalten jeweils die für das Panelsterben korrigierten sowie die unkorrigierten Ergebnisse der DiD-Schätzungen. Die Schätzungen kontrollieren somit analog zur Schätzgleichung (2) in Abschnitt 5.1 für Unterschiede im Ausgangsniveau der Vergleichs- und Programmgruppe, für zeitliche Veränderungen, die beiden Gruppen gemein sind sowie die bereits zuvor verwendeten weiteren Kontrollvariablen. Die Berücksichtigung des Panelsterbens erfolgt hier jedoch über die eben beschriebene Gewichtungsmethode. Tabelle 5-21 zeigt zusammenfassend nur den Budgeteffekt selber, d.h. den Effekt der Interaktion aus Programmgruppenzugehörigkeit und

Folgebefragung, für eine ungewichtete und eine gewichtete Schätzung. Zudem werden sowohl der geschätzte Koeffizient des Budgeteffektes δ als auch die marginalen Effekte des Budgets auf jede Antwortkategorie der Zufriedenheitsskala wiedergegeben. Diese geben die durch das Pflegebudget hervorgerufene Veränderung der Wahrscheinlichkeit an, die jeweilige Antwortkategorie zu wählen.

Tabelle 5-21: Effekt des Pflegebudgets auf verschiedene Dimensionen der Zufriedenheit nach einem halben Jahr, gesamte Stichprobe

	Marginale Effekte in Prozentpunkten							Maßnahmeeffekt	
	Zufriedenheit (zunehmend)							δ	(t-Wert)
	1	2	3	4	5	6	7		
Versorgung bzgl. der Pflegebedürftigkeit (N = 457)									
ungew.	-0.5	-0.4	-0.4	-1.7	-1.2	0.4	3.8	0.1102	(0.71)
gew.	-0.5	-0.3	-0.5	-1.8	-1.2	0.4	3.9	0.1134	(0.69)
Unterstützung durch die Familie (N = 275)									
ungew.	-1.3	-0.6	-0.6	-0.9	-0.6	-0.2	4.1	0.1082	(0.50)
gew.	-2.3	-1.4	-1.0	-1.7	-1.2	-0.4	7.9	0.2080	(0.88)
Unterstützung durch Freunde (N = 251)									
ungew.	0.5	0.2	0.1	0.2	0.1	-0.4	-0.6	-0.0250	(-0.10)
gew.	0.5	-0.2	-0.2	-0.2	-0.1	0.4	0.8	0.0314	(0.12)
Gesundheitliche Situation (N = 308)									
ungew.	-6.3	-3.6	-1.4	1.9	3.1	4.5	1.7	0.2847	(1.62)
gew.	-4.3	-2.5	-0.9	1.4	2.1	3.1	1.1	0.1931	(1.07)
Teilnahme am gesellschaftlichen Leben (N = 277)									
ungew.	-8.9*	-6.7*	-2.7	0.5	4.2*	9.5*	4.2	0.4787**	(2.18)
gew.	-9.3*	-7.2*	-2.9	0.6	4.4*	9.8	4.5	0.5038**	(2.05)
Kontaktmöglichkeiten zu anderen Menschen (N = 263)									
ungew.	-8.5*	-5.1	-1.9	0.7	2.1*	8.4	4.4	0.3987*	(1.88)
gew.	-10.7*	-7.2*	-2.5	0.9	2.6**	11.1*	5.8*	0.5245**	(2.44)
Allgemeine Lebensqualität (N = 484)									
ungew.	-1.4	-1.4	-1.5	-1.4	0.9	2.6	2.2	0.1435	(0.96)
gew.	-2.1	-2.0	-2.3	-2.2	1.4	3.8	3.4	0.2157	(1.33)

Anm.: Ergebnisse mit (gew.) und ohne (ungew.) Korrektur des Panelsterbens (vgl. Text).
Signifikanzniveaus: 10% (*), 5% (**), 1% (***)

Tabelle 5-21 zeigt die Ergebnisse für die gesamte Stichprobe nach einem halben Jahr. Diese bestätigen positive Tendenzen des Pflegebudgets hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und der Zufriedenheit mit den Kontaktmöglichkeiten zu anderen Menschen. Auch für die gesundheitliche Situation zeigen sich zunächst schwach signifikante Effekte, die nach Berücksichtigung des Panelsterbens jedoch insignifikant werden. Für die Zufriedenheit mit der Versor-

gung, der Unterstützung mit der Familie finden sich zwar positive marginale Effekte, diese sind aber statistisch nicht eindeutig.

Tabelle 5-22: Effekt des Pflegebudgets auf verschiedene Dimensionen der Zufriedenheit nach einem halben Jahr, ehemalige Sachleistungsempfänger

	Marginale Effekte in Prozentpunkten							Maßnahmeeffekt	
	Zufriedenheit (zunehmend)							δ	(t-Wert)
	1	2	3	4	5	6	7		
Versorgung bzgl. der Pflegebedürftigkeit (N = 150)									
ungew.	-1.0	-0.6	-0.9	-3.0	-1.4	1.9	5.0	0.172	(0.65)
gew.	-0.8	-0.4	-0,8	-2,3	-1.0	1.5	3.7	0.131	(0.52)
Unterstützung durch die Familie (N = 92)									
ungew.	-7.3	-1.6	-6.0	-5.5	-3.6	-2.1	26.1	0.681*	(1.83)
gew.	-8.3*	-3.3	-7.7*	-6.7*	-4.7*	-3.4	34.2**	0.903***	(2.73)
Unterstützung durch Freunde (N = 83)									
ungew.	5.1	0.7	1.6	1.1	-0.3	-3.3	-5.0	-0.220	(-0.45)
gew.	5.7	0.7	1.8	1.1	-0.3	-3.4	-5.6	-0.240	(-0.47)
Gesundheitliche Situation (N = 105)									
ungew.	-5.1	-4.3	-2.2	1.0	4.0	4.6	2.0	0.296	(0.85)
gew.	-4.0	-3.6	-1.8	0.7	3.2	4.0	1.5	0.241	(0.69)
Teilnahme am gesellschaftlichen Leben (N = 93)									
ungew.	-12.0*	-10.8*	-6.6	0.2	8.2*	12.6*	8.4	0.811**	(2.28)
gew.	-9.5	-8.3	-5.5	0.5	6.1	10.9	5.8	0.629	(1.63)
Kontaktmöglichkeiten zu anderen Menschen (N = 88)									
ungew.	-4.5	-4.6	-1.7	1.0	2.6	5.2	2.1	0.278	(0.63)
gew.	-4.4	-5.4	-1.7	1.3	2.7	5.5	2.0	0.292	(0.65)
Allgemeine Lebensqualität (N = 160)									
ungew.	-3.0	-5.4	-5.6	-6.7	3.2	9.6	7.7	0.524*	(1.66)
gew.	-3.1	-4.7	-5.6	-6.1	2.9	8.8	7.8	0.496	(1.36)

Anm.: Gew. – Gewichtete Ergebnisse (inverse Wahrscheinlichkeitsgewichte, siehe Text) zur Korrektur des Panelsterbens; ungew. – Ergebnisse ohne Korrektur des Panelsterbens.

Signifikanzniveaus: 10% (*), 5% (**), 1% (***)

Abweichend von den Beobachtungen in der gesamten Stichprobe sind bei ehemaligen Sachleistungsbeziehern (vgl. Tabelle 5-22) signifikante Veränderungen vor allem in der Zufriedenheit mit der Unterstützung durch die Familie sichtbar. Für Bezieher des Pflegebudgets steigt hier die Wahrscheinlichkeit die Kategorie „völlig zufrieden“ zu wählen um signifikante 34 Prozentpunkte, während die Wahrscheinlichkeit, eher unzufrieden zu sein, signifikant sinkt. Bei insgesamt gestiegenem Zeitumfang der

Hilfen und gleichen, zeitlichen Engagement der informellen Helfer, scheinen Familienangehörige nun mehr zur Zufriedenheit der Pflegebedürftigen beizutragen. Ein Grund könnte sein, dass es für Angehörige durch die zusätzliche Unterstützung möglich wird, sich wieder stärker der Beziehung zu ihrem Angehörigen widmen zu können. Auch die Zufriedenheit mit der Versorgung insgesamt weist in eine positive Richtung, der Effekt ist aber statistisch nicht gesichert. Positive, aber insignifikante Vorzeichen weisen zudem die Effekte auf die Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Situation, die Zufriedenheit mit den Kontaktmöglichkeiten zu anderen Menschen und die Zufriedenheit mit der allgemeinen Lebensqualität auf, wobei der Effekt auf die allgemeine Lebensqualität die statistische Signifikanz nur knapp verfehlt. Die Zufriedenheit mit der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ist für die ungewichtete Schätzung signifikant gestiegen. Die Korrektur für das Panelsterben schwächt diesen Effekt allerdings auf ein Signifikanzniveau knapp über 10% ab.

Tabelle 5-23: Effekt des Pflegebudgets auf verschiedene Dimensionen der Zufriedenheit nach einem halben Jahr, ehemalige Pflegegeldempfänger

	Marginale Effekte in Prozentpunkten							Maßnahmeeffekt	
	Zufriedenheit (zunehmend)							δ	(t-Wert)
	1	2	3	4	5	6	7		
Versorgung bzgl. der Pflegebedürftigkeit (N = 153)									
ungew.	0.8	0.4	0.4	1.3	1.0	0.9	-4.7	-0.1206	(-0.47)
Gew.	1.3	0.6	0.6	2.4	1.6	1.5	-8.1	-0.2070	(-0.77)
Unterstützung durch die Familie (N = 107)									
ungew.	-0.5	-0.3	-0.1	-0.4	-0.2	-0.3	1.8	0.0464	(0.13)
Gew.	1.4	0.7	0.3	0.9	0.5	0.5	-4.3	-0.1110	(-0.31)
Unterstützung durch Freunde (N = 96)									
ungew.	-4.9	-1.8	-1.1	-3.0	-1.7	3.4	9.2	0.3220	(0.95)
Gew.	-6.0	-3.3	-1.5	-5.3	-2.1	4.9	13.3	0.4689	(1.48)
Gesundheitliche Situation (N = 114)									
ungew.	-12,2*	-5.8	-4.2	3.6*	5.5	10.5	2.5	0.5689**	(2.08)
Gew.	-10.0	-4.5	-3.7	3.7	4.4	7.7	2.0	0.4558*	(1.65)
Teilnahme am gesellschaftlichen Leben (N = 106)									
ungew.	-13.0	-7.9	-2.3	-1.3	3.4	15.5	5.5	0.6252*	(1.69)
Gew.	13.2	-8.8	-3.1	-1.2	4.1	15.7	6.4	0.6745*	(1.65)
Kontaktmöglichkeiten zu anderen Menschen (N = 100)									
ungew.	-15.1*	-4.0	-2.4	-0.9	1.3	13.7	7.5	0.5708*	(1.80)
Gew.	-18.1**	-5.7*	-3.7	-1.5	1.3	18.3*	9.4	0.7449**	(2.33)

Allgemeine Lebensqualität (N = 161)

ungew.	-0.7	-0.5	-0.4	-0.5	0.2	1.0	1.1	0.0555	(0.24)
Gew.	-1.9	-1.3	-1.1	-1.4	0.4	2.6	2.8	0.1453	(0.58)

Anm.: Gew. – Gewichtete Ergebnisse (inverse Wahrscheinlichkeitsgewichte, siehe Text) zur Korrektur des Panelsterbens; ungew. – Ergebnisse ohne Korrektur des Panelsterbens.

Signifikanzniveaus: 10% (*), 5% (**), 1% (***)

Für ehemalige Pflegegeldempfänger (vgl. Tabelle 5-23) zeichnen sich zwar positive und signifikante Effekte des Pflegebudgets auf die Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Situation, der Zufriedenheit mit der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und der Zufriedenheit mit den Kontaktmöglichkeiten zu anderen Menschen ab. Eine Beziehung zur Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung lässt sich jedoch nicht unmittelbar herstellen. Die zeitliche Entlastung der Angehörigen führt nicht zu einer verbesserten Zufriedenheit mit der Unterstützung durch die Familie, möglicherweise, weil der Rückzug aus der Pflege von den Pflegebedürftigen negativ aufgenommen wird und den positiven Entlastungseffekt kompensiert. Auch die Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung weist keine positiven Tendenzen auf. Daneben sind auch die Wirkungen auf die Zufriedenheit mit der allgemeinen Lebensqualität nur moderat positiv und insignifikant.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Pflegebudget auf die betrachteten Dimensionen der Zufriedenheit zumeist keinen besonders starken Einfluss zu haben scheint. Einzig die Zufriedenheit mit der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und die Zufriedenheit mit den Kontaktmöglichkeiten verändern sich für den Großteil der Budgetbezieher positiv. Der Zusammenhang zu einer verbesserten Versorgungssituation ist jedoch oft nicht gegeben. Es werden kaum positive Effekte des Pflegebudgets auf die Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung und der Unterstützung durch Familie und Freunde gefunden. Lediglich für ehemalige Sachleistungsbezieher sind bezogen auf die Versorgungssituation und die allgemeine Lebensqualität leicht positive Effekte zu finden, die auf ein verbessertes Versorgungsniveau schließen lassen. Für ehemalige Pflegegeldbezieher hingegen sind entsprechende Effekte nicht nachweisbar. Dies ist möglicherweise deshalb der Fall, weil sich deren Versorgungssituation kaum geändert hat, wenn – wie im vorherigen Abschnitt diskutiert – der zeitliche Umfang der Hilfen unverändert sind, aber nun mehr Hilfe durch fremde Personen geleistet wird. Die positiven Effekte des veränderten Pflegearrangements finden sich daher vielleicht eher bei den pflegenden Angehörigen wieder, wie der nächste Abschnitt anhand der Befragungen der Hauptpflegepersonen analysiert.

5.5 Wirkungen des Pflegebudgets auf die Hauptpflegeperson

Die Wirkungsanalysen für die Pflegebedürftigen deuten daraufhin, dass das Pflegebudget zu einer Entlastung naher Angehöriger beiträgt. Insbesondere ehemalige Pflegegeldbezieher erhalten auf Basis des Pflegebudgets nun zeitlich weniger Unterstützung durch Angehörige, während der zeitliche Umfang der Unterstützung durch beruflich-gewerbliche Anbieter steigt. Diese Substitution einer Unterstützung des informellen durch eine Unterstützung des formellen Sektors sollte zu einer Entlastung der Hauptpflegeperson beitragen, bei der es sich in den meisten Fällen um einen (nahen) Angehörigen handelt. Neben der Umstrukturierung des Pflegearrangements könnte zudem das Case Management zu einer Entlastung der Hauptpflegepersonen beitragen, wenn Aufgaben der Organisation der Pflege verstärkt vom Case Management übernommen werden. Dass mit Entlastungseffekten für die Hauptpflegepersonen zu rechnen ist, zeigt sich bereits in der Befragung der Pflegebedürftigen, die zu einem Drittel angeben, dass eine Entlastung der Hauptpflegeperson sogar ein Grund für die Teilnahme am Modellprojekt und für den gewünschten Bezug des Pflegebudgets ist.

Aufgrund der bisherigen Analysen auf Basis der Befragungen der Pflegebedürftigen erwarten wir daher eine reduzierte Unterstützung und Pflege seitens der Hauptpflegeperson, insbesondere für Hauptpflegepersonen ehemaliger Pflegegeldempfänger. Dies kann positive Effekte auf die Gesundheit der Hauptpflegepersonen sowie deren Zufriedenheit mit ihrer Lebenssituation haben. Eine Entlastung der Angehörigen kann darüber hinaus einen Einfluss auf die Arbeitsangebotsentscheidungen der Hauptpflegepersonen haben. Für erwerbsfähige Angehörige könnte das Pflegebudget aufgrund des verstärkten Einsatzes formeller Helfer einen Anstieg der Erwerbstätigkeit bzw. eine Ausweitung der gewerblichen Arbeitsstunden bewirken. Ziel der folgenden Analysen ist es, die Wirkungen des Pflegebudgets im Hinblick auf diese Dimensionen zu untersuchen. Insbesondere sollen drei Zielgrößen näher betrachtet werden, die in den Erhebungen ausreichend abgebildet sind:

- Abschätzung des zeitlichen Entlastungseffektes anhand der Angaben der Hauptpflegepersonen zur Unterstützung der betreuten Person in Stunden pro Woche
- Abschätzung des Effektes auf die Erwerbstätigkeit der Hauptpflegepersonen anhand des Erwerbsstatus

- Abschätzung der Wirkungen auf die Zufriedenheit mit der Gesundheit, der Freizeit, den Kontaktmöglichkeiten zu anderen Menschen, den Möglichkeiten, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, sowie der allgemeinen Lebensqualität. Die Zufriedenheit mit diesen verschiedenen Aspekten wird durch die Hauptpflegeperson anhand einer siebenstufigen Skala eingeschätzt.

Vor den Wirkungsanalysen muss zunächst die zugrunde gelegte Stichprobe näher beschrieben werden. Zudem können auch hier Selektionsprobleme dazu führen, dass ein einfacher Vergleich der Werte von Programm- und Vergleichsgruppe in der Folgebefragung nicht ausreicht, um den kausalen Effekt des Pflegebudgets zu identifizieren. Die Relevanz von Selektionsproblemen und deren methodische Handhabung wird daher kurz in Abschnitt 5.5.1 diskutiert.

5.5.1 Stichprobe, Selektionsprobleme und methodische Herangehensweise

Tabelle 5-24 beinhaltet eine Deskription zentraler Merkmale der Hauptpflegepersonen und der von ihnen betreuten Personen in der Programm- und Vergleichsgruppe. Zentrale Merkmale der Pflegebedürftigen - Pflegestufe, vorherige Regelleistung, Pflegebedürftigkeitsindex - wurden den Befragungen der Hauptpflegeperson über eine gemeinsame Fallnummer hinzugespielt. Diese Merkmale sind für die Wirkungsanalysen deshalb von Bedeutung, weil sie grob den Pflegebedarf des Pflegebedürftigen widerspiegeln und damit einen großen Einfluss auf den Hilfeumfang der Hauptpflegeperson ausüben sollten. Soziodemographische und sozioökonomische Merkmale der Hauptpflegeperson sind zudem für die interessierenden Zielgrößen von Bedeutung.

Tabelle 5-24 zeigt, dass es einige Unterschiede in der Zusammensetzung der Programm- und Vergleichsgruppe zum Zeitpunkt der Erstbefragung gibt. So unterscheiden sich die von den Hauptpflegepersonen betreuten Personen zwar nicht in ihrem Pflegebedarf gemessen an der Pflegestufe und dem Pflegebedürftigkeitsindex. Signifikante Unterschiede finden sich aber in der zuvor bezogenen Regelleistung sowie in dem Standort der betreuten Person. Zum einen sind mit 47% überproportional viele Pflegebedürftige in der Vergleichsgruppe zuvor Pflegegeldempfänger gewesen. Zum anderen findet sich eine starke Konzentration der befragten Hauptpflegepersonen, insbesondere der Vergleichsgruppe, in Neuwied. Andere Standorte wie z.B. Kassel sind hingegen in der Vergleichsgruppe praktisch nicht vertreten. Da die Effekte des Pflegebudgets von der zuvor bezogenen Art der Regelleistung und dem regionalen

Kontext abhängen können, sind dies möglicherweise relevante Selektionen in die Programmgruppe, die es methodisch zu berücksichtigen gilt, um den kausalen Effekt des Pflegebudgets zu bestimmen.

Soziodemographische und sozioökonomische Merkmale der Hauptpflegepersonen sowie die Wohndistanz zur betreuten Person unterscheiden sich hingegen nicht signifikant. Eine Vergleichbarkeit der beiden Gruppen in diesen Merkmalen kann daher nicht verworfen werden. Auch nehmen beide Gruppen in ähnlichem Maße Beratungsleistungen in Anspruch und betreuen in etwa 13% der Fälle eine weitere Person mit Pflegebedarf. Die Vergleichbarkeit beider Gruppen sollte bei einer erfolgreichen Randomisierung auch bezüglich der interessierenden Zielgrößen zum Zeitpunkt der Erstbefragung gelten. Hier zeigen sich jedoch signifikante Unterschiede für die Unterstützung der betreuten Person in Stunden pro Woche. Der Unterstützungsumfang fällt mit etwa 50 Stunden pro Woche in der Programmgruppe etwa acht Stunden größer aus als in der Vergleichsgruppe. Eine Probit-Schätzung mit der Zugehörigkeit zur Programmgruppe als abhängiger Variable bestätigt eine Selektion in die Programmgruppe im Hinblick auf die folgenden Merkmale: Standort der betreuten Person, zuvor bezogene Regelleistung, zeitlicher Umfang der Unterstützung. Analog zu der methodischen Herangehensweise für die Bestimmung der Effekte für die Pflegebedürftigen, ist es daher auch hier sinnvoll, Unterschiede im Ausgangsniveau der Zielvariablen durch einen Differenz-von-Differenzen-Schätzer aufzufangen und Kontrollvariablen bezüglich des Standorts und der zuvor bezogenen Regelleistung in den Spezifikationen zu berücksichtigen.

Tabelle 5-24: Merkmale der Hauptpflegepersonen und der betreuten Personen in der Programm- und Vergleichsgruppe zum Zeitpunkt der Erstbefragung

Variable	Ø PG	Ø VG	Test	P-Wert
<i>Merkmale der betreuten Person mit Pflegebedarf</i>				
<i>Pflegestufe (Referenz: Pflegestufe 1)</i>				
Pflegestufe 2	36,1%	40,4%	Chi ²	0,690
Pflegestufe 3	14,9%	12,1%		
Pflegebedürftigkeitsindex (0-100)	70,4	70,2	t-Test	0,9592
<i>Vorherige Regelleistung (Referenz: Keine Leistung bzw. Krankenhausentlassung)</i>				
Sachleistung	34,1%	15,5%	Chi ²	0,004
Pflegegeld	32,2%	46,6%		

Kombinationsleistung	17,5%	16,5%		
<i>Standort (Referenzkategorie: Annaberg)</i>				
Erfurt	12,2%	13,6%		
Kassel	10,3%	1,0%		
Marburg-Biedenkopf	14,6%	17,5%	Chi ²	0,007
Neuwied	41,3%	55,3%		
Unna	12,7%	9,7%		
<i>Merkmale der Hauptpflegeperson</i>				
Alter	54,7	55,7	t-Test	0,275
Weiblich	69,0%	71,8%	Chi ²	0,607
Verheiratet	69,0%	69,9%	Chi ²	0,872
Anzahl Haushaltsmitglieder	2,5	2,5	t-Test	0,735
<i>Erwerbsstatus (Referenz: Nicht erwerbstätige Erwerbsperson)</i>				
Keine Erwerbsperson	31,9%	36,9%		
Teilzeitbeschäftigt	22,1%	14,6%	Chi ²	0,205
Vollzeitbeschäftigt	20,2%	27,2%		
Nimmt Beratung in Anspruch	29,6%	32,0%	Chi ²	0,656
Pflegt noch eine weitere Person	13,2%	13,7%	Chi ²	0,887
Unterstützungsumfang in h/Woche	50,5	42,6	t-Test	0,077
<i>Wohndistanz zu betreuter Person (Referenz: in max. 15 Min vor Ort)</i>				
Im gleichen Haushalt	42,4%	45,5%		
Nebenan	17,1%	14,9%		
in max. 30 Min. vor Ort	15,7%	11,9%	Chi ²	0,808
In >30 Min. vor Ort	5,7%	7,9%		
Zahl der Beobachtungen ^a	213	103		

^a Bis zu 5% der Personen weisen fehlende Werte in einzelnen Merkmalen auf.

Ein weiteres Problem für die Bestimmung des kausalen Effektes des Pflegebudgets ist auch bei den Hauptpflegepersonen ein systematisches Austreten aus dem Modellprojekt, welches unterschiedlich stark zwischen den beiden Gruppen ausgeprägt ist. Tabelle 5-25 zeigt die Schätzungen für das Panelsterben der Programm- und Vergleichsgruppe zwischen der Erstbefragung und den Folgebefragungen. Die abhängige Variable der Probit-Schätzungen ist ein Indikator, der den Wert Eins annimmt, wenn für eine Person auch die Folgebefragung vorliegt. In der Schätzung werden Faktoren berücksichtigt, die einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit haben können, weiterhin an der Befragung teilzunehmen. Zum einen sind dies Faktoren, die

den Pflegebedarf der betreuten Person abbilden. Zum anderen können Merkmale der Hauptpflegeperson eine Rolle spielen, die deren Belastung durch die Pflegesituation widerspiegeln (z.B. Wohndistanz zu betreuter Person, Umfang der geleisteten Unterstützung, Kontakt zu Freunden und Bekannten, Zufriedenheit mit Lebensqualität) und die zeitlichen Konflikte mit anderen Tätigkeiten und Aufgaben wiedergeben (z.B. Zahl der Haushaltsmitglieder, Betreuung einer weiteren Person, Erwerbsstatus). Aufgrund der geringen Fallzahlen konnten nicht in allen Spezifikationen alle Merkmale berücksichtigt werden.

Es zeigt sich, dass es systematische und über die beiden Gruppen variierende Einflüsse auf die Wahrscheinlichkeit gibt, an den Folgebefragungen teilzunehmen. Ähnlich den Schätzungen des Panelsterbens für die Beobachtungen der Pflegebedürftigen ist der Erklärungswert des Schätzmodells für die Vergleichsgruppe zudem deutlich größer als in der Programmgruppe. Dies legt den Schluss nahe, dass vor allem Hauptpflegepersonen der Vergleichsgruppe von einem systematischen Panelsterben betroffen sind und die Vergleichbarkeit von Programm- und Vergleichsgruppe über die Zeit somit nicht gewährleistet ist.

Tabelle 5-25: Ergebnisse der Selektionsmodelle für das Panelsterben zwischen der Erstbefragung und der zweiten Folgebefragung, Hauptpflegepersonen

	Panelsterben Welle 2		Panelsterben Welle 3	
	PG	VG	PG	VG
Alter	-0,0479	0,3226**	0.0249	0.3413
Alter x Alter	0,0005	-0,0024**	-0.0002	-0.0027
Weiblich	0,1066	-0,1437	-0.2317	2.0834*
Verheiratet	0,2301	-0,1021	-0.0234	0.2455
Zahl der Personen im Haushalt	0,0623	-0,0409	0.0147	-1.2097*
<i>Wohndistanz zu betreuter Person (Referenz: in max. 15 Min vor Ort)</i>				
im gleichen Haushalt	0,4947	0,2927	0.6793*	3.4712**
Nebenan	0,2086	0,7293	0.2574	-0.7028
in max. 30 Min. vor Ort	0,2212	-0,1494	0.0828	-0.0811
in >30 Min. vor Ort	0,4264	-0,1909	0.4986	
Keine Erwerbsperson	-0,3645	-1,0569*	-0.1585	-3.7638**
Nimmt Beratung in Anspruch	0,3071	0,8623**	0.1751	0.6931
Unterstützungsumfang in h/Woche	-0,0017	0,0038	-0.0027	0.0164
Pflegt noch eine weitere Person	0,1901	0,6681	0.1994	-1.2808
Zufrieden mit Lebensqualität	0,0383	0,1335	0.0009	1.4465

Unzufrieden mit Lebensqualität	0,1873	0,8078*	-0.1466	-0.3911
<i>Häufigkeit des Kontakts zu Freunden (Referenz: Kein Kontakt)</i>				
Sporadischer Kontakt	-0,4509	0,6687		
Kontakt mehrmals monatlich	-0,6686*	0,6946		
Kontakt (mehrmals) wöchentlich	-0,6965*	0,4616		
<i>Vorherige Regelleistung (Referenz: Keine Leistung bzw. Krankenhausentlassung)</i>				
Sachleistung	0,6285**	0,1300	0.8192**	6.2606**
Pflegegeld	0,7983**	0,5259	0.7440*	4.4352**
Kombinationsleistung	0,8026**	-0,3655	0.6622*	2.7799
Pflegebedürftigkeitsindex (0-100)	-0,007	-0,0118	0.0047	-0.0397*
<i>Standort (Referenz: Annaberg, Kassel, Unna)</i>				
Erfurt	0,1767	-1,0813	0.8172**	-0.5303
Marburg	0,3989	-1,6523**	0.4604	-0.6166
Neuwied	-0,3955	-1,2740*	-0.0193	-0.6014
Konstante	1,0032	-9,5921**	-2.0552	-15.5589
N	194	93	194	87
Pseudo R ²	0,1006	0,2857	0.0958	0.5411
Log-Likelihood	-117,9	-44,6	-115,2	-17,6

Signifikanzniveaus: 10% (*), 5% (**), 1% (***)

Um dieser Selektion methodisch Rechnung zu tragen, könnte einerseits die Heckman-Selektionskorrektur verwendet werden, die bereits für die Pflegebedürftigen angewandt wurde. Aufgrund der geringeren Fallzahlen verwenden wir aber auch hier die inverse Wahrscheinlichkeitsgewichtung (siehe Abschnitt 5.4). Die auf Basis der Spezifikationen in Tabelle 5-25 geschätzten Wahrscheinlichkeiten, in den Folgebefragungen beobachtet zu werden, bilden dabei die Basis einer Gewichtung, die das systematische Panelsterben ausgleicht. Zu diesem Zweck geht der Kehrwert der geschätzten Wahrscheinlichkeit, in der Folgebefragung dabei zu sein, als Gewicht in die späteren Wirkungsanalysen ein. Dies bewirkt im Idealfall, dass die gewichtete Stichprobe der Folgebefragung der Struktur und dem Umfang der Stichprobe in der Erstbefragung entspricht. Da die zugrunde gelegten Schätzspezifikationen die Systematik des Panelsterbens jedoch nicht vollständig abbilden können, ist dies nur näherungsweise der Fall. Die Wirkungsanalysen werden im Folgenden jeweils mit der ungewichteten und der entsprechend dem Panelsterben gewichteten Stichprobe durchgeführt.

5.5.2 Entlastungs- und Beschäftigungseffekte des Pflegebudgets

Zunächst werden die Effekte des Pflegebudgets auf die Zeit der Unterstützung in Stunden pro Woche näher untersucht. Die bisherigen Analysen für die Pflegebedürftigen legen die Vermutung nahe, dass es vor allem für ehemalige Pflegegeldempfänger durch das Pflegebudget zu einer Entlastung der Hauptpflegepersonen in Form eines reduzierten zeitlichen Umfangs der Unterstützung kommt. Tabelle 5-26 gibt Auskunft über die Ergebnisse der Differenz-in-Differenzen Schätzung. Die abhängige Variable sind die angegebenen Stunden der Unterstützung der betreuten Person pro Woche. Neben den drei Hauptmerkmalen der DiD-Schätzung – dem Indikator für die Gruppenzugehörigkeit, dem Indikator für die Folgebefragung und deren Interaktion – werden weitere Regressoren als erklärende Faktoren hinzugefügt. Hierbei handelt es sich einerseits um Faktoren, die den Pflegebedarf der betreuten Person auffangen. Andererseits gehen die Art der zuvor bezogenen Regelleistung und der Wohnort der betreuten Person in die Schätzung ein. Zum anderen wird in den Schätzungen neben den soziodemographischen und sozioökonomischen Merkmalen der Hauptpflegeperson auch die Wohndistanz zur betreuten Person berücksichtigt. Die Ergebnisse der vollständigen Schätzungen befinden sich in Anhang C.10.

Tabelle 5-26 zeigt zunächst nur die drei Hauptmerkmale zu Abschätzung des Budgeteffektes nach einem halben Jahr (t_2). Demnach gibt es lediglich einen Hinweis darauf, dass – wie in den deskriptiven Analysen bereits diskutiert – Hauptpflegepersonen in der Programmgruppe signifikante zehn Stunden mehr Hilfe leisten als die Hauptpflegepersonen in der Vergleichsgruppe. Dieses Ergebnis spricht dafür, dass möglicherweise zu Beginn des Projektes gezielt Pflegebedürftige in die Programmgruppe aufgenommen wurden, deren Situation als besonders belastend eingeschätzt wurde. Ein Effekt des Pflegebudgets, d.h. der Interaktion des Bezugs von Pflegebudget und der Folgebefragung, ist zwar wie erwartet negativ, jedoch statistisch nicht eindeutig.

Eine Ursache kann sein, dass die Schätzspezifikation von einem homogenen Effekt des Pflegebudgets auf alle Hauptpflegepersonen ausgeht. Ein Entlastungseffekt ist jedoch möglicherweise vor allem für ehemalige Pflegegeldempfänger zu beobachten. Leider erlauben die geringen Fallzahlen keine getrennten Schätzungen für die verschiedenen Gruppen. Um dennoch Heterogenität der Effekte des Pflegebudgets zu berücksichtigen, werden die Effekte des Budgets mit der zuvor bezogenen Regelleistung der betreuten Person integriert. Die Ergebnisse der Schätzung (Tabelle 5-26)

deuten darauf hin, dass das negative Vorzeichen für den Effekt des Pflegebudgets auf die geleistete Zeit an Unterstützung vor allem durch die Hauptpflegepersonen zustande kommt, die einen Pflegegeld- bzw. Kombileistungsempfänger betreuen. Der negative Effekt von minus dreizehn Stunden ist im Falle der ungewichteten Spezifikation zudem signifikant. Für Hauptpflegepersonen, die zuvor einen Sachleistungsempfänger betreut haben, ist hingegen keine klare Tendenz festzustellen. Diese Ergebnisse sind konsistent mit den vorherigen Wirkungsanalysen für die Pflegebedürftigen. Durch die Substitution von zuvor primär informell geleisteter Hilfe durch formelle Hilfe, werden vor allem Hauptpflegepersonen entlastet, die Personen betreuen, die zuvor Geldleistungen bezogen haben. Ein solcher Entlastungseffekt wird auch durch die Schätzung des Budgeteffektes nach einem Jahr bestätigt, die einen statistisch eindeutigen und negativen Effekt von weniger siebzehn Stunden für die gesamte Stichprobe aufzeigt. Eine erweiterte Spezifikation zur Abschätzung der heterogenen Wirkungen kann aufgrund zu geringer Fallzahlen nach einem Jahr jedoch nicht geschätzt werden. Insgesamt bestätigt sich somit, dass Hauptpflegepersonen von Beziehern des Pflegebudgets vor allem im Vergleich zu Hauptpflegepersonen von Pflegegeldbeziehern deutlich entlastet sind, indem der Zeitumfang der geleisteten Hilfe reduziert wird.

Tabelle 5-26: Effekte auf den Hilfeumfang in Stunden pro Woche (P-Werte in Klammern) für die gesamte Stichprobe nach einem halben Jahr

	ungewichtet		gewichtet	
<i>Gesamte Stichprobe, homogener Effekt des Budgets</i>				
t ₂	2,4	[0,59]	1,5	[0,77]
PG	10,5**	[0,02]	10,8**	[0,02]
PG * t ₂	-6,1	[0,27]	-4,6	[0,44]
<i>Gesamte Stichprobe, heterogene Effekte des Budgets für Regelleistungsgruppen</i>				
t ₂	2,5	[0,57]	1,6	[0,75]
PG	10,0**	[0,03]	10,3	[0,02]
PG * t ₂	2,4	[0,77]	2,5	[0,78]
PG * t ₂ * Pflegegeld	-13,4*	[0,08]	-11,4	[0,18]
PG * t ₂ * Sachleistung	-4,0	[0,68]	-3,5	[0,75]
PG * t ₂ * Kombileistung	-13,4	[0,16]	-12,1	[0,29]
# Individuen	295		292	
∅ Stunden/Woche VG, t ₁	40,7		40,7	

Anm.: Gewichtete Stichprobe korrigiert für das Panelsterben (siehe Text); vollständige Schätzergebnisse in Anhang C.10; **Signifikanzniveaus:** 10% (*), 5% (**), 1% (***)

Eine solche Entlastung könnte einen Einfluss auf den Erwerbsstatus der Hauptpflegepersonen haben, wenn die nun zusätzlich zur Verfügung stehende Zeit teilweise dazu verwendet wird, eine vorhandene Teilzeittätigkeit auszudehnen bzw. wieder eine Beschäftigung aufzunehmen. Ein negativer Zusammenhang zwischen dem Erhalt von Geldleistungen für die informelle Unterstützung der Angehörigen auf deren Erwerbstätigkeit konnte in Skandinavien festgestellt werden (Lundsgaard, 2005). Dies lässt vermuten, dass das Pflegebudget durch die zeitliche Entlastung und die Tatsache, dass Geldleistungen nicht mehr an die mit der betreuten Person häufig eng verwandten Hauptpflegeperson fließen dürfen, möglicherweise positive Auswirkungen auf die Erwerbstätigkeit der Hauptpflegepersonen haben kann. Andererseits sind solche Effekte – wenn vorhanden – möglicherweise eher marginal, da ein Drittel der Hauptpflegepersonen bereits angibt, dem Arbeitsmarkt nicht (mehr) zur Verfügung zu stehen. Lediglich knapp 40% der Hauptpflegepersonen könnten demnach auf das Pflegebudget mit einer Ausdehnung ihrer Erwerbstätigkeit reagieren, weil sie im erwerbsfähigen Alter sind und zudem nicht bereits Vollzeit beschäftigt sind. Von diesen 40% sind wiederum über 80% Frauen, da vor allem Töchter und Schwiegertöchter die Mehrheit der Hauptpflegepersonen stellen. Da Frauen und insbesondere ältere Kohorten eine eher geringe Arbeitsmarktnähe aufweisen, ist für diese Personen nicht mit starken Beschäftigungseffekten des Pflegebudgets zu rechnen. Dennoch sollen eventuelle Effekte im Folgenden empirisch untersucht werden.

Tabelle 5-27 zeigt die Ergebnisse von Differenz-in-Differenzen Schätzungen, bei der die abhängige Variable ein diskreter Indikator des Erwerbsstatus ist, der den Wert Null annimmt, wenn keine Beschäftigung vorliegt, den Wert Eins aufweist, wenn eine Teilzeitbeschäftigung vorliegt und den Wert zwei annimmt, wenn eine Vollzeitbeschäftigung vorliegt. Die Wirkungsanalysen sollen zeigen, ob das Pflegebudget positive Beschäftigungseffekte mit sich bringt, d.h. ob die Wahrscheinlichkeit einer Teilzeitbeschäftigung bzw. Vollzeitbeschäftigung gegenüber der Nicht-Erwerbstätigkeit infolge des Pflegebudgets steigt. Ein geeignetes Schätzmodell ist in diesem Fall das multinomiale Logit Modell, welches die Wahrscheinlichkeit schätzt, eine der drei Erwerbskategorien zu wählen. In einem DiD-Ansatz lässt sich nun der Effekt des Pflegebudgets auf die Wahrscheinlichkeit einer Teilzeit bzw. Vollzeitbeschäftigung abschätzen. Weitere erklärende Faktoren sind vor allem soziodemographische und sozioökonomische Faktoren wie z.B. Alter, Geschlecht und die berufliche Qualifikation der Hauptpflegeperson. Darüber hinaus werden auch in diesen Schätzungen die Art

der zuvor bezogenen Regelleistung der betreuten Person sowie deren Pflegebedarf in die Schätzung mit aufgenommen. Vollständige Schätzergebnisse befinden sich in Anhang C.10.

Tabelle 5-27: Effekte in Prozentpunkten auf die Wahrscheinlichkeit einer Teilzeitbeschäftigung bzw. Vollzeitbeschäftigung im Vergleich zu einer Nicht-Erwerbstätigkeit (P-Werte in Klammern)

	ungewichtet		gewichtet	
Gesamte Stichprobe				
<i>Nicht erwerbstätig</i>				
Basiswahrscheinlichkeit	72,3%		73,1%	
t ₂	-14,4*	[0,08]	-10,9	[0,27]
PG	0,9	[0,90]	1,1	[0,88]
PG * t ₂	9,8	[0,20]	6,2	[0,54]
<i>Teilzeitbeschäftigung</i>				
Basiswahrscheinlichkeit	13,9%		13,6%	
t ₂	10,4	[0,11]	7,1	[0,33]
PG	5,2	[0,25]	5,5	[0,23]
PG * t ₂	-7,0	[0,16]	-5,1	[0,46]
<i>Vollzeitbeschäftigung</i>				
Basiswahrscheinlichkeit	13,7%		13,3%	
t ₂	4,0	[0,46]	3,8	[0,51]
PG	-6,2	[0,23]	-6,6	[0,21]
PG * t ₂	-2,8	[0,59]	-1,1	[0,86]
# Individuen	301		298	
Nur Erwerbspersonen				
<i>Nicht erwerbstätig</i>				
Basiswahrscheinlichkeit	30,2%		28,3%	
t ₂	-15,8	[0,17]	-12,7	[0,33]
PG	4,3	[0,61]	3,6	[0,66]
PG * t ₂	13,2	[0,37]	7,0	[0,65]
<i>Teilzeitbeschäftigung</i>				
Basiswahrscheinlichkeit	33,6%		33,4%	
t ₂	16,1	[0,18]	10,7	[0,45]
PG	11,6	[0,15]	13,5	[0,11]
PG * t ₂	-14,1	[0,21]	-10,14	[0,47]
<i>Vollzeitbeschäftigung</i>				
Basiswahrscheinlichkeit	35,9%		38,2%	
t ₂	-0,3	[0,98]	2,0	[0,87]
PG	-15,9*	[0,08]	-17,1*	[0,07]
PG * t ₂	0,8	[0,95]	3,5	[0,81]

# Individuen	191	188
--------------	-----	-----

Anm.: Gewichtete Stichprobe korrigiert für das Panelsterben (siehe Text); vollständige Schätzergebnisse in Anhang C.11; **Signifikanzniveaus:** 10% (*), 5% (**), 1% (***)

Tabelle 5-27 zeigt zunächst, dass unter den Erwerbspersonen der Programmgruppe signifikant weniger in Vollzeit beschäftigt sind als in der Vergleichsgruppe. Dies spiegelt das vorangegangene Ergebnis wider, dass Hauptpflegepersonen der Programmgruppe einen signifikant höheren Zeiteinsatz für die Betreuung der pflegebedürftigen Person aufwenden (siehe Tabelle 5-26). Das Pflegebudget hat jedoch - unabhängig von der Art der Gewichtung - keinen nachweisbaren Effekt auf die Erwerbstätigkeit der Hauptpflegepersonen. Auch eine Schätzung des Budgeteffektes nur für Personen, die dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, zeigt kein anderes Bild. Möglicherweise bewirkt das Pflegebudget jedoch lediglich eine geringfügige Ausdehnung der Arbeitsstunden. Eine Analyse, bei der nur zwischen Nicht-Erwerbstätigkeit, Teilzeit und Vollzeit unterschieden wird, kann einen solchen Effekt eventuell nicht abbilden. Alternative Schätzungen mit der von den Hauptpflegepersonen in der Befragung angegebenen Zahl der wöchentlichen Arbeitsstunden konnten jedoch ebenfalls keinen Effekt des Pflegebudgets nachweisen.

Die zeitliche Entlastung der Hauptpflegepersonen scheint somit keinen positiven Beschäftigungseffekt nach sich zu ziehen. Möglicherweise schlägt sich die zeitliche Entlastung jedoch in der Zufriedenheit der Hauptpflegepersonen mit ihrer Lebenssituation nieder. Um dies überprüfen zu können, wurden die Hauptpflegepersonen in der Befragung um ihre Einschätzung zur Zufriedenheit mit einer Vielzahl von Dimensionen gebeten. Die folgenden Analysen beschränken sich jedoch auf einige Kernaspekte, bei denen am ehesten mit Effekten durch das Pflegebudget zu rechnen ist. Denn eine Entlastung in Form eines reduzierten zeitlichen Unterstützungsumfangs sollte sich vor allem in der Möglichkeit niederschlagen, verstärkt (wieder) am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, sich körperlich und seelisch weniger belastet zu fühlen und aus diesen Gründen eventuell auch insgesamt eine verbesserte Lebensqualität zu empfinden. Die relevanten Dimensionen, die im Folgenden näher beleuchtet werden sind daher:

- die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit,
- die Zufriedenheit mit der Freizeit,

- die Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen,
- die Zufriedenheit mit Freunden/Bekanntem,
- die Zufriedenheit mit den Möglichkeiten, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen,
- die Zufriedenheit mit Kontakten
- und die Zufriedenheit mit der allgemeinen Lebensqualität.

Die jeweilige Einschätzung der Zufriedenheit wurde anhand einer siebenstufigen Skala vorgenommen, wobei die erste Kategorie der Einschätzung „sehr unzufrieden“, die letzte Kategorie hingegen „sehr zufrieden“ entspricht.

Die Analyse des Effektes des Pflegebudgets auf diese Zufriedenheitsindikatoren erfolgt ebenfalls mit einem DiD-Ansatz. Allerdings erfordert die abhängige Variable – die Nennung einer der sieben Kategorien – die Spezifikation eines so genannten Ordered Probit Modells, um die Rangfolge der sieben Kategorien zu berücksichtigen. Auf Basis dieses Schätzansatzes kann jeweils der Effekt des Pflegebudgets auf die Wahrscheinlichkeit bestimmt werden, eine bestimmte Zufriedenheitsstufe zu wählen. Tabelle 5-28 zeigt die entsprechenden Ergebnisse für die Effekte nach einem halben Jahr des Pflegebudgetbezugs.¹⁹ Zudem beschränkt sich die Darstellung ausschließlich auf den Effekt des Pflegebudgets. Vollständige Schätzungen befinden sich im Anhang C.12.

Tabelle 5-28: DiD-Effekt des Pflegebudgets (in Prozentpunkten) auf die Wahrscheinlichkeit, eine der sieben Zufriedenheitsstufen zu wählen

	völlig unzufrieden – völlig zufrieden						
	1	2	3	4	5	6	7
<i>Gesamte Stichprobe, ungewichtet</i>							
Zufriedenheit mit ...							
Freizeit	-7,6***	-8,3***	-5,6***	-2,5	3,9***	9,9***	10,3**
Gesundheit	-0,8	-1,0	-1,0	-0,6	0,4	1,6	1,4
Kontaktmöglichkeiten	-3,5**	-4,6**	-4,9**	-4,0*	0,3	7,0**	9,7*
Teilhabe	-2,5*	-3,7*	-4,9*	-3,2	0,9*	7,3*	6,0*
allg. Lebensqualität	-2,5	-1,8	-3,0	-3,8	2,3*	4,6	4,2

¹⁹ Die Abschätzung der Effekte nach einem Jahr ist hier – wie auch in der vorherigen Analyse der Beschäftigungseffekte – aufgrund der geringen Fallzahl nicht aussagekräftig.

Gesamte Stichprobe, gewichtet zur Korrektur des Panelsterbens

Zufriedenheit mit ...

Freizeit	-8,2***	-8,1***	-6,3***	-3,6*	4,3***	11,1***	10,7**
Gesundheit	-1,2	-1,5	-1,6	-1,1	0,7	2,6	2,2
Kontaktmöglichkeiten	-3,2**	-4,5**	-5,7**	-4,3*	0,3	7,4**	10,1*
Teilhabe	-3,0**	-4,5**	-6,8**	-4,6*	1,1*	9,4**	8,4*
allg. Lebensqualität	-2,7**	-2,1*	-3,7*	-5,4*	2,9**	6,2*	4,7

Anm.: Gewichtete Stichprobe korrigiert für das Panelsterben (siehe Text); vollständige Schätzergebnisse in Anhang C.12; **Signifikanzniveaus:** 10% (*), 5% (**), 1% (***)

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Hauptpflegepersonen eines Pflegebudgetempfängers deutlich zufriedener mit ihrer Freizeit sind als Hauptpflegepersonen von Personen mit Regelleistungsbezug. Die Wahrscheinlichkeit, die Zufriedenheit mit der Freizeit eher schlecht einzuschätzen, d.h. eine Kategorie 1-3 anzugeben, reduziert sich signifikant um 6-8 Prozentpunkte, während die Wahrscheinlichkeit, eher zufrieden zu sein (Kategorie 5-7) signifikant um 4-10 Prozentpunkte zunimmt. Dieses Ergebnis ist vor dem Hintergrund der bisherigen Ergebnisse nicht erstaunlich, da Hauptpflegepersonen durch das Pflegebudget zeitlich entlastet werden, diese Entlastung jedoch nicht zu einer Ausdehnung ihrer Erwerbstätigkeit einsetzen. Eine Konsequenz der zeitlichen Entlastung ist daher eine gestiegene Zufriedenheit mit der Freizeit. Möglicherweise wirkt sich die hinzugewonnene Freizeit auch positiv auf die (subjektiv empfundene) Gesundheit der Hauptpflegepersonen aus. Tabelle 5-28 gibt jedoch keinen Hinweis darauf, dass Hauptpflegepersonen aufgrund des Pflegebudgets mit ihrer Gesundheit zufriedener sind als Hauptpflegepersonen von Personen mit Regelleistungsbezug.

Die zusätzliche freie Zeit der Hauptpflegepersonen in der Programmgruppe könnte jedoch die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben verbessern, wenn aufgrund des Pflegebudgets verstärkt wieder Kontakte gepflegt werden können und/oder mehr Zeit zur Verfügung steht, an Veranstaltungen etc. teilzunehmen. Tatsächlich lässt sich feststellen, dass die Zufriedenheit der Hauptpflegepersonen mit den Kontaktmöglichkeiten zu anderen Menschen infolge des Pflegebudgets steigt. Diese positiven Effekte machen sich in Tabelle 5-28 in Form einer signifikanten Verschiebung der Wahrscheinlichkeit hin zu einer verbesserten Einschätzung der Zufriedenheit bemerkbar. Ein ähnlich positives Ergebnis findet sich im Hinblick auf die Zufriedenheit mit den Möglichkeiten, am normalen gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können. Bezo-

gen auf die Einschätzung der allgemeinen Lebensqualität lassen sich ebenfalls positive, aber schwächere Veränderungen feststellen. Dies ist vermutlich deshalb der Fall, weil die allgemeine Lebensqualität von sehr vielen Faktoren abhängt, die nur teilweise mit der Pflegesituation der betreuten Person zusammenhängen. Dennoch finden sich zumindest für die für das Panelsterben korrigierten Schätzungen signifikante Ergebnisse, die auf eine als verbessert empfundene Lebensqualität der Hauptpflegepersonen infolge des Pflegebudgets hindeuten. Leider ist es aufgrund der niedrigen Fallzahlen nicht möglich, dieses Ergebnis nach Regelleistungsgruppen zu differenzieren.

Insgesamt zeigen sich für die Hauptpflegepersonen wichtige Effekte des Pflegebudgets. Als ein zentrales Ergebnis kommt es infolge des Pflegebudgets insbesondere im Vergleich zum Pflegegeld zu einer zeitlichen Entlastung der Hauptpflegepersonen, ein Ergebnis, das die Wirkungsanalysen für die Pflegebedürftigen bestätigt. Diese zeitliche Entlastung scheint jedoch keine Beschäftigungswirkungen nach sich zu ziehen. Dies liegt möglicherweise daran, dass es sich bei den Hauptpflegepersonen um eine Gruppe handelt, die dem Arbeitsmarkt zum großen Teil nicht mehr zur Verfügung stehen bzw. keine große Arbeitsmarktnähe aufweisen. Die zeitliche Entlastung der Hauptpflegepersonen schafft stattdessen zeitliche Freiräume, die sich in einer verbesserten Zufriedenheit mit der Freizeit, den Kontaktmöglichkeiten zu anderen Menschen, den Möglichkeiten, am normalen gesellschaftlichen Leben teilzunehmen sowie der allgemeinen Lebensqualität niederschlägt. Positive Effekte auf die Bewertung der eigenen Gesundheit, die auch im Hinblick auf die indirekten Gesundheitskosten der ambulanten pflegerischen Versorgung interessant sein könnten, zeigen sich hingegen nicht.

5.6 Fazit der Ergebnisse auf Basis der Panelerhebung

Die Anlage des Modellprojekts als soziales Experiment, welches 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 standort-spezifischer 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. Mittels dieses Schätzansatzes werden die Effekte des Pflegebudgets auf die Zusammensetzung der Helfer, den Zeitumfang und die Art der Leistungen, die Vergütung der Helfer, die Zufriedenheit des Pflegebedürftigen mit der Pflege- und Lebenssituation betrachtet. Zusätzlich werden die Wirkungen des Pflegebudgets auf die Hauptpflegeperson im Hinblick auf die zeitliche Belastung, die Erwerbstätigkeit sowie die Zufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation betrachtet. Die Ergebnisse 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 (vollständige Substitution).
- Die Art der erhaltenen Hilfen unterscheidet sich nicht zwischen Pflegegeld-, Sachleistungs- und Pflegebudgetempfängern. Durch das Pflegebudget übernehmen jedoch stärker berufliche Helfer diese Aufgaben. Es ändert sich somit nicht das, was geleistet wird sondern, wer 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.
- 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 Verhand-

lungsmacht 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, 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 zusammen hängen, dass der Umfang der Hilfe und die 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.

Die umfangreichen Daten der Panelerhebung liefern interessante Ergebnisse zu den ökonomischen Wirkungen des personenbezogenen Pflegebudgets sowie zur Approximation der Größen Bedarfsgerechtigkeit und Entlastung über den Kanon der Zufriedenheitsvarianten. Einige zentrale Fragestellungen können aber nicht vollständig beantwortet werden; zudem sind die Ergebnisse zum Teil nicht robust gegenüber vermeintlichen Messfehlern in den Daten. Um weitergehende ökonomische Aspekte des personenbezogenen Pflegebudgets zu analysieren, wurde daher am Standort Neuwied einmalig eine vertiefende Befragung durchgeführt. Die Ergebnisse werden im nächsten Abschnitt vorgestellt.

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 im vorherigen Abschnitt 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 zählen in erster Linie Fragen über 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, deren Vorbereitung und Konzeption im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung des ZEW bereits 2006 begonnen wurde. In dieser Vorbereitungsphase galt es, die relevanten Themenbereiche zu explizieren, die Rahmenbedingungen der Erhebung (Standort, Teilnehmer, Feldphase, Interviewer) festzulegen und die Erhebungsinstrumente zu erarbeiten. Um die Interviewer und Vermittler, die schon durch die laufende Befragung sehr eingebunden sind, nicht weiter zu belasten, wurde zudem entschieden, die Befragung durch ein externes Erhebungsinstitut durchführen zu lassen. Ein Vorteil dieser externen Vergabe ist unter anderem, dass die Interviews in beiden Gruppen von denselben Personen durchgeführt werden konnten. Mögliche „Interviewereffekte“ konnten hierdurch vermieden oder zumindest reduziert werden.

Auf der Grundlage vergleichender Angebote wurde der Auftrag zur Erhebung an *TNS infratest Sozialforschung*, München, vergeben. Zur Angebotsabgabe wurden Sozialforschungsinstitute ausgewählt, die bereits in der Vergangenheit Studien im Bereich der Pflege und des Alterns durchgeführt haben. Zwei Gründe waren hierfür maßgeblich: Zum einen sollte die laufende Erhebung nicht gefährdet werden, d.h. die Interviews, die eine Mehrbelastung für die Pflegebedürftigen und deren Angehörige bedeuten, sollten von besonders geschultem Personal durchgeführt werden. Zum anderen erfordert die Erhebung umfangreicher und persönlicher Informationen ein be-

sonderes Einfühlungsvermögen der Interviewer. Diese Eignung wurde im Vorfeld der Angebotsaufforderung mit den Befragungsinstituten geklärt. Die Erfahrung und Kompetenz von *TNS infratest Sozialforschung* im Bereich der Befragung älterer und pflegebedürftiger Menschen war ein wichtiger Faktor für den Erfolg der ergänzenden Erhebung.²⁰ *TNS infratest Sozialforschung* beschränkte sich dabei nicht auf die Feldarbeit, sondern war ebenfalls in die Gestaltung und Ausarbeitung der Befragungsinstrumente sowie die Anbahnung der Feldphase eng eingebunden.

Die Feldphase der Befragung fand im Juli und August 2007 am Standort Neuwied statt. 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

Je nach Relevanz und Zuordenbarkeit wurden Fragen zu den Themenbereichen sowohl der Programm- als auch der Vergleichsgruppe gestellt. Ein Teil der Fragen, der nur für die Bezieher des Pflegebudgets relevant ist, wurde im Rahmen eines Resümees ausschließlich von der Programmgruppe beantwortet.

Eine Wirkungsanalyse des Pflegebudgets auf der Basis dieser Befragung ergänzt die bestehende Panelerhebung daher in zwei wichtigen Aspekten: Zum einen erlauben die erfragten Themenbereiche eine ergänzende Untersuchung der ökonomischen Wirkungen und Rahmenbedingungen des personengebundenen Pflegebudgets auf Grundlage der Erfahrungen der Teilnehmer am Standort Neuwied. Darüber hinaus erlaubt die Zusatzbefragung, zentrale Inhalte der Panelerhebung auf der Basis eines anderen Befragungsdesigns zu überprüfen. So konnten infolge einiger Inkonsistenzen in den Daten der Panelerhebung die Effekte auf die Vergütung der Sektoren bei-

²⁰ Als Referenz für die Arbeit von *TNS infratest Sozialforschung* seien hier stellvertretend die Studien „Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten“ (2003), „Wirkungen der Pflegeversicherung“ (1998) und „Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen“ (1994) genannt.

spielsweise nicht zufriedenstellend untersucht werden. Die Zusatzbefragung hat die Erfahrungen aus der Panelerhebung daher aufgegriffen und die Erhebung dieser Merkmale zusätzlichen, während der Erhebung durchgeführten, Konsistenzchecks unterzogen. Die Zusatzerhebung bietet zudem die Möglichkeit, die ökonomischen Effekte des Pflegebudgets hinsichtlich der Ausgabenstruktur detaillierter als bislang zu erfassen und somit weitere Einblicke in die ökonomischen Effekte des Pflegebudgets und die Ausgabenstruktur der Pflegehaushalte zu gewinnen. Die zu Beginn des Modellprojektes 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 auf Seiten 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 Ergebnisse der Untersuchung auf der Grundlage der Erfahrungen der Teilnehmer am Standort Neuwied gliedern sich in mehrere Teile. Zunächst werden die Zielsetzungen und Fragekomplexe der Erhebung ausführlich beschrieben, bevor im Anschluss daran die wichtigen Rahmendaten der Planung und Durchführung der Zusatzerhebung erläutert werden. Vor den eigentlichen Wirkungsanalysen wird die Neuwieder Stichprobe detailliert beschrieben und auf mögliche Verzerrungen aufgrund von Selektionsmechanismen überprüft.

6.1 Zielsetzungen und Fragekomplexe der zusätzlichen Erhebung

Ein Ziel der ergänzenden Erhebung ist es, detaillierte Informationen über die Verwendung des Pflegebudgets und die Organisation der Pflege als Grundlage der ökonomischen Untersuchung zu liefern. In der laufenden Panelerhebung werden die durchgeführten Tätigkeiten im Pflegearrangement in den Vordergrund gestellt und die Helfer anschließend zugeordnet. Die nachträgliche Zuordnung von Helfernennungen zu den einzelnen Helfer kategorien erwies sich dabei als nicht immer eindeutig möglich (siehe Abschnitt 4). Aufbauend auf diesen Erfahrungen wurde entschieden, die Informationen nicht tätigkeits-, sondern helferbezogen zu erheben. Die Schwierigkeiten der nachträglichen Zuordenbarkeit können somit vermieden werden. Die Tätigkeitsprofile, die Vergütungen, der Zeitaufwand der Pflege, die vertragliche

Ausgestaltung, die Bedeutung des Helfers vor und nach Projektbeginn sowie die Helfer-kategorie (z.B. Angehörige, Bekannte, freiberufliche Krankenpflegerin) wurden für jeden einzelnen Helfer des Pflegearrangements erfragt. Darüber hinaus konnten in der Konzeption der Zusatzerhebung inhaltliche Ergebnisse und Erkenntnisse aus der laufenden Erhebung berücksichtigt werden. So wurden bei der Zuordnung der Helfer nun explizit Helfer-kategorien aufgenommen, die sich in der laufenden Erhebung als wichtig erwiesen haben.

Die so erhobenen Informationen erweitern die Charakterisierung auf Grundlage der laufenden Panelerhebung inhaltlich und spiegeln ein detailliertes Abbild des Pflegearrangements hinsichtlich der Zusammensetzung der Helfer, ihrer Tätigkeitsprofile, des Hilfeumfangs, der Vergütung und vertraglichen Bindung des Helfers sowie dem Grad der Formalisierung der Unterstützung wider. Insbesondere erlaubt die Zusatzerhebung anders als die laufende Erhebung eine Gewichtung der Tätigkeitsbereiche der Helfer nach ihrer Bedeutung. Auf diese Weise können die Ausgaben auch für einzelne Tätigkeitsbereiche bestimmt werden.

Eine weitere Zielsetzung der ergänzenden Befragung ist die explizite Untersuchung der Rahmenbedingungen des personengebundenen Pflegebudgets. Denn eine erfolgreiche Umsetzung des Pflegebudgets in Form eines bedarfsgerechten Pflegearrangements setzt Rahmenbedingungen voraus, die eine ausreichende Konsumentensouveränität und Marktmacht der Pflegehaushalte gewährleisten. Aspekte der Konsumentensouveränität und Marktmacht sollen daher ebenso beleuchtet werden wie die Bedeutung des Case Managers in seiner Unterstützungs- und Entlastungsfunktion. Denn die Wirksamkeit und Akzeptanz des personengebundenen Pflegebudgets hängt nicht zuletzt von der Belastung der Angehörigen bzw. Hauptpflegepersonen mit der Organisation der Pflege ab.

In einem Zwischenresümee können sich die Pflegebedürftigen darüber hinaus äußern, ob und wie die Rahmenbedingungen des Pflegebudgets aus ihrer Sicht verbessert werden könnten. Einen weiteren Komplex bildet die Zufriedenheit mit dem Zeitumfang der Unterstützung, der zeitlichen Flexibilität der Unterstützung, der Art der Hilfestellungen und der Qualität der Unterstützung ab, um ein differenziertes Bild der Bedarfsgerechtigkeit und Flexibilität des Pflegearrangements zu erhalten. Auch die Beurteilung der Stabilität der Versorgungssituation in der ambulanten Versorgung ist ein Ziel der Fragen im Rahmen des Zwischenresümeees. Diese ist für eine Ein-

schätzung einer möglichen Reduktion des Heimsogs von Bedeutung. Aus diesem Grund wurden Fragen nach der Notwendigkeit eines Wechsels in die stationäre Versorgung in das Erhebungsinstrument aufgenommen, wobei unterschiedliche Szenarien berücksichtigt werden. Da die Stabilität eines Versorgungssystems in besonderer Weise von den vorhandenen Ressourcen abhängt, wird vor allem nach den Folgen eines Wegfalls personeller Ressourcen gefragt. Darüber hinaus spielt auch die finanzielle Belastung des Pflegehaushalts für die Stabilität des Pflegearrangements eine Rolle. Aus diesem Grund werden Informationen über die finanziellen Ressourcen, die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinaus ergänzend für die Versorgung des Pflegebedürftigen eingesetzt werden, sowie Informationen über die maximal zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel erhoben. Die Erhebungsinstrumente der zusätzlichen Erhebung sind als Anhang D beigefügt.

6.2 Rahmendaten der Planung und Durchführung

6.2.1 Standortwahl

Nachdem zunächst eine zusätzliche Erhebung an mehreren Projektstandorten angedacht war, wurde nach ausführlicher Diskussion mit den Beteiligten in der wissenschaftlichen Begleitforschung zum personengebundenen Pflegebudget entschieden, sich auf einen Standort zu beschränken. Insbesondere waren hierbei forschungsstrategische Gründe zur Verhinderung einer „Überforschung“ einzelner Standorte und den damit verbundenen negativen Effekten auf die laufende Erhebung ausschlaggebend. Daneben kamen aber auch wissenschaftsökonomische Überlegungen einer deutlich kosten- und zeitintensiveren Planung und Umsetzung der Erhebung zum Tragen. Zwei Gründe waren für die Auswahl des Projektstandorts Neuwied maßgeblich:

1. Es sollte eine möglichst große Teilnehmerzahl an der Befragung in einer kurzen Feldphase in wirtschaftlich sinnvoller Weise befragt werden.
2. Das Pflegebudget ist nur in den Modellstandorten Erfurt und Neuwied nicht auf Sach- und Kombileistungsbezieher beschränkt, sondern steht auch Beziehern des Pflegegelds offen. Die Auswahl des Standorts Neuwied erlaubt somit, die weiter gefasste Gruppe von Anspruchsberechtigten in der Zusatzerhebung zu erreichen.

6.2.2 Befragungsinstrument

Mit der Erstellung der Befragungsinstrumente wurde im Herbst 2006 begonnen. Zur Auswahl und Formulierung von Fragen für die oben genannten sieben Themenbereiche wurde einerseits auf die Erhebungsinstrumente im Modellprojekt zurückgegriffen. Darüber hinaus wurden auch Instrumente verschiedener weiterer Erhebungen, die in ähnlichem Kontext durchgeführt worden sind, bemüht.²¹ Der aufwändige Prozess der Gestaltung des endgültigen Fragebogens vollzog sich in verschiedenen Überarbeitungsrounds, in die auch die anderen Beteiligten der wissenschaftlichen Begleitforschung am Modellprojekt zum personengebundenen Pflegebudget einbezogen wurden und hilfreiche Kommentare und Hinweise lieferten. Die finale Version des Fragebogens wurde zudem in enger Abstimmung mit den Mitarbeitern von *TNS infratest Sozialforschung* nach detaillierter Diskussion der einzelnen Fragen und Items festgelegt. Die Mehrzahl der Fragen kann dabei den einzelnen Themenkomplexen zugeordnet werden. Tabelle 6-1 gibt hierzu einen Überblick. Nur eine beschränkte Zahl von Informationen wurde zum Abgleich mit den bereits in der laufenden Erhebung gemachten Angaben erhoben.

Tabelle 6-1: Zuordnung der Fragen im Erhebungsinstrument auf die Themenkomplexe für die Zusatzerhebung

Inhalte der Zusatzerhebung	Nr. im Fragebogen
Struktur des Pflegearrangement (Akteure, Tätigkeitsprofile, Preisstruktur)	0, 1, 2, 3, 4, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 20, 21, 22, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 62
Transaktionskosten der Gestaltung des Pflegearrangements	22, 22, 43, 45
Konsumentensouveränität und Marktmacht Bedarfsgerechtigkeit und Flexibilität	22, 20, 22, 35, 41, 42, 48, 49, 50, 51 3, 13, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 47, 49, 50, 51
Be- und Entlastung durch das Pflegebudget (zeitlich, finanziell)	23, 35, 37, 40, 45, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58
Stabilität des Pflegearrangements	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 13, (30, 31, 32, 33), 34, 35, 59, 60
Bedeutung des Case-Managers	35, 43, 45, 46

Aufgrund unterschiedlicher Anforderungen war die Verwendung eines einheitlichen Erhebungsinstruments nicht möglich. Zu diesen Anforderungen zählen z.B. der Ein-

²¹ Darunter z.B. der *Alterssurvey*, siehe Tesch-Römer et al. (2002), und *Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen*, siehe Görge, Rabold und Herbst (2006), sowie die Instrumente von *TNS infratest Sozialforschung* München.

bezug von Programm- und Vergleichsgruppe oder die Berücksichtigung, dass einzelne Pflegebedürftige nicht in der Lage sind, an der Befragung aktiv teilzunehmen. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, wurden verschiedene Varianten des Fragenkatalogs formuliert. Die intensiven Vorarbeiten am Fragenkatalog waren Ende Mai 2007 abgeschlossen und die vier Fragebogenvarianten wurden anschließend von *TNS infratest Sozialforschung* für die Durchführung der computergestützten persönlichen Interviews programmiert.

6.2.3 Feldphase

Die Befragung wurde in Form computergestützter persönlicher Interviews (CAPI) am Standort Neuwied bei den Teilnehmern des Modellprojekts durch Interviewer von *TNS infratest Sozialforschung* durchgeführt. Um die Feldarbeit zu erleichtern, wurden neben den Adressen der 125 Projektteilnehmer, die im April 2007 als aktive Teilnehmer gemeldet waren, auch Einschätzungen von den Case Managern und den Interviewern der laufenden Erhebung weitergegeben, ob die pflegebedürftige Person alleine befragt werden kann oder ob stellvertretend jemand anderes befragt werden sollte. In letzterem Fall wurde auch übermittelt, wer der jeweilige Interviewpartner in diesem Fall sein sollte.

Zur Vorbereitung der persönlichen Interviews wurde Ende Juni 2007 ein Anschreiben an den jeweiligen Ansprechpartner der Pflegehaushalte geschickt. Zum einen sollte mit diesem Anschreiben das Forschungsvorhaben angekündigt werden, zum anderen sollte aber gleichzeitig verdeutlicht werden, warum hier durch „neue“ Personen und eine neue Organisation die Erhebung durchgeführt werden sollte. Außerdem war diesem Anschreiben die gemeinsame Datenschutzerklärung von *ZEW Mannheim* und *TNS Infratest Sozialforschung* beigefügt, durch die den Zielhaushalten der datenschutzrechtlich korrekte Umgang mit den Daten zugesichert wird. Hierdurch wurde eine zusätzliche Vertrauensbildung für die anschließenden Interviews erwartet.

Durch diese Maßnahme flankiert fand die Feldarbeit von Ende Juni bis Ende August 2007 statt. Die Realisierung von Interviews erwies sich insgesamt aus unterschiedlichen Gründen als schwierig. Zum einen waren in der Zeit der Sommerferien einige Personen nicht erreichbar. Zum anderen mussten die Interviewer von TNS Infratest in einigen Fällen Überzeugungsarbeit leisten. Vor allem war ein Unbehagen zu spüren, einer weiteren, fremden Person Auskunft über sehr private Themen zu geben.

Da diese Probleme bereits im Vorfeld erwartet worden waren, wurde die Feldarbeit von Anfang an auf eine maximale Realisierung von Interviews ausgelegt. Um die Interviewer gerecht zu entlohnen, war keine Begrenzung bei der Entlohnung der anfallenden Spesen (Anfahrtskosten bei vergeblichen Kontaktaufnahmen) vorgesehen. So konnte sichergestellt werden, dass genügend Kontaktversuche unternommen wurden und die Interviewer auf dem schmalen Grat zwischen zuviel Hartnäckigkeit und „sich leicht Abwimmeln lassen“ vertrauensbildend die richtige Balance wahrten.

6.2.4 Ausschöpfung

Ausgehend von 125 Projektteilnehmern war eine Ausschöpfung von etwa 90% angestrebt. In der Feldarbeit erwiesen sich 16 Adressen als so genannte qualitätsneutrale Ausfälle. Bei drei Personen erwies sich die Adresse als falsch, acht Pflegebedürftige waren gestorben und bei fünf Zielhaushalten wurde ermittelt, dass sie zum Zeitpunkt der Befragung nicht mehr an dem Modellprojekt teilnahmen. Somit reduzierte sich das für die Realisierung von Interviews zur Verfügung stehende Brutto auf 109 Adressen. Davon konnten 89 Interviews realisiert werden. Dies entspricht, wie in Tabelle 6-2 dokumentiert, einer Ausschöpfung von 81,7%.

Tabelle 6-2: Dokumentation der Ausschöpfung

	Gesamt	Programm- gruppe	Vergleichs- gruppe
Brutto	125	75	50
1 Adresse falsch	3	1	2
2 ZP verstorben	8	2	6
3 ZP wohnt nicht unter der Adresse	0	0	0
4 Person gehört nicht zur ZG	5	4	1
Brutto ohne QNA	109	68	41
Interviews	89	60	29
5 im HH niemand angetroffen	3	2	1
6 ZP nicht angetroffen	0	0	0
7 ZP verreist/ im Urlaub	0	0	0
8 ZP krank/ nicht in der Lage	1	0	1
9 ZP nicht bereit aus Zeitgründen	0	0	0
10 ZP generell nicht bereit	14	6	8
11 Sprachprobleme	0	0	0
12 Sonstiger Ausfall	2	0	2

Die angestrebte Ausschöpfung wurde damit nicht ganz erreicht. Hauptgrund dafür waren 14 Zielhaushalte, die generell nicht bereit waren, an einem Interview teilzu-

nehmen. Wie bereits die Erfahrungen der laufenden Erhebung deutlich machen, haben Personen in der Programmgruppe eine engere Bindung an das Modellprojekt. Erwartungsgemäß war die Ausschöpfung bei den Zielpersonen der Programmgruppe daher mit 88,2% wesentlich höher als bei den Personen aus der Vergleichsgruppe mit 70,7%.

6.3 Die Stichprobe der Zusatzerhebung in Neuwied

Ebenso wie die Daten der laufenden Erhebung muss auch die Stichprobe der Zusatzerhebung auf eine Systematik in den Antwortausfällen überprüft werden. Neben der relevanten Größe einer Selbstselektion in die Programmgruppe hat für die Ergänzungserhebung zusätzlich die Frage nach der Vergleichbarkeit mit der laufenden Erhebung eine besondere Relevanz. Vor der inhaltlichen Auswertung der Daten müssen diese Selektionsprozesse untersucht werden, um im Querschnitt der einmaligen Zusatzerhebung beobachtete Unterschiede zwischen Programm- und Vergleichsgruppe auf das personengebundene Pflegebudget zurückführen zu können.

6.3.1 Struktur der Stichprobe im Vergleich zur Grundgesamtheit

In einem ersten Schritt wird die Teilnehmergruppe der Zusatzerhebung (S) anhand einiger Merkmale aus der Erstbefragung der laufenden Erhebung charakterisiert. Diese Charakterisierung auf der Basis relevanter Merkmale wird dann stufenweise drei Gruppen gegenübergestellt. Die erste Gegenüberstellung erfolgt zwischen der Teilnehmergruppe der Zusatzerhebung mit den zum Zeitpunkt der Erhebung aktiven Teilnehmern am Standort Neuwied (akN). Dieser Vergleich erlaubt die Feststellung einer eventuellen systematischen Selektion in die Teilnahme an der Ergänzungserhebung. Die zweite Gegenüberstellung erfolgt zwischen der aktiven Gruppe in Neuwied und der Gruppe aller im gesamten Projektverlauf registrierten Teilnehmer am Standort Neuwied (gesN). Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen deuten auf eine Veränderung der Teilnehmerstruktur, z.B. aufgrund von Panelmortalität, über die Laufzeit des Modellprojekts hin. Die letzte Gegenüberstellung betrachtet schließlich den Standort Neuwied (alle je gemeldeten Teilnehmer) im Vergleich zu allen relevanten²² Teilnehmern am Modellprojekt (M).

²² Es werden nur diejenigen Teilnehmer berücksichtigt, die auch in den Wirkungsanalysen verwendet wurden, d.h. Teilnehmer des Standorts München wurden hier ausgeschlossen.

Die Ergebnisse der Gegenüberstellungen sind in Tabelle 6-3 zusammengefasst. Es zeigt sich, dass die pflegebedürftigen Teilnehmer in Neuwied (gesN) im Vergleich zu allen Teilnehmern des Modellprojektes (M) einen signifikant größeren Anteil an Pflegegeldempfängern aufweisen. Dies ist zu erwarten, da der Zugang zum Modellprojekt in Neuwied keiner Beschränkung der Leistungsarten unterliegt. Der Anteil der Sachleistungsempfänger liegt in Neuwied bei nur 10%. Im Modellprojekt insgesamt macht dieser Anteil hingegen gut 35% aus.

Zusätzlich zeigen sich weitere signifikante Abweichungen zwischen den Neuwieder Pflegebedürftigen und der Grundgesamtheit aller Teilnehmer im Hinblick auf einige Haushaltscharakteristika. So leben nur etwa 40% der Neuwieder Teilnehmer allein, während dieser Anteil unter allen Teilnehmern 53% ausmacht. Die Haushaltsgröße der Neuwieder Pflegehaushalte ist zudem mit 1,9 um 0,2 Personen größer als im Durchschnitt aller teilnehmenden Pflegehaushalte. Diese signifikanten Abweichungen spiegeln vermutlich den ländlich geprägten Charakter des Standorts Neuwied wider. Andere Merkmale wie das Alter, der Anteil der weiblichen Teilnehmer sowie die Struktur der Teilnehmer nach Pflegestufe zeigen ähnliche, nicht signifikant unterschiedliche Ausprägungen zwischen den Teilnehmern in Neuwied und allen Teilnehmern des Modellprojekts. Die durchschnittliche Pflegebedürftigkeit der Teilnehmer am Standort Neuwied liegt hingegen über dem Durchschnitt im Modellprojekt, was bei Betrachtung des Pflegebedürftigkeitsindex deutlich wird. Im Vergleich zur Grundgesamtheit aller teilnehmenden Pflegebedürftigen handelt es sich bei den teilnehmenden Pflegebedürftigen in Neuwied somit mehrheitlich um ehemalige Pflegegeldbezieher, die eine etwas größere Hilfebedürftigkeit aufweisen und mit mehr Haushalts- bzw. Familienmitgliedern zusammen leben, die sie unterstützen können.

Die Struktur der teilnehmenden Pflegebedürftigen in Neuwied, die zum Zeitpunkt der Zusatzerhebung aktive Teilnehmer waren (akN), unterscheidet sich hingegen kaum von dieser Struktur. Mit anderen Worten, es findet sich für Neuwied kein Hinweis auf ein systematisches Panelsterben. Lediglich der Anteil der allein lebenden Pflegebedürftigen ist signifikant auf dem 10%-Niveau gegenüber allen Neuwieder Teilnehmern gesunken.

Die Befragten der Zusatzerhebung stellen eine Untergruppe der aktiven Teilnehmer in Neuwied dar (siehe zu den Ausfällen Abschnitt 6.2.4). Ein Vergleich beider Gruppen zeigt, dass sich die Befragten der Zusatzerhebung nur in wenigen Eigenschaften

signifikant von der Grundgesamtheit der aktiven Teilnehmer in Neuwied unterscheiden. So sind die in der Zusatzerhebung Befragten im Durchschnitt etwas jünger und leben statistisch gesehen in etwas größeren Haushalten. Trotz dieser marginalen Unterschiede bei Betrachtung einzelner Größen lässt sich insgesamt feststellen, dass sich die Teilnehmer der Zusatzerhebung nicht systematisch von der Grundgesamtheit am Standort Neuwied unterscheiden. Allerdings unterscheidet sich die Teilnehmergruppe am Standort Neuwied von der Gesamtheit der Teilnehmer am Modellprojekt hinsichtlich des sehr viel größeren Anteils von Pflegegeldempfängern. Die Wirkungsanalysen auf Basis der Zusatzerhebung spiegeln somit vor allem die Effekte des Pflegebudgets für ehemalige Pflegegeldempfänger wider. Dies ist bei der Interpretation der Ergebnisse auf Basis der Zusatzerhebung zu berücksichtigen.

Tabelle 6-3: Durchschnittliche Basismerkmale aus der laufenden Erhebung für die Stichprobe der Zusatzerhebung (S), die zum Zeitpunkt der Zusatzerhebung aktiven Teilnehmer des Modellprojekts (akN), die Teilnehmer in Neuwied und im Modellprojekt (M) insgesamt

	S	akN	gesN	M
Ø Alter	72,5	74,7	75,4	74,95
Anteil Frauen	63,4%	62,4%	64,9%	68,6%
Anteil Pflegestufe 1	51,2%	48,0%	50,0%	55,2%
Anteil Pflegestufe 2	37,8%	40,8%	38,8%	33,3%
Anteil Pflegestufe 3 und Härtefall	11,0%	11,2%	11,2%	11,5%
Ø Pflegebedürftigkeitsindex	71,8	70,9	71,0	66,0
Anteil „wohnt alleine“	32,9%	35,2%	39,2%	53,3%
Ø Zahl der Personen im Haushalt	2,1	2,0	1,9	1,7
Anteil kinderlos	18,3%	18,4%	19,9%	24,2%
Anteil „ein Kind“	13,4%	14,4%	14,6%	24,0%
Anteil „zwei oder mehr Kinder“	68,3%	67,2%	65,5%	51,8%
Anteil Sachleistungsbezug	10,8%	10,1%	10,3%	35,5%
Anteil Pflegegeldbezug	68,7%	67,6%	69,6%	27,5%
Anteil Kombinationsleistung	14,5%	14,4%	13,7%	16,4%
Anteil Neuansprüche, Krankenhausentlassung etc.	6,0%	7,9%	6,4 %	20,7%
Anzahl der Beobachtungen*	82	125	171	510

Anm.: Unterschied zur nächst rechten Spalte signifikant auf 5%-Niveau (**fett**) bzw. 10%-Niveau (*kursiv*). *Abweichung in der Zahl der Beobachtungen zwischen laufender Erhebung und Zusatzerhebung aufgrund vorgezogener Meldung, aber zum Zeitpunkt der Zusatzerhebung noch nicht erfolgter Interviews im Rahmen der laufenden Erhebung.

6.3.2 Vergleichbarkeit von Programm- und Vergleichsgruppe in der Zusatzerhebung

Die zentrale Annahme der Identifikation kausaler Effekte einer Intervention ist die korrekte Approximation der nicht beobachtbaren, kontrafaktischen Situation bei hypothetischer Nichtteilnahme. Das soziale Experiment erlaubt diese Approximation über die Ergebnisse der Vergleichsgruppe, da die Zufallsauswahl sicherstellt, dass Programm- und Vergleichsgruppe in den relevanten Merkmalen vor Beginn des Modellprojekts identisch sind (vgl. Abschnitt 3.1). Inwieweit die Zufallsauswahl auch bei der Stichprobe der Zusatzerhebung als gewährleistet angesehen werden kann, wird in diesem Abschnitt überprüft. Zunächst werden verschiedene Merkmalsausprägungen der Programm- und Vergleichsgruppe gegenübergestellt und auf Unterschiede getestet. In einem weiteren Schritt wird ein Selektionsmodell für die Zuordnung in die Programmgruppe geschätzt, um zu überprüfen, ob eine systematische Selektion in die Programmgruppe vorliegt. Würde eine mögliche systematische Selektion nicht berücksichtigt, wären die Wirkungsanalysen verzerrt.

Tabelle 6-4: Merkmale der an der Zusatzerhebung teilnehmenden Programm- und Vergleichsgruppe auf Basis der Erstbefragung der Panelerhebung

	PG	VG	Test	P-Wert
Ø Alter	71,3	75	t-Test	0,152
Anteil Frauen	62,5%	65,4%	t-Test	0,402
Anteil Pflegestufe 1	48,2%	57,7%		
Anteil Pflegestufe 2	41,1%	30,8%	χ^2	0,663
Anteil Pflegestufe 3 und Härtefall	10,7%	11,5%		
Ø Pflegebedürftigkeitsindex	73,4	68,3	t-Test	0,153
Anteil „wohnt alleine“	33,9%	30,8%	χ^2	0,777
Ø Zahl der Personen im Haushalt	2,1	2,1	t-Test	0,915
Anteil kinderlos	21,4%	11,5%		
Anteil „ein Kind“	16,1%	7,7%	χ^2	0,253
Anteil „zwei oder mehr Kinder“	62,5%	80,8%		
Anteil Sachleistungsbezug	14,0%	3,9%		
Anteil Pflegegeldbezug	64,9%	76,9%		
Anteil Kombinationsleistung	14,0%	15,3%	χ^2	0,493
Anteil Neuanträge, Krankenhausentlassung etc.	7,0%	3,9%		
Wöchentliche Unterstützung in h	70,3	75,9	t-Test	0,286
Zahl der Beobachtungen	57	26		

Anm.: PG=Programmgruppe, VG=Vergleichsgruppe; Anzahl der Beobachtungen kann nur die Fälle berücksichtigen, für die auch Informationen aus der laufenden Erhebung verfügbar sind.

Tabelle 6-4 stellt verschiedene Merkmale der Pflegebedürftigen der Programm- und Vergleichsgruppe gegenüber. Insgesamt kann für keines der Merkmale die Gleichheit der beiden Gruppen zu Beginn der Teilnahme am Modellprojekt verworfen werden.²³ Auch die Ergebnisse des multivariaten Selektionsmodells in Tabelle 6-5 zeigen keine Hinweise auf Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Die Schätzung der Determinanten der Gruppenzugehörigkeit in der Stichprobe der Zusatzerhebung ergibt für zwei verschiedene Schätzspezifikationen keine signifikanten Einflüsse. Die getestete Hypothese, dass beide Gruppen vergleichbar sind, kann somit nicht verworfen werden. Obwohl dies nicht gleichbedeutend mit einer Vergleichbarkeit von Programm- und Vergleichsgruppe ist, kann es als starkes Indiz für die erfolgreiche Zufallsauswahl interpretiert werden. Die Analysen unterstützen daher die identifizierende Annahme, dass in der Zusatzerhebung beobachtete Unterschiede der Pflege- und Lebenssituation zwischen der Programm- und Vergleichsgruppe kausal auf das personengebundene Pflegebudget zurückgeführt werden können. Im Folgenden sollen hierzu die Ergebnisse zu den erweiterten ökonomischen Aspekten entsprechend den sieben Themenkomplexen vorgestellt werden.

Tabelle 6-5: Zwei Schätzspezifikationen der Determinanten der Gruppenzugehörigkeit (abhängige Variable: Zugehörigkeit zur Programmgruppe), auf der Basis der Erstbefragung der Panelerhebung

	Modell 1		Modell2	
	Koeffizient	t-Wert	Koeffizient	t-Wert
Alter	-0,099	-1,15	-0,120	-1,15
Alter²	0,001	1,06	0,001	1,10
Geschlecht	-0,104	-0,32	-1,044	-0,13
Pflegebedürftigkeitsindex	0,009	1,01	0,009	-0,80
Zahl der Personen im Haushalt	-0,187	-1,18	-0,147	0,78
Vorher Sachleistung			0,252	0,26
Vorher Pflegegeld			-0,476	-0,61
Vorher Kombinationsleistung			-0,390	-0,47
Wöchentliche Unterstützung in h			-0,003	-0,47
Konstante	3,893	1,27	4,967	1,26

²³ Zu bemerken ist jedoch, dass sich nennenswerte, aber statistisch nicht eindeutige Unterschiede in den Mittelwerten für Alter und Pflegebedürftigkeit zeigen. So ist die Programmgruppe im Durchschnitt fast vier Jahre älter als die Vergleichsgruppe und hat zudem einen höheren Pflegebedürftigkeitsindex, der sich auch in einer im Durchschnitt höheren Pflegestufe widerspiegelt. Die höhere Hilfebedürftigkeit unter den Pflegebedürftigen der Programmgruppe äußert sich jedoch nicht in einer umfangreicheren Betreuung zu Beginn des Modellprojektes.

Log-likelihood	-47,14	-43.06
Zahl der Beobachtungen	80	76
P-Wert des LR χ^2-Tests	0,404	0,631

Anm.: Ergebnisse einer Probit-Schätzung; Koeffizienten können nicht als marginale Effekte interpretiert werden, ein Wert von -0,099 für Alter bedeutet also nicht, dass sich die Wahrscheinlichkeit zur Vergleichsgruppe zu gehören mit jedem Lebensjahr um 0,099 erhöht.

6.4 Wirkungen des personengebundenen Pflegebudgets

In einem ersten Schritt werden Pflegearrangements von Programm- und Vergleichsgruppe hinsichtlich der Zahl und Art der Helfer, der Struktur der Hilfen, dem Zeitumfang der Unterstützung, der Vergütung und der vertraglichen Ausgestaltung der Leistungserbringung untersucht. Anschließend werden die Rahmenbedingungen des Pflegebudgets analysiert, d.h. die Belastung bzw. Entlastung von Angehörigen, der Aufwand der Pflegeorganisation und die Bedeutung des Case Managements.

6.4.1 Die Struktur der Pflege – wer leistet Hilfe?

Insgesamt werden die 89 Pflegebedürftigen in der Stichprobe von 208 Helfern unterstützt, die ein breites Spektrum von Helfertypen abdecken. In Tabelle 6-6 wird die Bedeutung der verschiedenen Helfertypen in der Programm- und Vergleichsgruppe dargestellt. Die Zuordnung zu den genannten Helferkategorien wurde von der befragten Person auf der Basis einer vorgegebenen Liste (Vorlage eines Listenheftes) selber vorgenommen. Die Verwendung eines detaillierten Listenheftes erlaubt gegenüber der Panelerhebung eine bessere Zuordnung der Helfertypen. Innerhalb der bereits zuvor verwendeten vier Sektoren kann daher nun eine weitere Aufschlüsselung der verschiedenen Helfertypen vorgenommen werden. So umfasst Sektor I informelle Helfer aus dem Kreis der Angehörigen, in Sektor II wird der informelle Bereich der Unterstützung durch Freunde und Ehrenamtliche zusammengefasst. Der Bereich der formellen Pflege unterteilt sich in den Sektor III, der neben der Hilfe durch Pflegedienste auch die Unterstützung durch medizinisch-therapeutische Leistungserbringer vorsieht. Die übrigen gewerblich-orientierten Helfer, die nicht dem klassischen Dienstleistungsangebot der Pflegedienste entsprechen und deren Einbindung in das Pflegearrangement somit ein höheres Maß an Organisation voraussetzt, werden als vierter Sektor definiert. Dieser umfasst sowohl Pflegekräfte und Pflegefachkräfte, die unabhängig von einem Pflegedienst tätig sind, als auch andere beruflich-gewerbliche Helfer.

Die in den Analysen auf Basis der Panelerhebung beobachtete Ausdehnung des Sektors IV in der Gruppe der Budgetbezieher erscheint hier nun vor allem aus dem verstärkten Einsatz freiberuflicher Pflegekräfte zu resultieren. So ist der Anteil der Helfer, die als freiberufliche (examinierte) Pflegekraft für den Pflegebedürftigen tätig sind, in der Programmgruppe mit 12,1% deutlich höher als in der Vergleichsgruppe (1,5%), während andere beruflich-gewerbliche Helfer in der Programm- und Vergleichsgruppe einen ähnlichen Anteil ausmachen. Gleichzeitig fällt der Anteil der pflegenden Ehe-/Lebenspartner in der Programmgruppe etwas niedriger aus als in der Vergleichsgruppe, wohingegen ein größerer Anteil der Helfer in der Programmgruppe andere Angehörige sind. Diese deskriptiven Unterschiede sind jedoch statistisch nicht eindeutig. Fasst man die Zuordnung der Helfer in die vier genannten Sektoren zusammen, zeigt ein χ^2 -Test ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen Programm- und Vergleichsgruppe. Der Vergleich der Zusammensetzung der Helfer des Sektors IV in beiden Gruppen macht hingegen deutlich, dass der Anteil der freiberuflichen Pflegekräfte in der Programmgruppe einen – auch statistisch gesehen – größeren Anteil am Pflegearrangement hat als in der Vergleichsgruppe.

Tabelle 6-6: Helfertypen in der Programm- und Vergleichsgruppe und die Zuordnung in vier Helferkategorien

Helfertypen	PG	VG	Gesamt	Typ
Ehe-/Lebenspartner	12,1 %	19,4 %	14,4 %	
(Schwieger-) Kinder	24,8 %	26,9 %	25,5 %	I
Andere Angehörige	17,0 %	10,5 %	14,9 %	
Bekannte, Nachbarn, Freunde	9,2 %	14,9 %	11,0 %	II
Ehrenamtliche, freiwillige Helfer	2,8 %	3,0 %	2,9 %	
Mitarbeiter von Pflegedienste	11,4 %	14,9 %	12,5 %	III
Weitere medizinisch-therapeutische Helfer	2,1 %	1,5 %	1,9 %	
Krankenschwester / Pflegekraft, die unabhängig von einem Pflegedienst tätig ist	12,1 %	1,5 %	8,7 %	IV
Andere beruflich-gewerbliche Helfer	8,5 %	7,5 %	8,2 %	
Zahl der Helfer	141	67	208	
Pearson $\chi^2(8) = 10,91 \rightarrow$ P-Wert = 0,207				

Anm.: PG=Programmgruppe, VG=Vergleichsgruppe; Abweichungen der Spaltensummen von 100.0% ergeben sich durch Rundung der einzelnen Zellen.

Ein mit den Auswertungen der Panelerhebung kompatibler Bedeutungsgewinn formeller Pflege durch das personengebundene Pflegebudget, insbesondere im Bereich der gewerblichen Helfer, die nicht zu den Pflegediensten gehören, zeigt sich zudem nicht nur in einem Anstieg der Zahl der Helfer. Um die Bedeutung der einzelnen Helfer im und für das Pflegearrangement festzustellen, wurden die Pflegebedürftigen gefragt, welche Helfer sich überwiegend um sie kümmern, wobei Mehrfachantworten zulässig waren. 85 der 89 Pflegebedürftigen geben dabei an, nur ein Helfer kümmere sich überwiegend um sie; bei den übrigen vier Pflegebedürftigen teilen sich zwei Helfer die überwiegende Betreuung. Die Betrachtung, ob die Hauptpflegepersonen zum informellen (I und II) oder formellen Sektor (III und IV) gehören (siehe Tabelle 6-7), zeigt, dass unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit die Hauptpflegepersonen überwiegend nicht-gewerbliche Helfer sind. In der Programmgruppe gehören aber immerhin 17% der Hauptpflegepersonen dem formellen Sektor an, während der entsprechende Anteil mit 7% in der Vergleichsgruppe niedriger ausfällt. Der P-Wert des statistischen Tests erreicht jedoch nur das 20%-Niveau.

Tabelle 6-7: Zuordnung der Helfer, die sich überwiegend kümmern, zum formellen bzw. informellen Sektor

	PG	VG	Gesamt
Informell (Sektor I/II)	82,8 %	93,1 %	86,0 %
Formell (Sektor III/IV)	17,2 %	6,9 %	14,0 %
Zahl der Hauptpflegepersonen	64	29	93

Pearson $\chi^2(1) = 1,76 \rightarrow$ P-Wert = 0,185

6.4.2 Wer leistet welche Hilfe?

Möglicherweise erfolgen strukturelle Veränderungen des Pflegearrangements durch das personengebundene Pflegebudget jedoch nicht (nur) über die Anzahl der beteiligten Personen, sondern durch Verschiebungen und Veränderungen in den Tätigkeitsprofilen der einzelnen Helfer. Auf Basis der laufenden Erhebung konnte bislang kein Indiz dafür gefunden werden, dass sich die eingekauften Leistungen der Budgetbezieher vom Leistungsprofil der Bezieher von Regelleistungen unterscheiden. Die Datengrundlage für diese Auswertung ist jedoch dadurch beschränkt, dass den einzelnen Tätigkeiten kein Gewicht zugeordnet werden kann, verschiedene Tätigkeiten somit in keine Rangfolge gebracht werden können. Zudem wurden in der Hilfe-Helfer-Matrix der laufenden Erhebung Tätigkeitsbereiche orientiert an den ADL nach

Barthel abgefragt und darüber hinaus weitere offene Nennungen zugelassen. Dieses nicht-helferbezogene Vorgehen birgt jedoch die Gefahr, dass der Befragte Tätigkeiten vergisst zu erwähnen. Zudem ist zu vermuten, dass die als Interviewer fungierenden Case Manager in der Programmgruppe aufgrund ihres Wissens über das Pflegearrangement entsprechende Lücken kompensieren und explizit danach fragen. In der Vergleichsgruppe fehlt hingegen dieses Wissen über das Pflegearrangement des Pflegehaushalts. Durch die Verwendung derselben Interviewer für beide Gruppen können mögliche Verzerrungen aufgrund des Interviewerverhaltens weitgehend ausgeschlossen werden. Um differenziertere Aussagen bezüglich der Tätigkeitsbereiche der Helfer machen zu können, wählt die Zusatzbefragung zudem einen anderen Ansatz als in der laufenden Erhebung.

Tabelle 6-8: Kategorisierung der Pflegeleistungen

Pflegeleistungen im engeren Sinne:	
1 Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	(z.B. Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Waschen der Wäsche und Kleidung, Beheizen, Haus- und Gartenpflege)
2 Körperpflege	(z.B. Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung)
3 Ernährung	(z.B. Zerkleinern der Nahrungsmittel, das Eingießen von Getränken, das Bereitstellen behindertengerechten Geschirrs oder Essbestecke, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme oder der Sondenernährung)
4 Mobilität	(z.B. Hilfe beim selbstständigen Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder dem Verlassen und Wieder-aufsuchen der Wohnung)
5 Medizinische und therapeutische Maßnahmen	(z.B. Krankengymnastik, Massagen, Logopädie, Fußpflege oder Behandlungspflege wie Spritzen verabreichen oder Verbände anlegen)
Pflegeleistungen im erweiterten Sinne:	
6 Weitere Betreuung	(z.B. finanzielle Angelegenheiten, Amtsgänge, Terminabsprachen mit Ärzten etc., Begleitung bei Arztbesuchen, Telefonate, Post, Korrespondenz, Botengänge, Spaziergänge)
7 Sonstiges	(offene Nennung)

In einem ersten Schritt wird zunächst die Haupttätigkeit jedes einzelnen Helfers erfragt. Anschließend wurde so lange nach der nächst wichtigen Tätigkeit des einzelnen Helfers gefragt, bis der Pflegebedürftige keine weitere Unterstützung durch den Helfer angab. Auf diese Weise ist es möglich, detaillierte Tätigkeitsprofile der Helfer zu erstellen, die zudem die subjektiv empfundene Wichtigkeit der Tätigkeiten widerspiegeln. Um die Auswertbarkeit der Tätigkeiten zu erleichtern, wurde den Pflegebe-

dürftigen jeweils eine Liste mit sechs vorgegebenen Hilfekategorien vorgelegt, aus denen sie auswählen konnten.²⁴ Hierbei werden Pflegeleistungen im engeren und Pflegeleistungen im weiteren Sinne unterschieden (siehe Tabelle 6-8). Ergänzt werden die Kategorien der erweiterten Pflegeleistungen um eine zusätzliche Option der Angabe „Sonstiges“. Wenn das Pflegebudget zu einem Anstieg vor allem der weiteren Betreuungsleistungen führt, sollte diese anhand der gewählten Kategorisierung abgebildet werden können. Die Kategorie „Sonstiges“ wurde insgesamt nur in neun Fällen genannt. Die offenen Nennungen²⁵ ließen sich jedoch den bestehenden Kategorien zuordnen, so dass im Folgenden nur sechs Tätigkeitsbereiche unterschieden werden.

Bevor die Tätigkeitsprofile der Helfer näher untersucht werden, wird in einem ersten Schritt überprüft, ob das personengebundene Pflegebudget möglicherweise zu einer Ausdehnung des Tätigkeitsspektrums der einzelnen Helfer führt. Wenn das Pflegebudget dazu genutzt wird, ein flexibleres Pflegearrangement umzusetzen, könnte sich dies unter anderem darin äußern, dass einzelne Helfer nun eine größere Anzahl verschiedener Tätigkeiten übernehmen. Tabelle 6-9 stellt die Zahl der Tätigkeitsbereiche in der Programm- und Vergleichsgruppe für verschiedene Tätigkeitsbereiche gegenüber. Sowohl für Pflegebedürftige in der Programm- als auch in der Vergleichsgruppe decken Angehörige (Sektor I) im Schnitt deutlich mehr Tätigkeitsbereiche ab als andere Helfer (Sektor II-IV). So ist der Anteil der Angehörigen, die mehr als drei Tätigkeitsbereiche abdecken, mit ca. 30% deutlich und signifikant höher als für andere Helfergruppen mit etwa 6%. Diese Unterschiede zwischen Angehörigen und Nicht-Angehörigen sind zudem hochsignifikant (P-Wert von 0,000). Unterschiede zwischen Programm- und Vergleichsgruppe im Hinblick auf die Anzahl der abgedeckten Tätigkeiten pro Helfer lassen sich jedoch weder für Angehörige noch für Nicht-Angehörige feststellen. Dennoch können sich die Tätigkeitsprofile der Helfer unterscheiden. Dies wird in Tabelle 6-10 anhand Haupttätigkeitsgebiete der 208 Helfer für die Programm- und Vergleichsgruppe näher untersucht.

²⁴ Die verwendeten Hilfekategorien erlauben die Vergleichbarkeit mit den Analysen der laufenden Erhebung.

²⁵ Hierbei handelt es sich um „Tätigkeiten ums Haus, Rasenmähen, Pflanzkübel sauber halten usw.“, „Erzählen, Blutdruckmessen, Spiele spielen usw.“, „Gartenarbeit“, „Freizeitbetreuung“, „Freizeitbetreuung“, „Aufpassen, wenn die Hauptpflegeperson fort will“, „Freizeitbeschäftigung“, „Arbeiten im Garten“, „Spaziergänge, Gespräche“. Diese Nennungen wurde alle der Kategorie „weitere Betreuung“ zugeordnet.

Tabelle 6-9: Zahl der durch die Helfer abgedeckten Hilfebereiche in der Programmgruppe (PG) und Vergleichsgruppe (VG)

	Angehörige		Nicht-Angehörige	
	PG	VG	PG	VG
Ein Tätigkeitsbereich	30,3 %	29,0 %	53,9 %	48,3 %
Zwei Tätigkeitsbereiche	27,6 %	21,1 %	26,2 %	34,5 %
Drei Tätigkeitsbereiche	11,8 %	18,4 %	12,3 %	13,8 %
≥ vier Tätigkeitsbereiche	30,3 %	31,6 %	7,7 %	3,5 %
Zahl der Helfer	76	38	65	29
P-Wert des Pearson $\chi^2(3)$	0,743		0,752	

Anm.: Abweichungen der Spaltensummen von 100.0% ergeben sich durch Rundung der einzelnen Zellen.

Die Ergebnisse machen deutlich, dass die Haupttätigkeiten der Helfer nicht von der Gruppenzugehörigkeit beeinflusst werden. Für beide Gruppen sind hauswirtschaftliche Hilfen neben der Unterstützung bei der Körperpflege die am häufigsten genannten Kerntätigkeiten der Helfer. Die weitere Betreuung, d.h. unter anderem Hilfen bei finanziellen Angelegenheiten, Amtsgängen, Terminabsprachen, Korrespondenz, Botengängen, aber auch die Begleitung bei Spaziergängen o. ä., stellt die Haupttätigkeit von jedem 6. bis 7. Helfer dar. Die Unterstützung im Bereich der Mobilität, der Ernährung und der medizinisch-therapeutischen Betreuung ist dagegen seltener die Haupttätigkeit.

Tabelle 6-10: Haupttätigkeiten der Helfer in der Programm- und Vergleichsgruppe

	PG	VG	Gesamt
Hauswirtschaft	41,8 %	38,8 %	40,9 %
Körperpflege	22,7 %	28,4 %	24,5 %
Ernährung	7,8 %	6,0 %	7,2 %
Mobilität	3,6 %	4,5 %	3,9 %
Medizinisch-therapeutische Betreuung	7,1 %	9,0 %	8,0 %
Weitere Betreuung	17,0 %	13,4 %	15,9 %
Zahl der Helfer	141	67	208
Pearson $\chi^2(5) = 1,58 \rightarrow$ P-Wert = 0,903			

Anm.: PG=Programmgruppe, VG=Vergleichsgruppe; Abweichungen der Spaltensummen von 100.0% ergeben sich durch Rundung der einzelnen Zellen.

Möglicherweise werden Veränderungen des Tätigkeitsprofils aber erst dann sichtbar, wenn das gesamte Tätigkeitsspektrum der Helfer berücksichtigt wird. Zu diesem Zweck werden alle genannten Tätigkeitsbereiche der Helfer ausgewertet und in einer Hilfe-Helfer-Matrix festgehalten (siehe Tabelle 6-11). Dabei werden die sechs Tätigkeitsbereiche mit den vier Helfergruppen nach Sektoren gekreuzt. Wie Tabelle 6-11 zeigt, unterstützen die 141 Helfer in der Programmgruppe die Pflegebedürftigen in 311 Tätigkeitsbereichen, die sich auf die Hilfe-Helfer-Zellen verteilen. Für die Vergleichsgruppe mit ihren 67 Helfern und 150 Hilfen sind die Zellen jedoch teilweise schwach besetzt, insbesondere im Bereich des formellen Sektors III und IV.

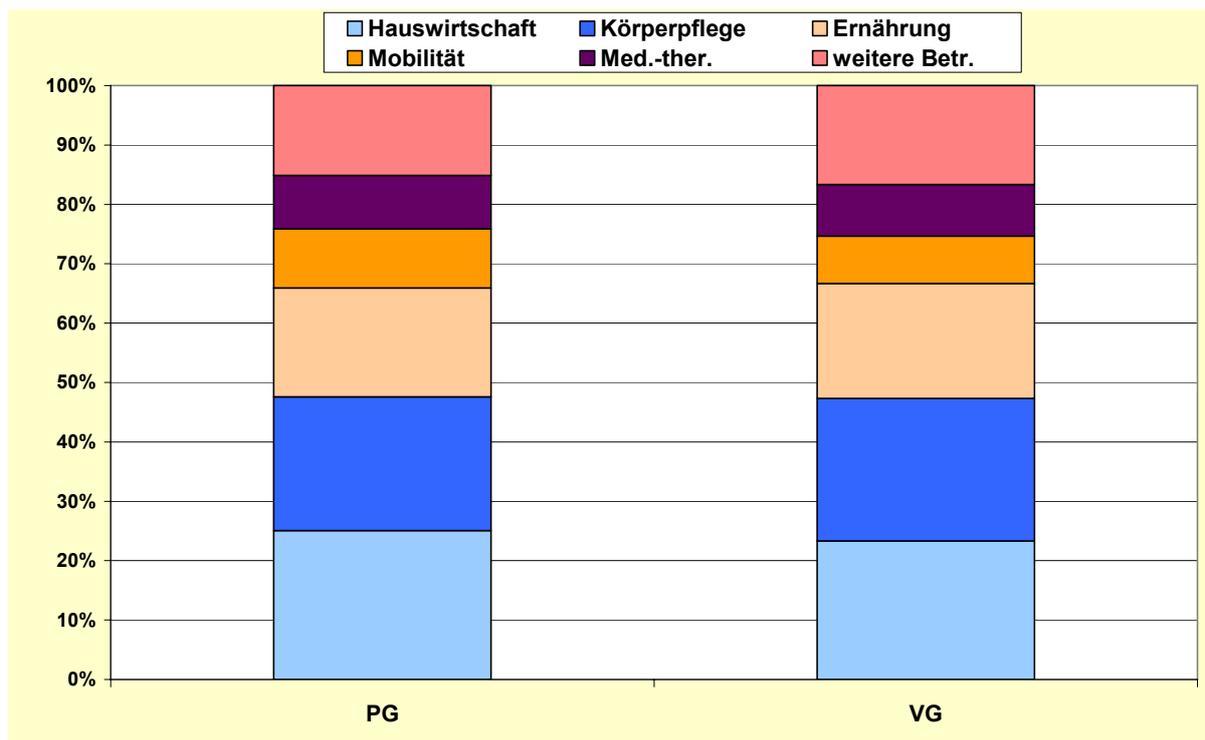
Tabelle 6-11: Hilfe-Helfer-Matrix für die Programm- und Vergleichsgruppe

Sektor	I	II	III	IV	Gesamt
<i>Programmgruppe</i>					
Hauswirtschaft	49	7	3	19	78
Körperpflege	33	7	13	17	70
Ernährung	41	3	4	9	57
Mobilität	24	3	0	4	31
Medizinisches	11	1	12	4	28
weitere Betreuung	36	7	0	4	47
Zahl der genannten Hilfen	194	28	32	57	311
Zahl der genannten Helfer	76	17	19	29	141
<i>Vergleichsgruppe</i>					
Hauswirtschaft	25	3	2	5	35
Körperpflege	22	5	7	2	36
Ernährung	21	4	2	2	29
Mobilität	10	1	1	0	12
Med.-ther.	3	2	7	1	13
weitere Betr.	19	5	0	1	25
Zahl der genannten Hilfen	100	20	19	11	150
Zahl der genannten Helfer	38	12	11	6	67

In einem ersten Schritt bietet es sich daher an, zunächst die Struktur der Tätigkeitsprofile unabhängig vom Leistungserbringer für die beiden Gruppen zu vergleichen. Abbildung 6-1 zeigt das gesamte Tätigkeitsprofil aller Helfer, wobei zunächst keine Gewichtung für die Reihenfolge der Nennung der Hilfen vorgenommen wurde. Es wird deutlich, dass nicht nur die Kerntätigkeiten der Helfer, sondern auch das voll-

ständige Unterstützungsprofil für die beiden Gruppen sehr ähnlich sind. Dies bestätigt auch ein entsprechender χ^2 -Test. Aus dieser ungewichteten Betrachtung könnte man schließen, dass sich die Art der eingekauften Hilfen infolge des Bezugs des personengebundenen Pflegebudgets nicht signifikant verändert. Bisher war jedoch die Reihenfolge der genannten Tätigkeiten unberücksichtigt, d.h. die genannten Tätigkeiten wurden bislang gleich gewichtet.

Abbildung 6-1: Tätigkeiten der Helfer in der Programm- und Vergleichsgruppe



Im Folgenden sollen die Tätigkeiten anhand der Reihenfolge der Nennungen gewichtet werden. Zu diesem Zweck wird zuerst ein Index gebildet, der die durchschnittliche Bedeutung einer Tätigkeit wiedergibt. Problematisch bei der Berechnung eines solchen Indexes ist, dass Personen nicht alle sechs Tätigkeiten für jeden Helfer in eine Reihenfolge bringen, sondern nur die von dem Helfer ausgeführten Tätigkeiten. Aus diesem Grund werden zwei alternative Gewichtungsverfahren angewendet.

1. Die erste Variante vergibt linear Punkte in umgekehrter Rangreihenfolge, d.h. die erstgenannte Tätigkeit erhält immer sechs Punkte, die zweitgenannte fünf usw. Dabei spielt bei der Vergabe der Punkte keine Rolle, wie viele Tätigkeiten insgesamt für einen Helfer genannt werden, d.h. die erstgenannte Tätigkeit erhält stets sechs Punkte. Nicht genannte Tätigkeiten gehen mit Null Punkten in die Gewichtung ein. Für jede Tätigkeit lässt sich nun eine Gesamt-

summe berechnen. Der Anteil dieser Rangsumme an der Gesamtsumme aus den Rangsummen der Einzeltätigkeiten spiegelt dann die Bedeutung dieser Tätigkeit wider.

2. In einer zweiten Gewichtungsvariante wird eine reziproke Ranggewichtung vorgenommen, d.h. das Gewicht entspricht dem Kehrwert des Rangs. Die erstgenannte Tätigkeit erhält somit ein Gewicht von eins, die zweite ein Gewicht von 1/2, die dritte ein Gewicht von 1/3 usw. Nicht genannte Tätigkeiten gehen hier ebenfalls mit einem Gewicht von Null ein. Auch für die zweite Variante wird der Anteil der Rangsumme einer Tätigkeit an der Gesamtsumme aller Rangsummen berechnet.

Das Ergebnis dieser Ranggewichtung sind in Tabelle 6-12 den ungewichteten Anteilen der genannten Tätigkeiten aus Abbildung 6-1 gegenübergestellt. Auch bei Berücksichtigung der Ranggewichtung der Tätigkeiten fallen die Tätigkeitsprofile in der Programm- und Vergleichsgruppe jedoch sehr ähnlich aus.

Tabelle 6-12: Ungewichtete und ranggewichtete Anteile der Tätigkeiten der Helfer

	Ungewichtet		Ranggewichtung 1		Ranggewichtung 2	
	PG	VG	PG	VG	PG	VG
Hauswirtschaft	0,251	0,233	0,286	0,258	0,327	0,295
Körperpflege	0,225	0,240	0,244	0,261	0,244	0,272
Ernährung	0,183	0,193	0,172	0,184	0,140	0,148
Mobilität	0,100	0,080	0,077	0,064	0,063	0,056
Med.-ther.	0,090	0,087	0,077	0,083	0,075	0,085
weitere Betr.	0,151	0,167	0,143	0,150	0,151	0,144

Anm.: PG=Programmgruppe, VG=Vergleichsgruppe

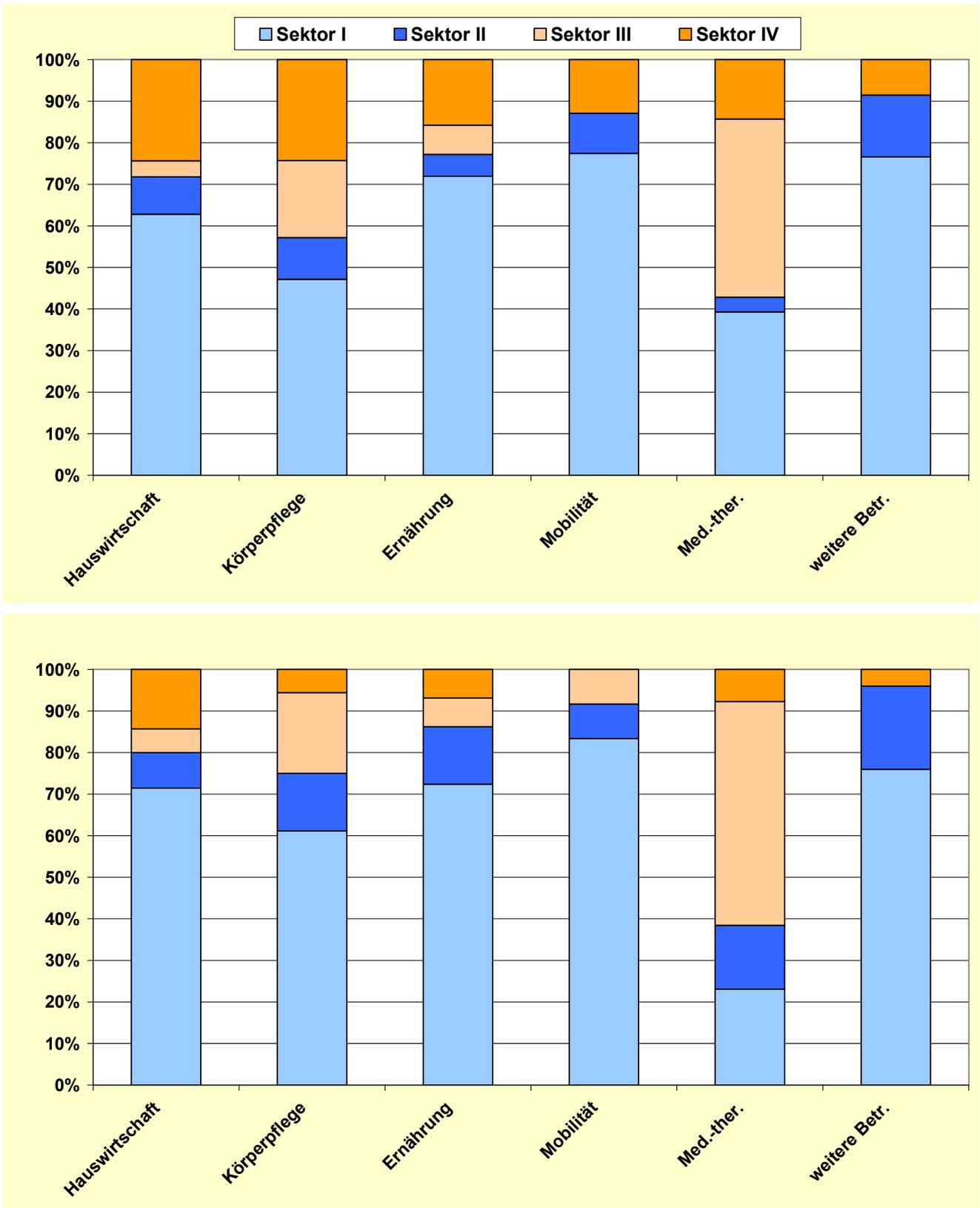
Die bisherigen Auswertungen deuten somit darauf hin, dass die von den Helfern durchgeführten Tätigkeiten zwischen beiden Gruppen vergleichbar sind. Möglicherweise werden diese Tätigkeiten jedoch von unterschiedlichen Helfertypen wahrgenommen. Um diese Frage zu beantworten, werden in Abbildung 6-2 aufbauend auf den Daten aus Tabelle 6-11 die beteiligten Helfergruppen für jeden Tätigkeitsbereich dargestellt. Zunächst lässt sich anhand dieser Abbildung feststellen, dass der Formalisierungsgrad einzelner Tätigkeitsbereiche, d.h. die Bedeutung der formellen Sektoren III und IV, für beide Teilnehmergruppen deutlich voneinander abweicht. Der höchste Formalisierungsgrad findet sich im Bereich der medizinisch-therapeutischen

Betreuung. In einigem Abstand folgt der Bereich der Körperpflege. Demgegenüber wird der Bereich Mobilität und die weitere Betreuung fast ausschließlich durch informelle Helfer abgedeckt.

Beim Vergleich der beiden Teilnehmergruppen fällt unmittelbar der größere Anteil des formellen Sektors IV in der Programm- im Vergleich zur Vergleichsgruppe auf. Während beruflich-gewerbliche Helfer außerhalb der Pflegedienste in der Vergleichsgruppe nur im Bereich der Hauswirtschaft die 10% Marke überschreiten, scheint sich dieser Sektor in der Programmgruppe stärker auch in anderen Tätigkeitsbereichen (z.B. Körperpflege, Ernährung) etabliert zu haben. Die Ausdehnung des Sektors IV scheint jedoch nur teilweise zu Lasten des Sektors III zu gehen. Stattdessen steigt in allen Tätigkeitsbereichen außer der medizinisch-therapeutischen Betreuung der Formalisierungsgrad der Unterstützung, d.h. die informellen Helfer (blaue Bereiche) haben in der Programmgruppe mit im Durchschnitt 70,6% zwar einen bedeutenden, aber geringeren Anteil als in der Vergleichsgruppe mit durchschnittlich 78%. Die beobachteten Unterschiede zwischen den beiden Teilnehmergruppen sind jedoch zumeist statistisch nicht eindeutig. Nur im Bereich der Körperpflege ist der höhere Formalisierungsgrad in der Programmgruppe gegenüber der Vergleichsgruppe statistisch verschieden (P-Wert: 0,071).

Die in diesem Unterabschnitt dargestellten Analysen auf Basis der nach ihrer Bedeutung gewichteten Tätigkeitsbereiche beziehen sich hauptsächlich auf ehemalige Pflegegeldbezieher und sagen somit wenig über die Effekte für ehemalige Sachleistungsempfänger aus. Es zeigt sich aber, dass die hier gezeigten Resultate die Ergebnisse der Wirkungsanalysen auf Basis der laufenden Erhebung bestätigen: die im Pflegearrangement abgedeckten Tätigkeiten der Helfer sind weitgehend unabhängig von der bezogenen Leistungsart. Dies spricht dafür, dass ein gegebener Hilfebedarf unabhängig von der gewählten Leistung umgesetzt wird, so dass sich das Spektrum der eingekauften Leistungen nicht verändert. Demgegenüber nimmt der Formalisierungsgrad der einzelnen Hilfebereiche jedoch zu, ein Ergebnis das ebenfalls mit den Wirkungsanalysen der laufenden Erhebung im Einklang steht.

Abbildung 6-2: Zusammensetzung der Helfer nach Tätigkeitsbereichen in der Programmgruppe (oben) und der Vergleichsgruppe (unten)



Die Wirkungsanalysen der laufenden Erhebung weisen darauf hin, dass der steigende Formalisierungsgrad im Pflegearrangement der Budgetbezieher für ehemalige Pflegegeldbezieher mit einer Umschichtung der Tätigkeiten vom informellen zum formellen Sektor einhergeht, die sich auch im zeitlichen Hilfeinsatz der Helfer niederschlägt. Ungeklärt ist jedoch die Frage, in welchen Tätigkeitsbereichen eine solche Umschichtung erfolgt. Die detaillierte Erhebung des Zeitumfangs für bestimmte Tätigkeiten im Rahmen der Zusatzerhebung erlaubt hier zusätzliche Analysen im nächsten Abschnitt.

6.4.3 Der Zeitumfang der Unterstützung durch verschiedene Helfergruppen

Die Erfassung des Zeitumfangs der Hilfen hat sich in der laufenden Erhebung als nicht unproblematisch herausgestellt (siehe Abschnitt 4). Insbesondere zeigen die Daten, dass die Anwesenheit des Helfers häufig mit Unterstützung gleichgesetzt wurde. Um diese für die ökonomische Bewertung der Wirkungen wichtige Unterscheidung zu erfassen, wurden Betreuung und Anwesenheit in der Zusatzerhebung explizit erfragt.

Zur Abschätzung der Anwesenheit wurden die Pflegebedürftigen zunächst für jeden der genannten Helfer gefragt, wie viel Zeit der Helfer in einer üblichen Woche mit ihnen verbringt. In einem zweiten Schritt wurden der pflegebedürftigen Person aus den Bereichen Hauswirtschaft, Ernährung, Körperpflege, Mobilität und medizinisch-therapeutische Betreuung die Tätigkeiten in Erinnerung gerufen, die zuvor als Tätigkeitsbereiche des Helfers angegeben worden waren. Für diese Pflegeleistungen im engeren Sinne wurde dann gefragt, wie viele Stunden pro Woche der Pflegebedürftige insgesamt Hilfe durch den Helfer erhält. Für Pflegebedürftige, die zusätzlich eine „weitere Betreuung“ bzw. „sonstige Betreuung“ angegeben hatten, wurde explizit nach dem jeweiligen Zeitumfang der Unterstützung in diesen Bereichen gefragt.

Die Unterscheidung zwischen dem Zeiteinsatz für Pflegeleistungen im engeren und erweiterten Sinne verfolgt zwei Zielsetzungen. Zum einen soll auf diese Weise eine mögliche Ausdehnung der erweiterten Pflegeleistungen (weitere und sonstige Betreuung) durch das personengebundene Pflegebudget sichtbar gemacht werden. Zum anderen ist es möglich, dass es dem Pflegebedürftigen schwer fällt, die Zeit abzuschätzen, die für solche Betreuungsaufgaben aufgewendet werden. So können z.B. das Regeln finanzieller Angelegenheiten oder die Erledigung der Korrespondenz Tätigkeiten sein, die der Pflegebedürftige möglicherweise nicht unmittelbar wahr-

nimmt. Indem die erweiterten Pflegeleistungen von den anderen Tätigkeitsbereichen separat erfragt werden, wird die Möglichkeit eingeräumt, diese Frage unbeantwortet zu lassen ohne gleichzeitig den Zeitumfang für die anderen Hilfen offen zu lassen. Denn Pflegeleistungen im engeren Sinne sind zumeist Hilfen am oder mit dem Pflegebedürftigen, so dass der entsprechende Zeitumfang der Hilfen besser abschätzbar sein sollte.

Im Folgenden wird nun der Zeiteinsatz der verschiedenen Helfergruppen in der Programm- und Vergleichsgruppe gegenübergestellt. Nach den bisherigen Ergebnissen ist mit einer Zunahme des Zeitumfangs der Unterstützung durch den formellen Sektor zu rechnen. Die Wirkungsanalysen auf Basis der laufenden Erhebung haben zudem gezeigt, dass ein Wechsel vom Pflegegeld in das Pflegebudget zu einer Reduktion des Zeiteinsatzes der informellen Helfer führt, so dass sich der zeitliche Gesamtumfang der Hilfen nicht verändert. Die Hilfen des formellen Sektors substituieren somit Hilfen des informellen Sektors. Auf Basis der laufenden Erhebung konnte jedoch nicht untersucht werden, welche Tätigkeitsbereiche von dieser Substitution betroffen sind.

Tabelle 6-13: Zeitumfang der Anwesenheit und Unterstützung in Stunden pro Woche für die Programm- und Vergleichsgruppe

	PG	VG	PG-VG	t-Test	P-Wert
Anwesenheit	79,3	84,5	-5,2	PG-VG<0	0,3598
<i>davon</i>					
Pflegezeit	40,4	40,8	-0,33	PG-VG<0	0,4816
<i>davon</i>					
im engeren Sinne	36,5	38,2	-1,7	PG-VG<0	0,4007
im erweiterten Sinne	4,0	2,6	1,4	PG-VG>0	0,1156
Zahl der Fälle	60	29			

Tabelle 6-13 zeigt zunächst den Gesamtumfang der Unterstützung sowie die aufsummierte Zeit der Anwesenheit aller Helfer zusammen. Bei der Gesamtzeit der Hilfe wird zwischen den Pflegeleistungen im engeren und erweiterten Sinne unterschieden. Insgesamt sind die Helfer durchschnittlich etwa 80 Stunden pro Woche anwesend, wobei die minimale Anwesenheitszeit bei 5, die maximale bei 210 Stunden pro Woche liegt. Die mittlere Anwesenheit der Helfer in der Vergleichsgruppe liegt etwa fünf Stunden über der in der Programmgruppe, wobei dieser Unterschied statistisch

nicht eindeutig ist. Die Pflegezeit, d.h. der Zeitumfang für alle Tätigkeitsbereiche im engeren und erweiterten Sinne, ist nur halb so lang wie die Anwesenheitszeit und für die beiden Teilnehmergruppen nahezu gleich. Unterteilt man die Pflegezeit nach Tätigkeiten im engeren und erweiterten Sinne, so zeigen sich auch für die Hilfen im engeren Sinne keine signifikanten Unterschiede. Für die weiteren Betreuungsaufgaben werden in der Programmgruppe 1,4 Stunden pro Woche mehr eingesetzt, ein Unterschied der fast das 10%-Signifikanzniveau erreicht.

Dies ist somit ein schwaches Indiz dafür, dass das personengebundene Pflegebudget möglicherweise dazu genutzt wird, mehr Zeit für den weiteren Behandlungsbedarf der Pflegebedürftigen aufzuwenden. Der insgesamt geleistete Zeitaufwand der Unterstützung im Pflegearrangement scheint durch das personengebundene Pflegebudget jedoch unverändert. Wenn der formelle Sektor der bisherigen Evidenz entsprechend mehr Unterstützung leistet, dann deutet dieses Ergebnis darauf hin, dass formelle Hilfen die informelle Pflege substituieren.

Tabelle 6-14: Zeitumfang der Anwesenheit und Unterstützung in Stunden pro Woche im formellen und informellen Sektor für die Programm- und Vergleichsgruppe

	PG	VG	PG-VG	t-Test	P-Wert
Sektor I und II (informeller Sektor)					
Anwesenheit	63,2	78,7	-15,5	PG-VG<0	0.1451
<i>davon</i>					
Pflegezeit	27,4	36,4	-9,0	PG-VG<0	0.1003
<i>davon</i>					
im engeren Sinne	23,9	33,8	-9,9	PG-VG<0	0.0735
im erweiterten Sinne	3,5	2,6	0,9	PG-VG>0	0.2008
Sektor III und IV (formeller Sektor)					
Anwesenheit	16,2	5,8	10,4	PG-VG>0	0.0105
<i>davon</i>					
Pflegezeit	13,1	4,4	8,7	PG-VG>0	0.0017
<i>davon</i>					
im engeren Sinne	12,5	4,3	8,2	PG-VG>0	0.0022
im erweiterten Sinne	0,5	0,00	0,5	PG-VG>0	0.1305
Zahl der Fälle	60	29			

Um dies zu überprüfen, betrachtet Tabelle 6-14 den Zeitumfang der Pflege und der Anwesenheit getrennt nach formellem und informellem Sektor. Zunächst lassen sich unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit einige interessante Unterschiede zwischen informellem und formellem Sektor feststellen. So nimmt die Pflegezeit bei Hel-

fern des informellen Sektors nur etwa 50% der Anwesenheitszeit ein, während die Pflegezeit bei Helfern des formellen Sektors etwa 80 % der Anwesenheitszeit umfasst. Auch der formelle Sektor scheint sich somit in begrenztem Maße Zeit für Dinge zu nehmen (z.B. Gespräche), die über die unmittelbare Versorgung und Unterstützung des Pflegebedürftigen hinausgehen. Ein weiterer Unterschied zwischen den beiden Sektoren liegt in der Bedeutung der weiteren Betreuung. Während entsprechende Hilfen im informellen Sektor etwa 10% der Hilfezeit in Anspruch nehmen, ist der Anteil bei den gewerblich-orientierten Helfern deutlich geringer. Dies deutet darauf hin, dass Aufgaben der weiteren Betreuung, wie z.B. das Regeln finanzieller Angelegenheiten oder der Korrespondenz, nur ungern an Außenstehende delegiert werden und diese Aufgaben somit primär vor allem Angehörigen zufallen.

Tabelle 6-14 zeigt darüber hinaus interessante Unterschiede zwischen der Programm- und Vergleichsgruppe. Der informelle Sektor weist in der Programm- gegenüber der Vergleichsgruppe sowohl eine verkürzte Anwesenheitszeit als auch eine reduzierte Pflegezeit im engeren Sinne auf. Während die Reduktion der Pflegezeit im engeren Sinne um fast zehn Stunden pro Woche zudem auf dem 10%-Niveau signifikant ist, verfehlt der Rückgang der Anwesenheit um etwa fünfzehn Stunden pro Woche knapp die statistische Signifikanz. In der Tendenz kann somit von einem reduzierten Einsatz informeller Helfer im Pflegearrangement gesprochen werden, ein Ergebnis das mit den Wirkungsanalysen auf Basis der laufenden Erhebung kompatibel ist. Diese Entlastung scheint von den informellen Helfern zudem dazu genutzt zu werden, die Anwesenheit im Pflegehaushalt sowie die Pflege im engeren Sinne zu reduzieren. Die Zeiten für die weitere Betreuung werden hingegen nicht reduziert, sondern sind in der Programmgruppe leicht, wenn auch statistisch insignifikant, erhöht.

Die spiegelbildlichen Veränderungen dazu finden sich im formellen Sektor. Gewerblich-orientierte Helfer sind in der Programmgruppe knapp neun Stunden pro Woche länger in das Pflegearrangement eingebunden und zehn Stunden länger anwesend als in der Vergleichsgruppe. Damit entspricht der zeitliche Umfang der Expansion der Unterstützung durch formelle Helfer in etwa der Reduktion des Hilfeinsatzes informeller Helfer, was auch erklärt, warum in der Programmgruppe keine Ausdehnung der Gesamtzeit der Unterstützung gefunden werden konnte. Die zeitliche Expansion der Unterstützung durch formelle Helfer in der Programmgruppe ist dabei hauptsächlich auf eine Ausdehnung der Pflege im engeren Sinne zurückzuführen. Für weitere

Betreuungsleistungen werden von formellen Helfern in der Programmgruppe eine halbe Stunde mehr aufgewandt als in der Vergleichsgruppe, ein Unterschied, der das 10%-Signifikanzniveau jedoch knapp verfehlt.

Die Evidenz auf Basis der Neuwieder Zusatzerhebung bestätigt somit, dass durch einen Wechsel vom Pflegegeld in das Pflegebudget eine Umstrukturierung der Pflege angestoßen wird, bei der es zu einer Bedeutungsverschiebung zugunsten der formellen gegenüber der informellen Pflege kommt. Dieses Ergebnis wird sowohl durch die Auswertung der Hilfe-Helfer-Matrix als auch durch die Auswertung des zeitlichen Umfangs der Pflegeleistungen gestützt. Über die Ergebnisse der laufenden Erhebung hinaus zeigen die Analysen zudem, dass der Bedeutungsgewinn des formellen Sektors tendenziell durch den verstärkten Einsatz von Pflegekräften erfolgt, die unabhängig von einem Pflegedienst tätig sind. Zudem werden primär informelle Hilfen im engeren Sinne, d.h. im Bereich der Hauswirtschaft, Ernährung, Körperpflege, Mobilität und medizinisch-therapeutischen Betreuung, durch diese formellen Helfer ersetzt. Für ehemalige Pflegegeldempfänger bedeutet der Wechsel in das höher dotierte Pflegebudget somit die Möglichkeit, vor allem Angehörige zu entlasten. Der Gesamtumfang der Unterstützung sowie die Art der erbrachten Hilfestellungen sind von dieser Umstrukturierung jedoch nicht betroffen. Auch diese Ergebnisse stehen mit den Resultaten auf Basis der laufenden Erhebung im Einklang.

6.4.4 Vertragliche Regelungen und Vergütung der Helfer

Durch das Pflegebudget rückt der Pflegehaushalt stärker in die Rolle eines Arbeitgebers, der die Leistungen und Vergütungen mit den Helfern aushandelt und vertraglich festhält. Inwiefern die Pflegehaushalte diese Arbeitgeberrolle wahrnehmen und welche Vergütungen mit den einzelnen Helfern vereinbart sind, konnte auf Basis der laufenden Erhebung nur eingeschränkt untersucht werden. Die Zusatzerhebung wurde daher so konzipiert, einen verbesserten Einblick in die Arbeitgeberrolle der Pflegehaushalte und die Vergütung der Helfer zu gewähren.

In den bisherigen Analysen hat sich gezeigt, dass Pflegehaushalte das Pflegebudget dazu nutzen, verstärkt freiberufliche Pflegekräfte in das Pflegearrangement einzubinden. Tatsächlich steigt der Formalisierungsgrad des Pflegearrangements durch das Pflegebudget gemessen an der Bedeutung vertraglich fixierter Leistungen und Preise signifikant an. Entsprechende schriftliche Vereinbarungen liegen in der Programmgruppe für 41,1% der Helfer vor, während von den Helfern in der Vergleichsgruppe

nur 26,9% über eine schriftliche Vereinbarung verfügen. Auch der Anteil von geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen (Minijobs) ist in der Programmgruppe mit 40% signifikant mehr als doppelt so hoch als in der Vergleichsgruppe. Ein wichtiger Teil dieses Unterschieds kann darauf zurückzuführen sein, dass mit dem personengebundenen Pflegebudget mehr freiberufliche Pflege- und Hilfskräfte eingestellt werden.

Knapp die Hälfte der Helfer erhält für ihre Unterstützung eine Vergütung. Deren Stundenlöhne wurden für einen beliebigen Zeitbezug erhoben (z.B. Vergütung pro Monat, Woche oder Stunde). Falls die aus diesen Angaben berechneten Stundenlöhne außerhalb eines Plausibilitätskorridors²⁶ lagen, wurden die Angaben zur Vergütung des Helfers in der Befragung nochmals verifiziert und gegebenenfalls korrigiert. Auf diese Weise sollten im Vergleich zur laufenden Erhebung mögliche Fehlerquellen reduziert werden, um die Datenqualität zu heben. Dennoch decken sich die Angaben nicht mit vergleichbaren Zahlen offizieller Stellen. Für die Analyse ist diese Abweichung in absoluten Größen aber von nachrangiger Bedeutung, da hier die Vergleichbarkeit der Gruppe sicherstellt, dass die Abweichungen in beiden Gruppen unsystematisch sind und sich nur durch den Bezug des personengebundenen Pflegebudgets voneinander unterscheiden.

Tabelle 6-15 zeigt die durchschnittlichen Stundenlöhne nach Helfer kategorien und Gruppenzugehörigkeit. Ein *t*-Test überprüft zudem die Signifikanz möglicher Abweichungen der mittleren Stundenlöhne in der Programm- und Vergleichsgruppe, findet jedoch kaum signifikante Unterschiede. Der Stundenlohn für Pflegedienste (Sektor III) in der Programmgruppe ist zwar um etwa 2 Euro pro Stunde niedriger als in der Vergleichsgruppe. Obwohl dies auf eine verbesserte Verhandlungsmacht der Pflegebudgetbezieher gegenüber den Pflegegeldempfängern hinweisen könnte, ist der Unterschied statistisch nicht verifizierbar, was möglicherweise in der geringen Fallzahl begründet liegt. Ähnlich den Ergebnissen auf Basis der Panelerhebung, findet sich somit keine Evidenz für eine infolge des Case Managements verbesserte Verhandlungsmacht der Budgetbezieher gegenüber den Pflegegeldempfängern.

²⁶ Die Definition des Plausibilitätskorridors gründet auf den verfügbaren Informationen aus der laufenden Erhebung. Die Grenzen des Plausibilitätskorridors, die bei Überschreitung zu einer Nachfrage durch den Interviewer führten, wurden wie folgt definiert: Stundensätze für Pflegedienste und medizinisch-therapeutische Helfer zwischen 10 und 50 Euro, für die übrigen gewerblich-orientierten Helfer zwischen 5 und 40 Euro. Für Angehörige und Freunde wurde ein Plausibilitätskorridor von 0 bis 20 Euro angenommen.

Tabelle 6-15: Stundenlöhne im informellen und formellen Sektor in den Gruppen

	N_PG	N_VG	Ø Lohn PG	Ø Lohn VG	t-Test
Informeller Sektor	88	46	€ 1,8	€ 1,4	0,2323
- Sektor I	74	36	€ 1,1	€ 0,3	0,0400
- Sektor II	14	10	€ 5,9	€ 5,4	0,4103
Formeller Sektor	37	11	€ 14,0	€ 15,8	0,3212
- Sektor III	13	6	€ 18,2	€ 20,3	0,3485
- Sektor IV	24	5	€ 11,8	€ 10,5	0,4029

Anm.: N_PG=Anzahl der Antworten in der Programmgruppe, N_VG= Anzahl der Antworten in der Vergleichsgruppe

Der einzige signifikante Unterschied in den Stundenlöhnen findet sich interessanterweise für die pflegenden Angehörigen. Zwar sind die Stundenlöhne in diesem Sektor absolut gesehen sehr gering, da viele Angehörige gar keine Vergütung erhalten. Dennoch ist der Stundenlohnsatz für pflegende Angehörige mit etwa einem Euro pro Stunde in der Programmgruppe etwa viermal so hoch wie in der Vergleichsgruppe. Dieser Anstieg des Stundenlohns kommt zustande, weil einer reduzierten Pflegezeit der Angehörigen ein Anstieg der Zahlungen an Angehörige entgegensteht. Dies ist insofern erstaunlich, als dass durch das personengebundene Pflegebudget nahe Angehörige nicht aus diesen Leistungen bezahlt werden dürfen. Eine Erklärung dafür wäre die verstärkte Einbindung von entfernten Angehörigen in das Pflegearrangement, die aus den Mitteln des Pflegebudgets bezahlt werden dürfen.

Betrachtet man die Vergütung und den Zeiteinsatz von nahen und entfernten Angehörigen, so zeigt Tabelle 6-16, dass der Anteil der vergüteten Angehörigen unabhängig von dem Grad der Verwandtschaft in der Vergleichsgruppe nicht signifikant voneinander abweicht, während der Anteil der bezahlten „nahen Angehörigen“, d.h. Ehe- bzw. Lebenspartner sowie Kinder und Schwiegerkinder, in der Programmgruppe signifikant kleiner ist als der Anteil der bezahlten „anderen Angehörigen“. Zudem zeigt sich auch, dass der durchschnittliche Stundenlohn der nahen Angehörigen unverändert, der der entfernten Angehörigen in der Programmgruppe jedoch auf dem 10%-Niveau signifikant größer ist als in der Vergleichsgruppe.

Tabelle 6-16: Anteil der bezahlten nahen und entfernten Angehörigen sowie deren durchschnittliche Stundenlöhne

	PG	VG	N_PG	N_VG
% bezahlt unter ...				
nahen Angehörigen	9,6%	16,1%	52	31
entfernten Angehörigen	37,5%	14,3%	24	7
p-Wert χ^2 -Test je Gruppe	0,004	0,904		
Ø Stundenlohn für...				
nahe Angehörige	€ 0,42	€ 0,30	50	30
entfernte Angehörige	€ 2,41	€ 0,00	24	6
t-Test für nahe Ang.: PG-VG>0	0,374			
t-Test für ferne Ang.: PG-VG>0	0,059			
Anm.: N_PG=Anzahl der Antworten in der Programmgruppe, N_VG= Anzahl der Antworten in der Vergleichsgruppe				

Dieser Anstieg der Vergütung geht mit einem gleichzeitigen Anstieg des zeitlichen Umfangs der Unterstützung durch entfernte Angehörige einher (siehe Tabelle 6-17), während sich die Zeit der Unterstützung durch nahe Angehörige reduziert. Der Rückgang der Pflegezeit des informellen Sektors in Tabelle 6-16 geht somit vor allem auf einen Rückgang der Pflege naher Angehöriger zurück, während entfernte Angehörige ihre Unterstützung ausdehnen. Der Anstieg des Stundenlohns für Angehörige (Sektor I) zeigt jedoch, dass insgesamt mehr finanzielle Mittel für zeitlich weniger Pflege aufgewandt werden. Je nach den politischen Zielen einer Einführung des Pflegebudgets als zusätzliche Leistungsform in der Pflegeversicherung kann dies sowohl positiv als auch negativ interpretiert werden.

Die positive Interpretation dieser Ergebnisse sieht in der verstärkten Einbindung von entfernten Angehörigen im Vergleich zum Pflegegeld eine Entlastung der nahen Angehörigen. Zudem wird die Unterstützung nun innerhalb der Familie gleichmäßiger verteilt, was auch zu einer Stabilisierung des Pflegearrangements führen kann. Die Einbindung entfernter Angehöriger, die tendenziell ein schwächeres altruistisches Motiv für die Unterstützung des Pflegebedürftigen mitbringen, kann jedoch nur über einen finanziellen Mehreinsatz geleistet werden. Dieser finanzielle Mehraufwand kann aus Sicht der Pflegeversicherung ein legitimes Ziel sein, wenn man mögliche Entlastungseffekte naher Angehöriger erzielen möchte und sich durch die Umstrukturierung des Pflegearrangements weitere positive Effekte, z.B. auf die Stabilität der ambulanten Versorgung, erhofft.

Tabelle 6-17: Zeitlicher Umfang der Unterstützung durch nahe und entfernte Angehörige in der Programm- und Vergleichsgruppe

	PG	VG	PG-VG	t-Test	P-Wert
<i>Nahe Angehörige (Ehe-/Lebenspartner, (Schwieger-)Kinder)</i>					
Anwesenheit	48,7	71,1	-22,5	PG-VG<0	0,074
<i>davon</i>					
Pflegezeit	17,6	28,8	-11,2	PG-VG<0	0,056
<i>davon</i>					
im engeren Sinne	15,1	27,8	-12,7	PG-VG<0	0,031
im erweiterten Sinne	2,4	0,9	1,5	PG-VG>0	0,030
<i>Anderer Angehörige</i>					
Anwesenheit	11,1	2,8	8,4	PG-VG>0	0,015
<i>davon</i>					
Pflegezeit	6,7	3,3	3,4	PG-VG>0	0,110
<i>davon</i>					
im engeren Sinne	6,2	2,7	3,5	PG-VG>0	0,074
im erweiterten Sinne	0,5	0,6	-0,1	PG-VG>0	0,413
Zahl der Fälle	60	29			

Die negative Interpretation der Ergebnisse sieht in dem Anstieg der Stundenlöhne für Angehörige jedoch eine Evidenz für einen Mitnahmeeffekt. Insgesamt wird mehr Geld für weniger Angehörigenunterstützung gezahlt, d.h. die Unterstützung wird aus Sicht der Pflegeversicherung kostenineffizient geleistet. Zudem ist unklar, ob der Anstieg des Stundenlohns für entfernte Angehörige nicht eine Möglichkeit darstellt, die Zweckbindung des personengebundenen Pflegebudgets teilweise zu umgehen. Eine mögliche Variante wäre, dass Budgetmittel nun verstärkt an ferne Angehörige gezahlt werden; die Ströme anderer intrafamiliärer Hilfen und Zahlungen können aber dazu führen, dass der Wohlfahrtseffekt durch die Budgetausweitung letztlich indirekt oder sogar direkt den nahen Angehörigen zugute kommt. Über das Ausmaß solcher intrafamiliären Transfers auch ohne Gegenleistung kann nur spekuliert werden, es ist jedoch sicher, dass die Möglichkeit bei einer Einführung des personengebundenen Pflegebudgets als Regelleistung ohne weitere, mit Kosten verbundenen Kontrollen wahrgenommen würde. Der Unterschied in der Zweckbindung zwischen Pflegegeld und personengebundenem Pflegebudget würde somit in der konkreten Umsetzung an Bedeutung verlieren.

Zusätzlich zu der Höhe der Vergütung wurde in der Erhebung danach gefragt, aus welchen Mitteln der Helfer bezahlt wurde. Dabei wurde zwischen Mitteln der Pflegekasse, Mitteln der Krankenkasse und eigenen (anderen) Mitteln unterschieden. Bei der Auswertung zeigten sich jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen der

Programm- und Vergleichsgruppe. Im Durchschnitt beider Gruppen wurden etwa 30% der bezahlten Helfer ausschließlich aus Mitteln der Pflegekasse und 10% ausschließlich aus Mitteln der Krankenkasse finanziert. Die Hälfte der bezahlten Helfer wurde sowohl aus Mitteln der Pflegekasse als auch aus eigenen Mitteln finanziert, während nur knapp 10% ausschließlich aus eigenen Mitteln bezahlt wurden. Die Daten geben jedoch keinen Hinweis darauf, dass die Bezieher des Pflegebudgets eine andere Finanzierungsstruktur des Pflegearrangements haben als die Bezieher des Pflegegelds.

6.4.5 Ausgabenstruktur nach Tätigkeiten

Durch die Erhebung der Tätigkeitsprofile und Vergütungen für jeden einzelnen Helfer des Pflegearrangements lässt sich in einem nächsten Schritt die Ausgabenstruktur detaillierter als in der Panelerhebung untersuchen. Insbesondere ist es möglich, Vergütungen für einzelne Tätigkeitsbereiche zu ermitteln. Die Vergütung einer Stunde hauswirtschaftlicher Tätigkeiten spiegelt dann unter anderem wieder, welche Helfer diese Tätigkeiten in den Pflegearrangements der Programm- und Vergleichsgruppe hauptsächlich durchführen. So kostet im Durchschnitt eine Stunde erbrachter Pflege in der Programmgruppe 3,7 Euro, in der Vergleichsgruppe von Pflegegeldbeziehern jedoch nur 1,9 Euro. Dies spiegelt die bereits diskutierte höhere Kapitalintensität eines vom Leistungsprofil her ähnlichen Pflegearrangements wider. Die Bezieher des Pflegebudgets setzen im Vergleich zu Pflegegeldbeziehern mehr formelle Helfer(-stunden) ein, was sich in einer Verdopplung des Preises einer Hilfestunde niederschlägt.

In einem nächsten Schritt werden nun die durchschnittlichen Kosten einzelner Tätigkeitsbereiche bestimmt. Zu diesem Zweck wird zunächst die Zeit, die ein Helfer den Pflegebedürftigen unterstützt, auf die Tätigkeitsbereiche verteilt. Für eine Aufteilung in die Pflege im engeren und erweiterten Sinne ist dies durch die Zeitangaben für diese beiden Tätigkeitsbereiche unproblematisch. Möchte man darüber hinaus die Pflegezeit im engeren Sinne auf die fünf darin gruppierten Tätigkeitsbereiche aufteilen, kann dies ungewichtet und gewichtet geschehen. Bei der ungewichteten Variante wird die Reihenfolge der genannten Tätigkeitsbereiche eines Helfers nicht berücksichtigt. Leistet ein Helfer somit in vier Bereichen Hilfe, wird die Pflegezeit im engeren Sinne auf die vier Tätigkeitsbereiche gleichmäßig verteilt. Die Tätigkeitsbereiche wurden von den Befragten jedoch entsprechend ihrer Bedeutung in eine Rangfolge

gebracht. Um diese Information aufzugreifen, wird den Tätigkeiten in einer gewichteten Variante jeweils ein Anteil der Pflegezeit zugeordnet, der dem Anteil ihres reziproken Rangs an der Summe aller reziproken Ränge entspricht.²⁷ Für die so nach Tätigkeitsbereichen aufgeteilte Pflegezeit lässt sich nun die durchschnittliche Vergütung berechnen.

Die Ergebnisse in Tabelle 6-18 zeigen zunächst, dass die Pflege im engeren Sinne unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit höher vergütet wird als die Pflege im erweiterten Sinne („weitere Betreuung“). Die ungewichtete und gewichtete Aufteilung in die weiteren Tätigkeitsbereiche deutet zudem darauf hin, dass neben der „weiteren Betreuung“ vor allem der Tätigkeitsbereich „Mobilität“ nur gering vergütet wird, während „Körperpflege“ und „medizinisch-therapeutische Maßnahmen“ relativ gut bezahlt werden. Dies spiegelt den Formalisierungsgrad der einzelnen Tätigkeitsbereiche wider. Tätigkeiten, die stark durch die Hilfe durch Angehörige geprägt sind, sind im Vergleich zu Hilfen, die häufiger eine Fachkraft durchführt, wesentlich günstiger. Weitere Betreuungsaufgaben, die mehrheitlich von informellen Helfern übernommen werden, sind dementsprechend vergleichsweise kostengünstig.

Tabelle 6-18: Durchschnittliche Vergütung einer Stunde nach Tätigkeitsbereichen in der Programm- und Vergleichsgruppe

	PG	VG	PG/VG	PG	VG	PG/VG	N_PG	N_VG
Tätigkeitsbereich	ungewichtet			Gewichtet				
Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	3,7	2,2	1,68	3,3	1,7	1,94	72	32
Körperpflege	6,7	3,3	2,03	6,6	3,3	2,00	61	28
Ernährung	2,4	1,1	2,18	2,1	1,1	1,91	49	22
Mobilität	1,3	0,3	4,33	1,2	0,2	6,00	28	9
Medizinisch-therap. Maßnahmen	5,4	15,7	0,34	5,4	12,7	0,43	19	5
Weitere Betreuung	1,6	0,6	2,67	1,7	0,7	2,43	39	21
Pflegezeit ...	nach Zeitangaben							
im engeren Sinne	3,8	2,0	1,9	n/a	n/a	n/a	103	46
im erweiterten Sinne	1,9	0,9	2,1	n/a	n/a	n/a	37	20

Ein verstärkter Einsatz von formellen Helfern im Pflegearrangement erklärt auch die im Schnitt höheren Stundenlöhne in der Programm- im Vergleich zur Vergleichsgruppe. Diese Teuerung von Leistungen betrifft zudem alle Tätigkeitsbereiche, über

²⁷ In dem Fall, das ein Helfer drei Tätigkeitsbereiche angibt, erhält die zuerst genannte Haupttätigkeit somit ein Gewicht von $0,55 = 1/(1+1/2 + 1/3)$.

die aufgrund der zugrunde liegenden Fallzahlen verlässliche Aussagen gemacht werden können. Insbesondere eine Stunde Unterstützung im Bereich Mobilität verteuert sich um das Vier- bis Sechsfache, wobei dieses Ergebnis aufgrund geringer Fallzahlen nur begrenzt verlässlich ist. Der Preis für eine Stunde im Bereich hauswirtschaftlicher Tätigkeiten, Körperpflege und Ernährung verteuert sich etwa um den Faktor zwei. Die Ergebnisse variieren nur geringfügig mit der verwendeten Gewichtung der Tätigkeiten.

Der Anstieg der durchschnittlichen Vergütung in der Programmgruppe muss jedoch nicht ausschließlich eine Folge der Formalisierung des Pflegearrangements sein. Zusätzlich könnte eine verbesserte Vergütung (entfernter) Angehöriger zu einer Verteuerung einer Unterstützungsstunde beitragen. Um dies zu überprüfen, werden die Stundenvergütungen nach Tätigkeitsbereichen für den informellen Sektor betrachtet. Aufgrund niedriger Fallzahlen, ist dies nicht für den formellen Sektor und nicht für die weniger häufig genannten Tätigkeitsfelder möglich. Das Ergebnis zeigt Tabelle 6-19.

Tabelle 6-19 Durchschnittliche Vergütung einer Stunde des informellen Sektors nach Tätigkeitsbereichen in der Programm- und Vergleichsgruppe

	PG	VG	PG/VG	PG	VG	PG/VG	N_PG	N_VG
Tätigkeitsbereich	ungewichtet			Gewichtet				
Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	1,8	0,8	2,3	1,5	0,7	2,1	50	26
Körperpflege	2,2	0,8	2,8	2,0	0,8	2,5	33	22
Ernährung	0,8	0,9	0,9	0,5	0,8	0,6	36	20
Weitere Betreuung	1,1	0,5	2,2	1,3	0,6	2,2	36	20

Auch die Vergütung einer Hilfestunde durch den informellen Sektor ist in der Programmgruppe in den Bereichen Hauswirtschaft, Körperpflege und weitere Betreuung teurer geworden als in der Vergleichsgruppe. Der Teuerungsfaktor liegt hier zwischen gut zwei und knapp drei. Lediglich der Bereich der Ernährung wird in der Programmgruppe nun in geringerem Maße monetär kompensiert. Eine Interpretation dieser Resultate könnte dahin gehen, dass die Ernährung häufig durch nahe (im Haushalt lebende) Angehörige geleistet wird, die nun keine Mittel der Pflegekasse mehr erhalten dürfen, während andere Tätigkeitsbereiche stärker an andere Angehörige bzw. Freunde und Bekannte delegiert werden, für deren Kompensation das Pflegebudget nun umfangreichere Geldmittel bereit stellt.

Als Fazit der Analysen zur Ausgabenstruktur nach Tätigkeitsbereichen lassen sich zwei Dinge feststellen. Bezieher des Pflegebudgets geben für eine Pflegestunde durchschnittlich etwa das Doppelte aus als Bezieher des Pflegegelds. Dies bestätigt sich auch für die meisten Tätigkeitsbereiche und ist auf zwei Umstrukturierungen im Pflegearrangement der Budgetbezieher zurückzuführen. Zum einen erhalten informelle Helfer – vermutlich entfernte Angehörige, Freunde und Bekannte - für die meisten Tätigkeiten eine verbesserte Kompensation. Zum anderen leisten formelle Helfer nun mehr Hilfe und erhalten im Vergleich zu informellen Helfern eine höhere Vergütung.

6.4.6 Zufriedenheit mit der Pflege- und Lebenssituation

Die bisherigen Ergebnisse deuten darauf hin, dass mit Hilfe des Pflegebudgets mehr gewerbliche Helfer in das Pflegearrangement eingebunden werden, die über einen schriftlichen Vertrag mit dem Pflegehaushalt verfügen. Zudem werden mit dem Pflegebudget verstärkt gewerbliche Helfer eingesetzt, die unabhängig von einem Pflegedienst, d.h. freiberuflich, tätig sind. Hieraus ergeben sich zwei Fragen:

1. Welchen Effekt hat dies auf die Qualität der Pflege?
2. Führt die mit dem Mehreinsatz finanzieller Mittel einhergehende Formalisierung der Pflege auch zu einer verbesserten Versorgungssituation der Pflegebedürftigen?

In der Diskussion zur Einführung eines personengebundenen Pflegebudgets ist die mit dieser Leistungsform einhergehende Qualität der pflegerischen Versorgung eine stets umstrittene Frage, da die einzige formalisierte Qualitätssicherung in der Begleitung durch den Case Manager besteht.²⁸ Dieser soll Versorgungsmängel erkennen und gegebenenfalls gegensteuern. In der laufenden Erhebung waren bereits eine Reihe von Fragen zur Zufriedenheit mit der Versorgungssituation des Pflegebedürftigen gestellt worden. Diese Fragen versuchten jedoch nicht, einzelne Aspekte der Qualität der pflegerischen Versorgung zu hinterfragen. Um verschiedene Dimensionen der Qualität der pflegerischen Versorgung messbar zu machen, werden weiterführende Fragen zur Zufriedenheit mit dem Zeitumfang, der zeitlichen Flexibilität, der Art der Unterstützung und der Pflegequalität in die Zusatzerhebung aufgenommen.

²⁸ Eine ähnliche Diskussion findet sich auch für das Pflegegeld, bei dem durch regelmäßige Kontrolle des MDK die Qualität und Versorgungssicherheit festgestellt werden soll. Obwohl in der Mehrzahl der Fälle von einer guten Situation ausgegangen werden kann, deuten negative Einzelfälle auf die Gefahren und Risiken hin, die mit der Gewährung flexibler Leistungsformen verbunden sind.

Die objektive Qualität der Versorgung ist allerdings nicht messbar, da hierfür ergänzende medizinische Gutachten notwendig wären. Die Qualität der Versorgung wird stattdessen über die subjektiv empfundene Zufriedenheit mit unterschiedlichen Aspekten der Pflegesituation gemessen. Die Verwendung subjektiver Einschätzungen als Qualitätsmaß des Versorgungsniveaus ist aber nicht unproblematisch, da die wahrgenommene Qualität - vor allem bei Menschen mit Demenz - von der tatsächlichen Qualität abweichen kann. Dennoch kann der Vergleich subjektiver Einschätzungen zwischen der Programm- und Vergleichsgruppe einen ersten Anhaltspunkt für das erreichte Versorgungsniveau der beiden Leistungsformen darstellen, wenn davon ausgegangen werden kann, dass Unterschiede in der wahrgenommenen Qualität tatsächliche Unterschiede in der Qualität der Versorgung widerspiegeln.

Tabelle 6-20 präsentiert die Einschätzungen der beiden Gruppen bezüglich unterschiedlicher Dimensionen von Pflege und Unterstützung sowie der Lebensqualität. Ein Pearson χ^2 -Test vergleicht zudem die Verteilungen der Programm- und Vergleichsgruppe. Darüber hinaus wird getestet, ob in der Programmgruppe der Budgetbezieher im Durchschnitt eine größere Zufriedenheit in der jeweiligen Dimension vorliegt. Auf die Frage nach der insgesamt empfundenen Zufriedenheit mit der Pflege und Unterstützung geben 14% der Personen der Vergleichsgruppe an, unzufrieden bzw. völlig unzufrieden zu sein, während der entsprechende Anteil in der Programmgruppe nur 3% ausmacht. Die Unterschiede zwischen beiden Gruppen sind jedoch nicht signifikant (p-Wert des χ^2 -Tests: 0,19).

Da das Pflegebudget eine bedarfsgerechte, flexible Pflege ermöglichen soll, sind wichtige Kategorien die Zufriedenheit bezüglich der Art der Leistungen, dem zeitlichen Umfang und der zeitlichen Flexibilität der Leistungserbringung. Zusätzlich wurde direkt nach der empfundenen Qualität der Pflege und Unterstützung gefragt. Die Zufriedenheit mit der Art der Leistungen scheint sich im Durchschnitt nicht signifikant zwischen beiden Gruppen zu unterscheiden, auch wenn die Verteilung über die Antwortkategorien unterschiedlich ausfällt. Personen der Vergleichsgruppe geben sowohl häufiger an, völlig zufrieden zu sein, als auch häufiger, unzufrieden zu sein. Ähnliche Resultate finden sich auch für die anderen Dimensionen. So kommen Personen der Programm- und Vergleichsgruppe beispielsweise zu einer ähnlichen Einschätzung der Zufriedenheit mit dem Zeitumfang der Unterstützung. Da die vorherigen Auswertungen gezeigt haben, dass der Gesamtumfang der Unterstützung zwischen den Beziehern des Pflegebudgets und der Pflegegelder vergleichbar ist, ist

dieses Ergebnis nicht überraschend. Auch im Hinblick auf die Zufriedenheit mit der zeitlichen Flexibilität der Unterstützung, finden sich keine signifikanten Unterschiede. Die stärker formalisierte Pflege durch freiberufliche Helfer bei Bezug eines Pflegebudgets scheint somit keinen Flexibilisierungsvorteil oder -nachteil gegenüber einer stärker informell organisierten Unterstützung bei Bezug des Pflegegeldes zu haben. Auch die Qualität der Pflege und Unterstützung wird von beiden Gruppen ähnlich eingeschätzt.

Tabelle 6-20: Verschiedene Dimensionen der Zufriedenheit in der Programm- und Vergleichsgruppe

		Zufriedenheit (abnehmend)*					p-Wert		
		1	2	3	4	Ø	χ ² -Test	t-Test	
Pflege und Unterstützung insgesamt	PG	45,8%	50,9%	1,7%	1,7%	1,6	0,19	0,35	
	VG	51,7%	34,5%	10,3%	3,5%	1,7			
Art der Leistung	PG	45,0%	55,0%	0,0%	0,0%	1,6	0,02	0,80	
	VG	63,0%	29,6%	7,4%	0,0%	1,4			
Zeitumfang der Pflege	PG	45,8%	50,9%	3,3%	0,0%	1,6	0,18	0,57	
	VG	58,6%	31,0%	6,9%	3,5%	1,6			
Zeitliche Flexibilität	PG	63,3%	33,3%	3,3%	0,0%	1,4	0,36	0,28	
	VG	65,5%	24,1%	6,9%	3,5%	1,5			
Qualität der Pflege	PG	51,7%	48,3%	0,0%	0,0%	1,5	0,32	0,27	
	VG	48,2%	48,2%	3,7%	0,0%	1,6			
Lebensqualität	PG	8,9%	69,6%	16,1%	5,4%	2,2	0,37	0,07	
	VG	8,0%	52,0%	28,0%	12,0%	2,4			

* 1 – völlig zufrieden, 2 – zufrieden, 3 – unzufrieden, 4 – völlig unzufrieden

Unterschiede zwischen Programm- und Vergleichsgruppe treten jedoch im Hinblick auf die allgemein empfundene Lebensqualität zutage. So geben Personen aus der Programmgruppe eine durchschnittlich höhere Lebensqualität an. Es gibt somit einen Hinweis darauf, dass Personen der Programmgruppe zufriedener mit ihrer Lebenssituation sind als Personen der Vergleichsgruppe. Tabelle 6-21 zeigt, dass dies möglicherweise damit zusammenhängt, dass Pflegebudgetbezieher ihre Versorgungssituation im Vergleich zu einem Zeitpunkt vor dem Modellprojekt mehrheitlich als verbessert einschätzen, während die Mehrheit der Personen der Vergleichsgruppe eine unveränderte Situation im Vergleich zur Situation vor der Teilnahme am Modellprojekt angibt.

Tabelle 6-21: Einschätzung auf die Frage „Fühlen Sie sich heute besser oder schlechter versorgt als vor der Teilnahme am Modellprojekt?“

	Programmgruppe	Vergleichsgruppe
Deutlich besser	53,5%	17,9%
Etwas besser	25,9%	17,9%
Unverändert	19,0%	64,3%
Etwas schlechter	1,7%	0,0%
Deutlich schlechter	0,0%	0,0%
Anzahl der Fälle	58	28
p-Wert des χ^2-Tests	0,000	

Während der Vergleich der Zufriedenheit im Hinblick auf die Lebensqualität und die Veränderung der Versorgungssituation statistisch belastbare Unterschiede zeigt, sind Programm- und Vergleichsgruppe ähnlich zufrieden mit den verschiedenen Aspekten ihrer aktuellen Pflegesituation. Der Grund für die insgesamt als eher verbessert anzusehende Situation der Pflegebudgetbezieher bleibt daher zunächst unklar. Pflegebedürftigen, die eine verbesserte Versorgungssituation im Vergleich zu der Situation vor dem Modellprojekt angaben, wurde jedoch eine Liste mit möglichen Gründen vorgelegt, anhand derer sie relevante Gründe für ihre verbesserte Situation benennen konnten. Zusätzlich konnten weitere offene Nennungen gemacht werden. Tabelle 6-22 zeigt die Anteile der Budgetbezieher, die einem bestimmten Grund als relevant zugestimmt haben.

Tabelle 6-22: Ursachen der Verbesserung der Versorgungssituation der Personen der Programmgruppe im Vergleich zu vor dem Bezug

Grund	Ja, relevant (Anteil in %)
Ich erhalte mehr Unterstützung, weil mehr Geld durch die Pflegeversicherung zur Verfügung steht	63,0 %
Ich erhalte mehr Unterstützung aufgrund günstigerer Preise	15,2 %
Nicht durch die Pflegekassen zugelassene Helfer können bezahlt werden	28,3 %
Beratung und Betreuung des Case Managers	37,0 %
Leistungen sind besser auf meinen individuellen Bedarf abgestimmt	28,3 %
Hauptpflegeperson wurde entlastet	26,1 %
Gesundheitszustand hat sich verbessert	2,2 %
Zahl der Fälle	46

Der dominierende Grund für eine als verbessert erachtete Versorgungssituation ist demnach die Leistungsausdehnung des Pflegebudgets gegenüber dem Pflegegeld, welche den Einkauf zusätzlicher Unterstützung ermöglicht. Für fast zwei Drittel der Pflegebedürftigen ist dieser Grund relevant. Auch die drei offenen Nennungen, die zusätzlich zu der vorgelegten Liste an Gründen geäußert wurden, deuten auf die Dominanz der Leistungsausdehnung innerhalb der Attribute des personengebundenen Pflegebudgets hin:

„Therapeut kann bezahlt werden“

„Meine Enkelin hilft lieber, wenn sie weiß, dass sie einen bestimmten Betrag im Monat bekommt“

„Ich bekomme jetzt mehr Geld, vorher habe ich 205 Euro bekommen, jetzt bekomme ich 384 Euro.“

Neben der Leistungsausdehnung scheint zudem die Beratung durch den Case Manager eine zentrale Rolle zu spielen. Weiter von Bedeutung ist zudem, dass Leistungen besser auf den individuellen Bedarf abgestimmt sind und auch nicht durch die Pflegekassen zugelassene Helfer bezahlt werden können. Knapp darunter in der Bedeutung ist der Umstand, dass die Hauptpflegeperson entlastet wurde. Da es sich bei den Befragten um Pflegebedürftige handelt, die fast ausschließlich Pflegegeld vor dem Projektbeginn bezogen haben, ist die relativ geringe Bedeutung einer weniger restriktiven und somit flexibleren Leistungsverwendung im Vergleich zu den Sachleistungen für diese Gruppe nicht sehr überraschend. Für diese Gruppe bedeutender ist die Leistungsausdehnung. Auch der Case Manager und die Entlastung der Angehörigen tragen zu einer als verbessert empfundenen Versorgungssituation bei. Diese beiden Aspekte werden in Abschnitt 6.4.8 nochmals näher betrachtet.

Als Fazit kann somit festgehalten werden, dass zwischen der Programm- und Vergleichsgruppe keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich verschiedener Dimensionen ihrer derzeitigen Pflegesituation bestehen. Dennoch bewerten Personen der Programmgruppe ihre Lebensqualität geringfügig besser als Personen der Vergleichsgruppe, ein Umstand der vermutlich auf ihre im Vergleich zur Situation vor dem Bezug des Pflegebudgets als verbessert empfundene Versorgungssituation zurückzuführen ist. Die verbesserte Versorgungssituation wird dabei in erster Linie auf die Leistungsausdehnung zurückgeführt. Zusätzlich wird dem Case Management eine tragende, aber geringere Bedeutung zugeordnet. Warum sich diese Verände-

rungen nicht in der Bewertung der Zufriedenheit mit der Pflegesituation (Tabelle 6-20) widerspiegeln, kann dabei nicht eindeutig beantwortet werden.

Eine mögliche Erklärung könnte darin liegen, dass das Pflegebudget zwar aufgrund der Leistungsausdehnung und der Unterstützung des Case Managers als etwas Positives empfunden wird, die Veränderung der gesamten Pflegesituation im Hinblick auf die Qualität der Versorgung nicht in gleichem Maße ausfällt, da das Pflegearrangement relativ unelastisch gegenüber der Leistungsausdehnung ist. Diese Erklärung wird auch durch die vorherigen Analysen zur Struktur der Pflegearrangements gestützt, die lediglich eine Verschiebung vom informellen zum formellen Sektor aufgezeigt haben.

6.4.7 Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Neben subjektiven Einschätzungen zur Zufriedenheit mit dem Pflegearrangement kann auch die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ein Näherungsmaß für die Qualität der Pflege- und Lebenssituation sein. Eine Zielsetzung des Pflegebudgets ist es, informelle Netzwerke zur Unterstützung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu aktivieren und zudem die über die Pflege im engeren Sinne hinausgehende weitere Betreuung zu stärken. In den erfragten Tätigkeiten wurde die weitere Betreuung bereits über eine entsprechende Kategorie erfasst. Die Ergebnisse in Abschnitt 0 deuten auf eine schwache Evidenz für eine leichte Ausdehnung der weiteren Betreuung hin. Eine bessere Betreuung, die über Pflegemaßnahmen im engeren Sinne hinausgeht, könnte sich jedoch auch in einer verbesserten Freizeitgestaltung niederschlagen, die es dem Pflegebedürftigen erlaubt weiterhin am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, Zeit auch außerhalb der Wohnung zu verbringen, Freunde zu besuchen etc. In einer Reihe von Fragen zur Zeitverwendung des Pflegebedürftigen werden diese Aspekte beleuchtet.

In Tabelle 6-23 werden zuerst die Zeiten betrachtet, die die pflegebedürftige Person alleine zu Hause sowie außerhalb der Wohnung verbringt. Die Ergebnisse können keinen klaren Beleg dafür geben, dass Unterschiede durch das Pflegebudget erreicht werden. Zwar geben Pflegebudgetbezieher im Durchschnitt an, etwas über anderthalb Stunden weniger am Tage alleine zu Hause zu sein als Personen der Vergleichsgruppe. Der Unterschied ist jedoch statistisch nicht eindeutig und erreicht nur ein Signifikanzniveau von 20%.

Tabelle 6-23: Zeitverwendung von Pflegebedürftigen in der Programm- und Vergleichsgruppe

	PG	VG	PG-VG	P-Wert
Zeitungsumfang in h alleine zu Hause	6,10	7,75	-1,65	0,198
Zeitungsumfang in h außerhalb der Wohnung	0,96	0,52	0,44	0,143
Zahl der Fälle	60	28		

Ähnlich verhält es sich mit der außerhalb der Wohnung verbrachten Zeit. Im Durchschnitt verbringen Personen der Vergleichsgruppe nur eine halbe Stunde, Personen der Programmgruppe etwa eine Stunde am Tag außerhalb ihrer Wohnung. Der beobachtete Unterschied kann aber ebenfalls nicht mit Sicherheit auf die Grundgesamtheit übertragen werden. Auch die nächste Frage zur Häufigkeit des Treffens von Bekannten oder Angehörigen außerhalb der Wohnung zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (Tabelle 6-24). Insgesamt können die Ergebnisse nicht klar belegen, dass das Pflegebudget einen positiven Einfluss auf die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben außerhalb der Wohnung oder auf die Kontakthäufigkeit mit Freunden und Bekannten entfaltet.

Tabelle 6-24: Häufigkeit des Treffens von Bekannten und Freunden außerhalb der Wohnung in der Programm- und Vergleichsgruppe (in Prozent)

	Programmgruppe	Vergleichsgruppe
Täglich	3,3%	0,0%
Mehrmals wöchentlich	8,3%	10,3%
Wöchentlich	6,7%	3,5%
Mehrmals monatlich	13,3%	17,2%
Monatlich	8,3%	10,3%
Nie	60,0%	58,6%
Zahl der Fälle	60	29
p-Wert des χ^2-Tests	0,887	

6.4.8 Die Organisation der Pflege

Ein wichtiger Aspekt im Kontext des personenbezogenen Pflegebudgets ist die Frage nach dem Aufwand der Organisation des Pflegearrangements und der Verteilung der damit anfallenden Lasten. Insbesondere gilt es zu untersuchen, welche Bedeutung

dass Case Management in diesem Zusammenhang hat und ob das Case Management zu einer Entlastung der Hauptpflegeperson führt.

Die Evidenz aus den bisher gemachten Analyseschritten deutet in diese Richtung. So werden die Entlastung der Hauptpflegeperson und das Case Management von mehr als einem Viertel der Programmgruppe mit einer infolge des Pflegebudgetbezugs verbesserten Versorgungssituation in Verbindung gebracht (siehe Abschnitt 6.4.6). Anhand der folgenden Fragen soll geklärt werden, inwiefern die Organisation und Planung der Pflege eine Belastung für Angehörige darstellt und ob das Case Management die Situation für Angehörige verändert.

Die Frage, ob andere Personen (über den Case Manager hinaus) an der Planung der Pflege, d.h. der Suche nach Helfern, Absprachen mit Pflegediensten, Terminvereinbarungen etc., beteiligt sind, bejahen in der Programmgruppe 15% der Befragten, während der entsprechende Anteil in der Vergleichsgruppe mit 58,6% signifikant höher liegt. Die Planung der Pflege durch Angehörige scheint somit in der Programmgruppe zumindest zum Teil durch den Case Manager substituiert zu werden. Der Aufwand für die Planung der Pflege sollte in der Programmgruppe daher niedriger ausfallen als in der Vergleichsgruppe. Für den Fall, dass keine weitere Person an der Organisation der Pflege beteiligt ist, könnten solche Entlastungseffekte zudem dem Pflegebedürftigen selber zu Gute kommen. In diesem Fall wurden die Pflegebedürftigen daher gebeten einzuschätzen, wie hoch die zusätzliche Arbeit und Belastung für sie selbst ist. Für den Fall, dass eine weitere Person an der Organisation der Pflege beteiligt ist, sollte hingegen eingeschätzt werden, wie hoch die zusätzliche Arbeit und Belastung für diese Person ist. In den meisten Fällen (23 von 26) war diese Person bei dem Interview anwesend und konnte daher um eine Selbsteinschätzung gebeten werden.

Das Ergebnis zeigt Tabelle 6-25. Insgesamt wird der Aufwand für die Planung der Pflege in der Programmgruppe als etwas niedriger eingestuft als in der Vergleichsgruppe. Zwar verfehlt der Pearson- χ^2 -Test knapp das 10%-Signifikanzniveau²⁹, ein Mittelwertvergleich zwischen den beiden Gruppen bestätigt jedoch einen signifikant niedrigeren Wert und damit eine geringere Belastung durch die Pflegeplanung in der Programm- als in der Vergleichsgruppe.

²⁹ D.h. ob die Verteilung auf die Kategorien in beiden Gruppen unabhängig voneinander ist.

Tabelle 6-25: Einschätzung der Arbeit und Belastung durch die Organisation und Planung der Pflege

	Programmgruppe	Vergleichsgruppe
1 - Sehr gering	47,3 %	31,0 %
2	38,2 %	31,0 %
3	12,7 %	34,5 %
4 – sehr hoch	1,8 %	3,5 %
Ø Wert	1,7	2,1
Zahl der Fälle	55	29
p-Wert des χ^2-Test	0,106	

Da sowohl das Pflegebudget als auch das Pflegegeld eine Selbstorganisation des Pflegearrangements voraussetzen, liegt es nahe, dass dieser beobachtete Entlastungseffekt für Pflegehaushalte mit Budgetbezug auf die Unterstützung des Case Managements zurückzuführen ist. Tatsächlich antworten über 50% der Pflegebedürftigen in der Programmgruppe, dass das Pflegebudget ohne die Unterstützung des Case Managers auf keinen Fall vorstellbar ist. Weitere 25% der Pflegebedürftigen in der Programmgruppe finden, dass das Pflegebudget ohne die Unterstützung des Case Managers eher nicht vorstellbar ist (siehe Tabelle 6-26).

Tabelle 6-26: Einschätzung der Personen in der Programmgruppe, ob das Pflegebudget auch ohne die Unterstützung des Case Managers vorstellbar ist

	Anzahl	Anteil
Ja, auf jeden Fall	6	10 %
Ja, vielleicht	5	8,3 %
Nein, eher nicht	15	25,0 %
Nein, auf keinen Fall	32	53,3 %
Weiß nicht	2	3,3 %
Gesamt	60	100 %

Nur für einen kleinen Teil der Budgetbezieher ist das Pflegebudget auch ohne den Case Manager denkbar. In der offenen Frage nach den Gründen, warum das Pflegebudget ihrer Meinung nach auch ohne Case Management möglich ist, stehen die eigenen Fähigkeiten, die Pflege noch selber planen zu können, im Vordergrund. Typische Antworten sind beispielsweise: „Die Probleme könnte ich auch selbst bewältigen“, „Was die Case-Managerin organisiert hat, könnte ich selbst machen“, „Ich bin ja selbst Krankenschwester“.

Die Mehrheit der Budgetbezieher ist jedoch der Meinung, dass das Pflegebudget eigentlich nur mit einem Case Management vorstellbar ist. Die offenen Antworten auf die Frage nach den Gründen für die große Bedeutung des Case Managements lassen sich anhand der verschiedenen Funktionen des Case Managements gruppieren und sind in Tabelle 6-27 dargestellt. Für einige scheint das Pflegebudget ohne den Case Manager schon deshalb nicht denkbar zu sein, weil dessen Aufklärung über das Projekt überhaupt erst zur Teilnahme an dem Modellprojekt führte. Die weitaus häufigeren Antworten betonen jedoch die Bedeutung der Beratung und Hilfe bei der Organisation der Pflege. Darüber hinaus wird von einigen Pflegebudgetbeziehern geäußert, dass es gut wäre, einen Ansprechpartner zu haben.

Tabelle 6-27: Beispiele für offene Antworten auf die Frage nach den Gründen für die große Bedeutung des Case Managements

Funktion des Case Managements	Beispielantworten
Beratung/Markttransparenz	„Gibt gute Tipps und Ratschläge“ „Es ist von großem Vorteil, eine gute Beratung zu haben“ „Sie ist sehr hilfreich in der Beratung“
Organisation der Pflege	„Sie plant alles und gibt Tipps“ „Sie kümmert sich um alles“ „Sie ist behilflich bei allen Angelegenheiten“ „Sie organisiert alles“
Ansprechpartner	„Man kann gut mit ihr sprechen“ „Man kann sich mit ihr auch mal unterhalten“ „Sie ist immer ansprechbar“ „Ich habe eine Ansprechpartnerin für alle Probleme“
Aufklärung über das Projekt	„Sie war von Anfang an da und hat den Vorschlag gemacht wegen des Pflegebudgets“ „Sie hat mich über das Pflegebudget aufgeklärt, sonst hätte ich dies nicht gemacht.“ „Sie hat uns alles erklärt, sonst hätten wir das nicht gewusst, was mir machen können“

Die Unterstützung durch den Case Manager wird somit von der Mehrzahl der Pflegebudgetbezieher als wichtig und hilfreich erachtet. Die zuvor beobachteten Entlastungseffekte für die Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen sind eine mögliche positive Wirkung dieser Unterstützung. Die Hilfe des Case Managers könnte sich jedoch auch darin niederschlagen, dass der Case Manager für mehr Markttransparenz sorgt und somit die Umsetzung eines individuell gestalteten Pflegearrangements erleichtert. In diesem Fall sollte es den Personen der Programmgruppe leichter fallen,

geeignete Helfer zu finden, die die gewünschte Leistung anbieten. Auf eine entsprechende Nachfrage geben 28,6% der Vergleichsgruppe an, es würde ihnen schwer fallen, geeignete Helfer zu finden, während der entsprechende Anteil in der Programmgruppe mit 11,7% signifikant niedriger ausfällt (p-Wert: 0,05). Möglicherweise wirkt sich hier das Wissen des Case Managers über das lokale Anbieterspektrum positiv aus. Neben dem Entlastungseffekt in der Organisation der Pflege, kann dies als eine positive Evidenz dafür gewertet werden, dass der Case Manager für eine größere Markttransparenz sorgt und Pflegehaushalte somit eventuell besser ihre Bedürfnisse am Markt umsetzen können.

6.4.9 Stabilität der häuslichen Versorgung

Eine aus der Sicht der Pflegekassen positive Wirkung des Pflegebudgets könnte darin liegen, dass das Pflegebudget zu einer Stabilisierung des häuslichen Pflegearrangements beiträgt, so dass eine ambulante Versorgung länger aufrecht erhalten werden kann, bevor ein Wechsel in die stationäre Versorgung notwendig wird. Wenn das Pflegebudget, wie auf Basis der Panelerhebung und der Zusatzerhebung aufgezeigt, Entlastungseffekte für nahe Angehörige mit sich bringt, kann dies möglicherweise die Stabilität der ambulanten Versorgung erhöhen. Zudem haben die Analysen auf Basis der laufenden Erhebung gezeigt, dass durch das Pflegebudget zusätzliche Helfer in das Pflegearrangement eingebunden werden. Auch dies könnte die Stabilität des Pflegearrangements verbessern, da der Ausfall eines einzigen Helfers eventuell besser durch die verbleibenden Helfer aufgefangen werden kann.

Zur Abschätzung einer veränderten Stabilität der Versorgungssituation wurde in der Zusatzbefragung die Neigung erhoben, bei bestimmten (hypothetischen) Ereignissen in die stationäre Versorgung zu wechseln. Typische Ereignisse, die einen Wechsel in eine stationäre Versorgung auslösen können, sind

- ein sich verschlechternder Gesundheitszustand und
- der Wegfall der Helfer (nicht Pflegedienste).

Durch einen Vergleich der Programm- und Vergleichsgruppe hinsichtlich der Frage, ob ein entsprechendes Ereignis einen Wechsel in eine stationäre Versorgung notwendig machen würde, können eventuelle Unterschiede in der Stabilität der ambulanten Versorgung sichtbar gemacht werden.

Vor der Auswertung von möglichen Unterschieden zwischen Programm- und Vergleichsgruppe ist es interessant, in Tabelle 6-28 zunächst Unterschiede in der Bedeutung verschiedener Helfer für die Stabilität der häuslichen Versorgung zu betrachten. Die Stabilität der ambulanten Versorgung hängt demnach besonders davon ab, ob der Ehe-/bzw. Lebenspartner weiterhin für die Unterstützung des Pflegebedürftigen zur Verfügung steht. Zwei Drittel der durch Ehe-/bzw. Lebenspartner gepflegten Pflegebedürftigen geben an, dass eine ambulante Versorgung ohne diese Unterstützung nicht länger denkbar wäre. Der Wegfall der (Schwieger-)Kinder bzw. anderer Angehöriger als Helfer des Pflegearrangements wird in etwa einem Drittel der Fälle ebenfalls als Auslöser für einen Wechsels in die stationäre Versorgung gesehen. Weniger bedeutsam für die Stabilität der häuslichen Pflege sind hingegen Freunde und Bekannte bzw. die unabhängig von einem Pflegedienst tätigen Pflegekräfte. Interessanterweise sind unter den gewerblich orientierten Helfern die anderen beruflich-gewerblichen Helfer ähnlich wichtig für die Versorgungsstabilität wie die anderen Angehörigen. Die unterschiedliche Bedeutung der verschiedenen Helfergruppen für die Stabilität der ambulanten Versorgung ist zudem hochsignifikant.

Tabelle 6-28: Bedeutung eines Helfers für die Möglichkeit einer ambulanten Versorgung nach Helfergruppen: Macht der Wegfall eines Helfers einen Umzug in die stationäre Versorgung notwendig?

Helfertypen	Ja	Nein	N	Typ
Ehe-/Lebenspartner	65,5%	34,5%	29	I
(Schwieger-) Kinder	30,8%	69,2%	52	I
Andere Angehörige	41,4%	58,6%	29	I
Bekannte, Nachbarn, Freunde, Ehrenamtliche, freiwillige Helfer	24,1%	75,9%	29	II
Krankenschwester / Pflegekraft, die unabhängig von einem Pflegedienst tätig ist	22,2%	77,8%	18	IV
Andere medizinisch-therapeutische und beruflich-gewerbliche Helfer	35,0%	65,0%	20	III/IV
Zahl der Helfer	65	112	177	
Pearson $\chi^2(7) = 15,5 \rightarrow$ P-Wert = 0,010				

Wie schätzen nun Personen der Programm- und Vergleichsgruppe die ambulante Versorgungsstabilität für den (hypothetischen) Fall ein, dass einzelne Helfer keine Unterstützung mehr leisten könnten? Und welchen Einfluss hätte ein sich verschlech-

ternder Gesundheitszustand auf die Möglichkeit, weiterhin ambulant versorgt zu werden? Tabelle 6-29 zeigt die entsprechenden Einschätzungen der Programm- und Vergleichsgruppe. Im Falle eines sich verschlechternden Gesundheitszustandes geben nur knapp 14% der Pflegebedürftigen der Programmgruppe an, dass ein Umzug in eine stationäre Einrichtung notwendig wäre, während der entsprechende Anteil in der Vergleichsgruppe mit 27% größer ist. Der Unterschied verfehlt jedoch das 10%-Signifikanzniveau. Während der Wegfall einer Hauptpflegeperson für beide Gruppen ein ähnlich hohes Risiko für einen Wechsel in die stationäre Versorgung darstellt, ist das Risiko eines Wechsels in die stationäre Versorgung in der Programmgruppe gegenüber der Vergleichsgruppe signifikant abgesenkt, wenn ein Helfer wegfällt, der nicht als Hauptpflegeperson betrachtet wird. Zumindest hinsichtlich des Wegfalls von Helfern, die sich nicht überwiegend kümmern, zeigt sich somit eine höhere Versorgungsstabilität in der Programm- im Vergleich zur Vergleichsgruppe. Damit käme dem Pflegebudget in begrenztem Maße eine stabilisierende Rolle zu, die sich in einem längeren Verbleib in der ambulanten Versorgung und einer Reduktion des sogenannten Heimsogs niederschlagen könnte. Ein Indikator für eine Stabilisierung der ambulanten Versorgung aufgrund des Pflegebudgets ist zudem, dass etwas mehr als die Hälfte der Personen der Programmgruppe im Rahmen der Befragung angeben, dass es ohne das Pflegebudget nicht möglich wäre, zu Hause zu wohnen und ambulant versorgt zu werden.

Tabelle 6-29: Anteil der Pflegebedürftigen, die den Wegfall von Helfern bzw. eine Verschlechterung des Gesundheitszustands als einen Umzugsgrund in eine stationäre Versorgung betrachten

	Zahl der Fälle*		Anteil „Ja“		P-Wert (Chi ² -Test)
	N_PG	N_VG	PG	VG	
Gesundheitszustand schlechter	58	26	13,8%	26,9%	0,146
Helfer fällt weg	120	57	34,2%	42,1%	0,306
Davon					
- Hauptpflegeperson	59	29	57,6%	55,2%	0,827
- keine Hauptpflegeperson	61	28	11,5%	28,6%	0,045

* Die Frage nach dem Gesundheitszustand wird für die Pflegebedürftigen erfragt, die Frage nach der Bedeutung der Helfer für jeden einzelnen Helfer.

6.5 Resümee der Teilnehmer des Modellprojekts

Ein Ziel der Zusatzerhebung lag unter anderem darin, die bestehenden Erfahrungen der Budgetbezieher zu nutzen, um herauszufinden, inwiefern die Ausgestaltung des Pflegebudgets von den Beziehern als sinnvoll betrachtet wird und ob es Anregungen gibt, wie das Pflegebudget (aus Sicht der Pflegebedürftigen) verbessert werden könnte. Die Personen der Programmgruppe wurden daher gefragt, was ihrer Meinung nach am Pflegebudget noch geändert werden sollte, bevor es als Regelleistung der Pflegeversicherung eingeführt würde. Zudem wurde sowohl der Programm- als auch der Vergleichsgruppe am Schluss der Befragung die Möglichkeit eingeräumt, sich offen zu weiteren Aspekten des Pflegebudgets zu äußern, die in der Befragung nicht angesprochen wurden. Die Vergleichsgruppe wurde außerdem gefragt, ob sie eine Regelleistung Pflegebudget (wieder) wählen würden und welche Gründe für die Wahl sprächen. Mit diesen offenen Fragen an die Programm- und Vergleichsgruppe sollen Meinungen und Ansichten der Betroffenen in die Betrachtung einbezogen werden. Vorausgeschickt werden sollte, dass die dabei gemachten Aussagen als weitere Informationen zur Einschätzung von Bedürfnissen und Wirkungen angesehen werden müssen; sie stellen keine unmittelbaren Handlungsempfehlungen dar.

Von den 60 Pflegebedürftigen der Programmgruppe haben mehr als ein Drittel (23 Personen) keine Vorschläge zu einer Verbesserung des Pflegebudgets. Etwa ein Viertel der Personen (16 Personen) geben an, dass das Pflegebudget in seiner momentanen Ausgestaltung in Ordnung ist. Sie sehen keinen Veränderungsbedarf. Etwa 10% der Budgetbezieher wünschen sich noch mehr finanzielle Unterstützung und finden den Leistungsumfang des Pflegebudgets zu niedrig. In diesem Zusammenhang wird von einer Person auch geäußert, es müsse vor allem mehr Geld für Menschen mit Demenz geben. Eine weitere Person möchte auch Hilfsmittel wie „Hanteln, Sprossenwand“ bezahlen und findet die Zweckbindung des Pflegebudgets daher zu restriktiv. Vier Budgetbezieher halten zudem eine Bezahlung der Angehörigen für erforderlich. Dass sich zu dem letzten Punkt nur 5% der Budgetbezieher äußern, hängt vermutlich damit zusammen, dass es sich bei den Teilnehmern des Modellversuchs bereits um Personen handelt, die auf die Bezahlung der (nahen) Angehörigen verzichten können. Unter den Pflegegeldbezieher, die sich gegen die Teilnahme am Modellprojekt entschieden haben, war der Ausschluss der Angehörigenvergütung jedoch ein Hauptmotiv für die Ablehnung des Pflegebudgets (vgl. Spiegel, 2006). Auf Nachfrage geben dennoch 20% der Personen in der Programmgruppe an, der Aus-

schluss der Angehörigenvergütung sei für sie eine Einschränkung. Abgesehen von dieser Einschränkung und dem Wunsch ein höheres Leistungsniveau zu erhalten, sind die Bezieher des Pflegebudgets mit der momentanen Ausgestaltung dennoch zufrieden.

In der Vergleichsgruppe würden 83% (24 von 29) der Personen das Pflegebudget bei einer gesetzlichen Einführung wählen. 10% lehnen es für sich ab, während 7% sich unentschlossen äußern. Bei der Nachfrage nach den Gründen für die Entscheidung für das Pflegebudget überwiegen Äußerungen, die aufgrund der Leistungsausdehnung die Möglichkeit sehen, die Versorgung zu verbessern:

- *„weil es mehr Geld gibt. Mir wurde gesagt es gibt pro Monat ca. 1.400 Euro“*
- *„damit ich mir die Hilfe leisten kann, die ich brauche. Aus eigenen Mitteln könnte ich die nicht bezahlen.“*
- *„weil sie sich finanziell dann besser stehen würde. Man könnte den Frauen mehr bezahlen.“*
- *„weil es ohne die finanzielle Hilfe der Pflegeversicherung nicht geht.“*
- *„weil vieles leichter wäre. Wir könnten deutsche Hilfe statt polnischer wählen.“*
- *„dann kann die Pflege individueller gestaltet werden, ohne auf das Geld schauen zu müssen“*
- *„weil es viel mehr Geld gibt. Man könnte Krankenschwestern einstellen, man wäre nicht auf einen Pflegedienst angewiesen*
- *„weil ich dann mehr Unterstützung und Geld dafür bekäme“*
- *„Das Pflegebudget ist eine finanzielle Entlastung“*
- *„Ich hätte mehr Möglichkeiten, Fachkräfte zu beauftragen“*
- *„weil es finanziell attraktiver ist“*
- *„weil es mehr Pflegegeld gibt und ich kann mir dann jemanden suchen, der mir hilft, beim Putzen, Waschen usw.“*

Eine interessante anekdotische Evidenz ist, dass das Pflegebudget im letzten Kommentar als ein Pflegegeld wahrgenommen wird, welches lediglich ein höheres Leistungsniveau mit sich bringt. Darüber hinaus wird von einem weiteren Drittel die Hoff-

nung geäußert, dass mit dem Pflegebudget eine bessere Versorgung möglich wäre, ohne die genauen Gründe dafür zu benennen. In zwei weiteren Äußerungen steht hingegen die Freiheit und Autonomie im Vordergrund:

- *„wenn man diese Leistungen bekommt, weiß man, was man zur Verfügung hat und kann sich jemand suchen, der einen versorgt, indem man diese finanzielle Leistung selbst einteilt. Man ist dadurch noch etwas mehr Mensch.“*
- *„weil sie [die Pflegebedürftige] das Budget (mehr Freiheit, für wen das Geld ausgegeben wird) gut findet“*

Bei den drei Personen, die sich gegen das Pflegebudget entscheiden würden, wenn dieses als Regelleistung der Pflegeversicherung zur Verfügung stehen würde, stehen hingegen die Bedenken im Vordergrund, das Pflegebudget sei zu umständlich und brächte zu viel Bürokratie und Bewilligungshemmnisse mit sich.

Die Äußerungen machen deutlich, dass der wichtigste Vorteil des Pflegebudgets gegenüber dem Pflegegeld in dessen höherem Leistungssatz aus Sicht der Pflegebedürftigen liegt. Andere Aspekte werden nur am Rand oder gar nicht (Case Management) erwähnt. Natürlich muss dabei berücksichtigt werden, dass es sich hierbei um die Meinungen derjenigen handelt, die sich für eine Teilnahme am Modellprojekt entschieden haben und für die die Vorteile des Pflegebudgets somit insgesamt überwiegen sollten. Die Tatsache, dass für diese Gruppe der Anstieg des Leistungssatzes den Nachteil der eingeschränkten Verwendungsmöglichkeit überwiegt, sagt somit noch nichts darüber aus, wie attraktiv das Pflegebudget für die Bezieher des Pflegegeldes insgesamt ist. Die Untersuchung der Gründe für eine Ablehnung der Teilnahme am Modellprojekt deutet darauf hin, dass der Vorteil des steigenden Leistungssatzes nicht für alle Pflegegeldbezieher den Nachteil der eingeschränkten Verwendungsmöglichkeit überwiegt (vgl. Spiegel, 2006).

6.6 Fazit der Befragung in Neuwied

Mit den Informationen der Zusatzerhebung am Standort Neuwied konnten wichtige, über die laufende Erhebung hinausgehende Erkenntnisse über die Wirkungen des personengebundenen Pflegebudgets im Vergleich zum Pflegegeld in der Gestaltung des Pflegearrangements und deren Ausgabenstruktur gewonnen werden. Zum einen beinhaltet die Zusatzbefragung eine Reihe von Fragen zur Organisation und den

Rahmenbedingungen des Pflegebudgets und erfragt zudem auch die Erfahrungen der Pflegebedürftigen mit dem Bezug des Pflegebudgets. Darüber hinaus erlaubt die Zusatzbefragung eine im Vergleich zur Panelerhebung detailliertere Analyse zentraler Aspekte des Pflegebudgets wie z.B. der Ausgabenstruktur und der zeitlichen Struktur der Pflege.

Die Ergebnisse der Zusatzerhebung deuten insbesondere darauf hin, dass ...

- ... das Pflegebudget wie bereits auf Basis der laufenden Erhebung festgestellt, zu einem höheren Formalisierungsgrad des Pflegearrangements beiträgt. Vor allem 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. Dieser Effekt wurde in der Literatur auch als „woodwork effect“ bezeichnet (Grabowski, 2006). Die Versorgung ist damit aus Sicht der Pflegeversicherung kostenineffizient gegenüber dem Pflegegeld.
- ... 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 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 Bera-

tung 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 Programm- im Vergleich zur Vergleichsgruppe festzustellen ist.

... das Pflegebudget eine leichte Stabilisierung der ambulanten Versorgung mit sich bringt. 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 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 Programm- 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. Die für eine Kostenneutralität notwendige Verlängerung der ambulan-

ten Versorgung durch das Pflegebudget im Vergleich zum Pflegegeld ist Inhalt des nächsten Abschnitts.

Es ist jedoch zu bemerken, dass sich die hier festgestellten Effekte des Pflegebudgets auf die Gruppe derer beziehen, die sich für einen Wechsel vom Pflegegeld in das Pflegebudget entscheiden. Entsprechend der Befragung der Interessenten am Pflegebudget (Spiegel, 2006) sind dies nur etwa 30% % der Pflegegeldbezieher. Allerdings dürfen die Modellbedingungen bei diesen Zahlen nicht außer Acht gelassen werden. Eine nicht unerhebliche Zahl an Pflegebedürftigen bevorzugt somit auch trotz des höheren Leistungsniveaus weiterhin das Pflegegeld, da es die Vergütung von Angehörigen ermöglicht. So lehnten Pflegegeldbezieher vor allem an dem Modellstandort Erfurt und in geringerem Maße in Neuwied eine Beteiligung am Projekt aus diesem Grunde ab (siehe AGP, 2006:93). Die Ergebnisse der Neuwieder Befragung können folglich nicht auf alle Pflegegeldbezieher übertragen werden.

7 Die Kosten des personenbezogenen Pflegebudgets

Im Vordergrund dieses Berichtsteils steht die Abschätzung der mit einer flächendeckenden Einführung eines personenbezogenen Budgets verbundenen finanziellen Kosten aus Sicht der sozialen Pflegeversicherung (SPV). Dabei gehen wir zunächst davon aus, dass die Einführung des Pflegebudgets so erfolgen würde, wie es im Rahmen des Modellversuchs erprobt wurde: Als eine zusätzliche Regelleistungsoption in der Leistungshöhe der Sachleistung neben den bereits bestehenden Sachleistungen, Kombileistungen und dem Pflegegeld. Bei dieser Kostenanalyse handelt es sich um eine statische Partialanalyse. So wird ein um das Pflegebudget erweitertes Leistungssystem mit dem Status quo des bestehenden Leistungssystems hinsichtlich der Bezieher der verschiedenen Leistungsarten und Pflegestufen verglichen. Infolge demographischer und gesellschaftlicher Veränderungen können und werden sich jedoch Änderungen der Nachfrage seitens der Pflegehaushalte hinsichtlich des gewünschten Pflegearrangements ergeben. So ist bei einer zukünftig zu erwartenden Reduktion des informellen Pflegepotenzials und einer gleichzeitig steigenden Zahl von Pflegebedürftigen mit einem starken Anstieg der stationär Versorgten und einem steigenden Anteil von Sachleistungsempfängern unter den ambulant Versorgten zu rechnen (siehe z.B. Schulz et al., 2001). Entsprechende Szenarien zur langfristigen Entwicklung der Pflegearrangements von Pflegehaushalten sind jedoch mit großen Unsicherheiten verbunden. Zudem ist es auf Basis des Modellprojektes nicht möglich vorherzusagen, welche Rolle das Pflegebudget unter solch veränderten Rahmenbedingungen einnähme.

Die Kostenanalyse in diesem Abschnitt beschränkt sich daher auf eine statische Perspektive und berechnet Szenarien lediglich für die aus Sicht der Pflegekassen³⁰ kurzfristig zu erwartenden Kosten einer Einführung des Pflegebudgets als zusätzliche Regelleistung der SPV. Nicht berücksichtigt werden bei diesen Berechnungen mögliche Kostenersparnisse aufgrund reduzierter Verwaltungskosten und einer Reduktion der Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGBXI sowie der Möglichkeit, die MDK-Begutachtung durch das Case Management durchführen zu lassen. Darüber hinaus bleiben in der statischen Berechnung der fiskalischen Kosten dynamische Kosten-

³⁰ Die Einführung eines Pflegebudgets im Rahmen des derzeitigen Leistungsrechts könnte auch Kosteneffekte auf andere Träger ausüben. So ist es wahrscheinlich, dass ein Ausgabenanstieg für SPV Leistungen mit einer Reduktion der Ausgaben der Träger der Grundsicherung einhergeht. Zudem zeigen qualitative Fallstudien, dass die Begleitung von Pflegebedürftigen durch ein Case Management zu einer verbesserten Prozesssteuerung führt, welches möglicherweise eine Reduktion der SGV V Ausgaben mit sich bringt. Kosteneffekte auf andere Träger werden hier jedoch ebenso wenig betrachtet, wie die Kosten eines Pflegebudgets aus einer gesamtwirtschaftlichen Perspektive.

einsparungen ausgeklammert. Diese sind möglich, wenn das Pflegebudget zu einer Stabilisierung der ambulanten Versorgung beiträgt und Pflegebedürftige somit länger ambulant versorgt werden können, bevor ein Wechsel in die teurere stationäre Versorgung notwendig wird.

Die Relevanz dieser potenziell Kosten dämmenden Faktoren sowie eine mögliche langfristige Kostenentwicklung unter Berücksichtigung der sich abzeichnenden demographischen und gesellschaftlichen Veränderungen werden zum Schluss dieses Abschnitts diskutiert und – sofern möglich – mit Zahlen untermauert. Zusätzlich zu den geschätzten Effekten auf die kurzfristige, statische Kostenentwicklung aus Sicht der sozialen Pflegeversicherung gibt dies wertvolle Hinweise auf die Finanzierbarkeit einer Einführung des Pflegebudgets im Rahmen eines ansonsten unveränderten Leistungsrechts. Die Kostenanalyse schafft somit eine Diskussionsgrundlage dafür, ob die Einführung eines Pflegebudgets gegebenenfalls weitere Änderungen des Leistungsrechts notwendig macht.

7.1 Die statischen Mehrkosten der Versorgung durch das Pflegebudget auf der individuellen Ebene

In einer statischen Betrachtung führt die Einführung des Pflegebudgets als zusätzliche Regelleistungsoption zu einem Anstieg der Leistungsausgaben für die SPV, da je nach der zuvor bezogenen Regelleistung und Pflegestufe unterschiedlich hohe Mehrkosten bei einem Wechsel in das Pflegebudget entstehen. Insbesondere fallen aus zwei Gründen zunächst Mehrkosten an:

- Die Leistungshöhe des Pflegebudgets entspricht der Leistungshöhe der Sachleistung. Zukünftige Budgetbezieher rekrutieren sich auch aus Regelleistungsgruppen mit zuvor niedrigeren Leistungssätzen.
- Das Case Management verursacht zusätzliche Kosten.

Personen, die sich für das Pflegebudget anstelle von Pflegegeld oder Kombinationsleistungen entscheiden, erfahren daher eine Leistungsausdehnung in Höhe der Differenz der Leistungshöhen. Darüber hinaus entstehen für alle Pflegebudgetbezieher Kosten durch das zusätzlich zum Leistungsumfang gewährte Case Management. Zur Abschätzung der durch das Case Management verursachten Kosten, werden in Tabelle 7-1 drei Szenarien verwendet.

Die in Szenario A und B zugrunde gelegten Gehälter der Case Manager orientieren sich an den im Modellprojekt bezahlten Gehältern des öffentlichen Dienstes. Darüber hinaus wurde ein relativ umfangreicher Gemeinkostenzuschlag angenommen, da neben der Einrichtung und Unterhaltung eines Büros für das Case Management zusätzliche Kosten durch Hausbesuche zu erwarten sind. Bei der Betreuungsrelation gehen wir in Szenario I von nur 50 Betreuten pro Case Manager aus, in einem zweiten Szenario hingegen von 100 Betreuten. Eine Betreuungsrelation von 100 entspricht der vom Bundesgesundheitsministerium geplanten Betreuungsrelation für das ab dem 1. Juli 2008 sukzessive bundesweit für jeden Pflegebedürftigen eingeführte Case Management (BMG, 2007). Die derzeitige Betreuungsrelation im Modellprojekt liegt im Schnitt mit etwa 25 Budgetempfängern pro Case Manager jedoch deutlich niedriger. Allerdings ist die Arbeit der Case Manager im Projekt stark durch Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitforschung geprägt, die zukünftig nicht mehr anfielen. So konnte in einer Zeiterhebungsstudie festgestellt werden, dass Case Manager durchschnittlich etwa 20% ihrer Arbeitszeit auf die Begleitforschung und die Implementation des Modellprojekts aufgewandt haben (vgl. Kapitel 6 des AGP-Endberichts, 2008). Alternativ betrachten wir daher ein Szenario mit einer Betreuungsrelation von 50. Das dritte Szenario hingegen greift die Gesetzesänderung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes, welches zum 1. Juli 2008 in Kraft tritt, auf. Diese Gesetzesänderung sieht bereits die Einführung eines flächendeckenden Case Managements vor und finanziert dieses über eine Erhöhung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung. In einem dritten Szenario gehen wir daher davon aus, dass keine zusätzlichen Case Managementkosten durch die Einführung eines Pflegebudgets entstünden. Dennoch verursacht das Pflegebudget gegenüber den bestehenden Regelleistungen aufgrund der höheren Leistungssätze Mehrkosten.

Tabelle 7-1: Szenarien der Kostenkalkulation für das Case Management in Westdeutschland

	Szenario A	Szenario B	Szenario C
TVöD West: Tarif (Stufe)	10(3)	10(3)	Keine zusätzlichen Kosten, da ein Case Management mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz für alle Regelleistungen
Bruttogehalt	35.840	35.840	
Zuschlag Arbeitgeberbeiträge	1,2715	1,2715	
Zuschlag Gemeinkosten	1,4	1,4	

Zahl der Betreuten pro Case Manager/in	50	100	ab Juli 2008 eingeführt wird.
Monatliche Kosten pro Fall	106,3	53,2	0

Tabelle 7-2 gibt Auskunft über die sich ergebenden Mehrkosten nach Pflegestufe und Art der vorher bezogenen Leistungen unter Berücksichtigung der drei Kosten-szenarien des Case Managements. Härtefälle werden aus Gründen der Vereinfachung nicht betrachtet. Die Mehrkosten des Szenarios C entsprechen ausschließlich den durch die höheren Leistungssätze verursachten Mehrkosten. Für die beiden anderen Szenarien addieren sich jeweils noch die Kosten des Case Managements, so dass trotz konstanter Leistungshöhe auch für vorherige Sachleistungsbezieher Mehrkosten entstehen. Tabelle 7-2 zeigt zudem, dass die zusätzlichen Kosten durch einen Wechsel vom Pflegegeld in das Pflegebudget die zusätzlichen Kosten bei einem Wechsel der anderen Leistungsformen in das Pflegebudget deutlich übersteigen. Zudem steigen die Zusatzkosten mit der Pflegestufe tendenziell an, wenn zuvor Geldleistungen bezogen wurden.

Tabelle 7-2: Mehrkosten pro Person und Monat beim Wechsel von der ambulanten Regelleistung in das Pflegebudget in Westdeutschland

	Pflegegeld	Kombileistungen	Sachleistungen
Szenario A			
Pflegestufe I	285	151	106
Pflegestufe II	617	234	106
Pflegestufe III	873	298	106
Szenario B			
Pflegestufe I	232	98	53
Pflegestufe II	564	181	53
Pflegestufe III	820	245	53
Szenario C			
Pflegestufe I	179	45	0
Pflegestufe II	511	128	0
Pflegestufe III	767	192	0

Anm.: Szenarien siehe Tabelle 7.1; Kombinationsleistung mit 75% Sachleistungsquote

7.2 Die Kosten für die Versicherer bei bundesweiter Einführung in einer statischen und kurzfristigen Analyse

In welchem Maße das Pflegebudget in einer kurzfristigen, statischen Perspektive zu Kostensteigerungen aus Sicht der Pflegeversicherung führt, hängt folglich entscheidend davon ab, welche Gruppen von Pflegebedürftigen, d.h. Pflegebedürftige welcher Pflegestufen und Leistungsarten, sich in welchem Maße nach einer bundesweiten Einführung des Pflegebudgets für das Pflegebudget entscheiden würden. Zur Abschätzung der Kostenentwicklung aus Sicht der Pflegeversicherung ist es daher notwendig, die Zahl der zukünftigen Pflegebudgetbezieher und deren Verteilung nach Pflegestufen und Regelleistung zu prognostizieren. Zu diesem Zweck ist es erforderlich, für jede dieser Teilgruppen eine erwartete Wahrscheinlichkeit eines Wechsels in das Pflegebudget zu bestimmen. Da diese Wahrscheinlichkeiten lediglich auf Basis der vorhandenen Informationen des Modellprojektes abgeschätzt werden können, wird eine Reihe von Szenarien verwendet, die sowohl eine wahrscheinliche Untergrenze, als auch eine Obergrenze der zu erwartenden Teilnahme widerspiegeln. Tabelle 7-3 beschreibt die Szenarien und deren zugrunde liegenden Annahmen.

Tabelle 7-3: Szenarien für die Berechnung der Kosten bei bundesweiter Einführung eines personengebundenen Pflegebudgets als Regelleistung

Szenario	Wahrscheinlichkeiten eines Wechsels in das Pflegebudget nach Leistungsarten und Pflegestufe ...
I.I	... entsprechen den Teilnahmequoten der Teilnehmer in Neuwied und Erfurt nach Leistungsart und Pflegestufe bei einem Bekanntheitsgrad von 50%
I.II	... entsprechen der durchschnittlichen Teilnahmequote in Neuwied und Erfurt bei einem Bekanntheitsgrad von 50%
II.I	... entsprechen den Teilnahmequoten der Teilnehmer in Neuwied und Erfurt nach Leistungsart und Pflegestufe bei einem Bekanntheitsgrad von 25%
II.II	... entsprechen der durchschnittlichen Teilnahmequote in Neuwied und Erfurt bei einem Bekanntheitsgrad von 25%
III.I	... entsprechen der Teilnahmequoten unter allen Interessenten in Neuwied und Erfurt nach Leistungsarten
III.II	... entsprechen der durchschnittlichen Teilnahmequote unter allen Interessenten in Neuwied und Erfurt
IV.I	... entsprechen der um eine projektbedingte Nicht-Teilnahme korrigierten Teilnahmequoten unter allen Interessenten in Neuwied und Erfurt nach Leis-

tungsarten

IV.II ... entsprechen der um eine projektbedingte Nicht-Teilnahme korrigierten durchschnittlichen Teilnahmequote unter allen Interessenten in Neuwied und Erfurt

Für ein erstes Szenario liefern die beobachteten Teilnahmequoten an den Standorten Neuwied und Erfurt, d.h. die Teilnehmer im Projekt bezogen auf die ambulant versorgten Pflegebedürftigen an den Standorten, einen Anhaltspunkt. Wie in Abschnitt 3.1 gezeigt, handelt es sich bei diesen Standorten um die einzigen Standorte, an denen nahezu alle Pflegebedürftigen teilnahmeberechtigt waren. Die Zahl der dort beobachteten Teilnehmer lässt sich somit mit der Zahl der dort ansässigen ambulant versorgten Pflegebedürftigen in Bezug setzen, um Teilnahmequoten für die einzelnen Pflegestufen und Regelleistungen zu bestimmen. Die im Rahmen des Modellprojektes beobachteten Teilnahmequoten sollten jedoch eine Unterschätzung des zukünftigen Anteils der Budgetempfänger an allen ambulant versorgten Pflegebedürftigen sein.

Dies hängt damit zusammen, dass der Bekanntheitsgrad des Pflegebudgets im Rahmen des Modellprojektes als geringer eingeschätzt werden muss als im Falle einer Einführung des Pflegebudgets als Regelleistung. Zwar wurden in Erfurt und Neuwied eine große Zahl von Informationsveranstaltungen durchgeführt, die zudem durch Anschreiben der Pflegekassen und Beiträge in den Printmedien ergänzt wurden (vgl. AGP, 2007). Dennoch ist nicht davon auszugehen, dass jeder potenziell Teilnahmeberechtigte ausreichend informiert war, um eine Teilnahme ernsthaft in Erwägung zu ziehen. Im Falle einer Einführung des Pflegebudgets als Regelleistung hingegen würde der Pflegebedürftige unmittelbar vor die Wahl zwischen den verschiedenen Leistungen gestellt. Die an den Modellstandorten beobachteten Teilnahmequoten sind somit sehr wahrscheinlich niedriger als im Falle einer Regelleistung Pflegebudget. Es ist jedoch schwierig abzuschätzen, wie hoch dieser Bekanntheitsgrad anzusetzen ist. Aus diesem Grund arbeiten wir mit zwei verschiedenen Szenarien.

Als eine Untergrenze (Szenario I.I) nehmen wir an, dass jeder zweite ambulant versorgte Pflegebedürftige so umfassend von dem Modellprojekt informiert war, dass eine Teilnahme tatsächlich in Erwägung gezogen wurde. Die Teilnehmer an dem Modellprojekt rekrutierten sich demnach aus einem Kreis von Informierten, welcher

der Hälfte der Grundgesamtheit aller ambulant versorgten Pflegebedürftigen am Modellstandort entspricht. Bezogen auf eine auf die Hälfte reduzierte Grundgesamtheit in Neuwied und Erfurt nehmen im Schnitt 7,5% der ambulant versorgten Pflegebedürftigen am Modellprojekt teil. In einer Variante dieses Szenarios wird von einem niedrigeren Bekanntheitsgrad von 25 % ausgegangen, d.h. nur jeder Vierte hat an den Modellstandorten die Teilnahme am Modellprojekt tatsächlich in Erwägung gezogen (Szenario II.I). Die resultierenden Teilnahmequoten sind mit im Schnitt 15% der ambulant versorgten Pflegebedürftigen für dieses Szenario doppelt so hoch wie für das erste Szenario.

Ein drittes Szenario (Szenario III.I) geht davon aus, dass die Teilnahmequoten unter den Interessenten, d.h. unter den Pflegebedürftigen, die sich über das Pflegebudget beim zuständigen Pflegebudgetbüro informiert haben, die relevanten Teilnahmequoten sind, die auf eine Grundgesamtheit von ambulant versorgten Pflegebedürftigen übertragen werden können. Denn bei dieser Gruppe handelt es sich auf jeden Fall um Personen, die ausreichend über das Pflegebudget informiert waren, um eine Entscheidung für oder gegen das Pflegebudget zu treffen. Die Übertragung der Teilnahmequoten auf die Grundgesamtheit setzt jedoch die Annahme voraus, dass sich die Interessenten in ihrem Verhalten nicht von dem Verhalten der Grundgesamtheit unterscheiden. Denkbar wäre jedoch, dass es sich bei den Interessenten bereits um Personen handelt, die mit der aktuellen Versorgungssituation unzufrieden sind und somit eine erhöhte Neigung haben, alternative Versorgungsformen auszuprobieren. Zudem könnte es sich um besonders aktive Personen handeln, die auch den experimentellen Charakter des Modellprojekts nicht scheuen. Zumindest was die Zusammensetzung der Interessenten hinsichtlich der Pflegestufe bzw. Leistungsart betrifft, gibt es jedoch keine signifikanten Abweichungen zur Grundgesamtheit der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in Neuwied und Erfurt. Dies kann als Evidenz gewertet werden, dass eine Selektion der Interessenten von untergeordneter Bedeutung ist und die Teilnahmequoten der Interessenten somit einen Anhaltspunkt für die zukünftige Bereitschaft darstellen, in das Pflegebudget zu wechseln. Insgesamt nehmen von 615 Interessenten in Neuwied und Erfurt 32% der Pflegegeldbezieher, 48% der Kombileistungsbezieher und 44% der Sachleistungsbezieher teil, wobei dieser Anteil mit der Pflegestufe leicht variiert.

Ein viertes Szenario (Szenario IV.I) beruht ebenfalls auf den Teilnahmequoten der Interessenten, korrigiert diese aber dafür, dass ein Grund für die Nicht-Teilnahme der

Modellcharakter des Projektes ist. In einer Studie zu den Ablehnungsgründen unter den Interessenten am Pflegebudget in Neuwied und Erfurt (vgl. Meng, 2006) gaben etwa 10% der Nicht-Teilnehmer an, eine Teilnahme wegen der wissenschaftlichen Begleitforschung bzw. der Unsicherheit über den tatsächlichen Bezug des Pflegebudgets abzulehnen. Bei diesen 10% kann daher im Falle einer bundesweiten Einführung des Pflegebudgets von einem Wechsel in das Pflegebudget ausgegangen werden. Die Teilnahmequoten im Falle einer Einführung des Pflegebudgets als Regelleistung erhöhen sich somit um weitere 10% der Nicht-Teilnehmer unter den Interessenten.

Zu Vergleichszwecken wird zu den vier Szenarien ein zusätzliches Szenario diskutiert, welches davon ausgeht, dass sich alle Budgetbezieher in gleichem Maße aus den verschiedenen Leistungsgruppen rekrutieren. Mit anderen Worten, die durchschnittliche Teilnahmequote wird auf alle Leistungsgruppen und Pflegestufen übertragen. Ziel dieses Vergleichsszenarios ist es, den Unterschied zwischen dem Niveau des Bezugs von Pflegebudgets und der Zusammensetzung der Budgetbezieher sichtbar zu machen.

Nicht auszuschließen ist, dass auch die Szenarien auf Basis der Teilnahmequoten unter den Interessenten (Szenarien III und IV) die zukünftige Zahl der Budgetempfänger noch unterschätzen, wenn sich das Pflegebudget mit der Zeit als Regelleistung etabliert und das Erfahrungswissen mit dieser Leistungsform wächst. In welchem Maße sich dies auf die Zahl der Budgetempfänger in der mittleren und längeren Frist auswirkt, kann hier jedoch nicht abgeschätzt werden. Tabelle 7-4 zeigt die prognostizierten Wahrscheinlichkeiten für die verschiedenen Szenarien nach Leistungsart und Pflegestufe, bei einer bundesweiten Einführung in das Pflegebudget zu wechseln. Für die in Tabelle 7-3 beschriebenen Szenarien x.II entsprechen die Wahrscheinlichkeiten für alle Gruppen jeweils der durchschnittlichen Wahrscheinlichkeit des Szenarios x.I. Die so bestimmten Anteile lassen sich nun auf die aktuelle Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland (siehe Tabelle 7-5) übertragen, um so die kontrafaktische Zahl der heutigen Budgetempfänger im Falle eines Leistungssystems mit personengebundenem Pflegebudget zu berechnen. Für die so ermittelten Budgetempfänger lassen sich dann auf Basis der in Tabelle 7-2 berechneten gruppenspezifischen Mehrkosten eines Wechsels in das Pflegebudget die insgesamt anfallenden monatlichen Mehrkosten aus Sicht der sozialen Pflegeversicherung bestim-

men. Dabei werden bei den Mehrkosten die drei Szenarien bzgl. der Case Managementkosten berücksichtigt³¹.

Tabelle 7-4: Prognostizierte Anteile der Budgetempfänger im Falle einer Einführung des Pflegebudgets als Regelleistung, verschiedene Szenarien

	Pflegegeld	Kombileistung	Sachleistung	Gesamt
Szenario I.I – Teilnehmer Neuwied/Erfurt, Bekanntheitsgrad 50%				
Pflegestufe I	6,6%	7,1%	13,3%	7,7%
Pflegestufe II	6,9%	8,2%	7,7%	7,3%
Pflegestufe III	8,3%	4,7%	8,4%	7,3%
Gesamt	6,9%	7,1%	11,3%	7,5%
Szenario II.I – Teilnehmer Neuwied/Erfurt, Bekanntheitsgrad 25%				
Pflegestufe I	13,3%	14,1%	26,6%	15,4%
Pflegestufe II	13,9%	16,3%	15,4%	14,5%
Pflegestufe III	16,6%	9,3%	16,8%	14,6%
Gesamt	13,7%	14,2%	22,5%	15,0%
Szenario III.I – Teilnahmequoten Interessenten Neuwied/Erfurt				
Pflegestufe I	31,1%	47,8%	52,4%	36,7%
Pflegestufe II	32,5%	55,3%	30,4%	36,4%
Pflegestufe III	38,8%	31,4%	33,2%	36,1%
Gesamt	32,1%	48,1%	44,4%	36,5%
Szenario IV.I – korrigierte Teilnahmequoten Interessenten Neuwied/Erfurt				
Pflegestufe I	37,7%	53,0%	59,0%	43,1%
Pflegestufe II	39,3%	61,2%	34,2%	42,5%
Pflegestufe III	47,0%	34,8%	37,4%	42,5%
Gesamt	38,9%	53,3%	50,0%	42,8%

Anm.: Härtefälle werden vereinfachend nicht berücksichtigt.

Die so berechneten kontrafaktischen Mehrkosten werden den Gesamtkosten der ambulanten Versorgung der Pflegebedürftigen im bestehenden Regelleistungssystem gegenüber gestellt. Diese betragen für das Jahr 2005 auf der Basis der Verteilung in Tabelle 7-5 monatlich etwa 605 Mio. Euro. Tabelle 7-6 zeigt für die verschiedenen Szenarien Kenngrößen zu den monatlichen Mehrkosten insgesamt, pro Budgetempfänger und pro Pflegebedürftigem. Zusätzlich wird angegeben, um wie viele Prozentpunkte der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung steigen muss, um diese Mehrkosten zu finanzieren.

³¹ Aus Gründen der Vereinfachung werden Härtefälle nicht berücksichtigt.

Tabelle 7-5: Ambulant versorgte Pflegebedürftige nach Leistungsart und Pflegestufe in Deutschland, Statistisches Bundesamt 2007

	Pflegegeld	Kombileistung	Sachleistung	Gesamt
Pflegestufe I	597.751	95.924	144.162	837.837
Pflegestufe II	301.605	89.021	83.916	474.542
Pflegestufe III	81.069	34.827	18.142	134.038
Gesamt	980.425	219.772	246.220	1.446.417

Die durch das Pflegebudget verursachten monatlichen Mehrkosten liegen somit in einer Bandbreite von etwa 25-215 Mio. Euro, wobei ein mittleres Szenario (III) je nach den anfallenden Case Managementkosten monatliche Mehrkosten von etwa 120-180 Mio. Euro verursacht. Dies entspricht 20-30% der bisherigen monatlichen Ausgaben für die ambulante Versorgung. Diese Mehrkosten hängen primär mit der angenommenen Gesamtzahl von Budgetbeziehern, sekundär aber auch mit deren Zusammensetzung hinsichtlich der vorher bezogenen Leistungsart und Pflegestufe sowie den Kosten des Case Managements zusammen. Auch die monatlichen Mehrkosten pro Pflegebedürftigem hängen von diesen drei Faktoren ab und liegen in einem Bereich zwischen 30 und 150 Euro pro ambulant Versorgtem und für ein mittleres Szenario zwischen 80 und 130 Euro. Die Mehrkosten pro Pflegebudgetempfänger hingegen hängen nicht von der Gesamtzahl der Budgetbezieher, aber von deren Zusammensetzung und den Case Managementkosten ab. Unabhängig von der Gesamtzahl der Pflegebudgetbezieher liegen die Mehrkosten pro Budgetbezieher daher je nach Case Managementszenario bei 220-350 Euro pro Monat.

Tabelle 7-6: Mehrkosten einer bundesweiten Einführung des Pflegebudgets als zusätzliche Regelleistung, verschiedene Szenarien

Szenario	Kosten des Case Management	Zahl der Budgetempfänger	Mon. Mehrkosten in Mio. Euro	Monatliche Mehrkosten pro Budgetempfänger in €	Monatliche Mehrkosten in €/Zahl ambulant Versorgter	Mehrkosten in % der Ausgaben für ambulante Leistungen	Notwendiger Anstieg des Beitragssatzes in Prozent
I.I	A	108.724	36,2	333,2	25,1	6,0%	2,6%
	B	108.724	30,3	279,3	21,0	5,0%	2,2%
	C	108.724	24,5	225,4	16,9	4,1%	1,8%
I.II	A	108.724	37,5	345,3	26,0	6,2%	2,7%
	B	108.724	31,8	292,1	22,0	5,3%	2,3%
	C	108.724	25,9	239,0	18,0	4,3%	1,9%
II.I	A	217.448	72,4	333,2	50,1	12,0%	5,2%
	B	217.448	60,7	279,3	42,0	10,0%	4,4%
	C	217.448	49,0	225,4	33,9	8,1%	3,5%
II.II	A	217.448	75,1	345,3	51,9	12,4%	5,4%
	B	217.448	63,5	292,1	43,9	10,5%	4,6%
	C	217.448	52,0	239,0	35,9	8,6%	3,7%
III.I	A	528.250	174,0	329,4	120,3	28,8%	12,5%
	B	528.250	145,9	276,2	100,9	24,1%	10,5%
	C	528.250	117,8	223,1	81,5	19,5%	8,5%
III.II	A	528.250	182,4	345,3	126,1	30,1%	13,1%
	B	528.250	154,3	292,1	106,7	25,5%	11,1%
	C	528.250	126,2	239,0	87,3	20,9%	9,1%
VI.I	A	619.762	207,6	334,9	143,5	34,3%	15,0%
	B	619.762	174,6	281,8	120,7	28,9%	12,6%
	C	619.762	141,7	228,6	98,0	23,4%	10,2%
VI.II	A	619.762	214,0	345,3	148,0	35,4%	15,4%
	B	619.762	181,1	292,1	125,2	29,9%	13,0%
	C	619.762	148,1	239,0	102,4	24,5%	10,7%

Anm.: Die Szenarien entsprechen Tabelle 7-3 bzw. Tabelle 7-4.

7.3 Diskussion der Kostenentwicklung unter Berücksichtigung gegenläufiger Kostenersparnisse

Wie bereits zu Beginn diskutiert, lässt diese statische und partielle Kostenanalyse einige Aspekte unberücksichtigt, welche den Mehrkosten eines Leistungssystems mit Pflegebudget im Vergleich zu einem Leistungssystem ohne diese Leistungsform po-

tenziell entgegen wirken. Insbesondere spielen drei Aspekte eine Rolle, die im Folgenden näher diskutiert werden:

- Kostenersparnisse infolge reduzierter Verwaltungs-, Begutachtungs- und Kontrollkosten
- Kostenersparnisse infolge einer Stabilisierung der ambulanten Versorgung
- Kostenersparnisse infolge des demographischen und gesellschaftlichen Wandels

7.3.1 Reduzierte Verwaltungs-, Begutachtungs- und Kontrollkosten

Im Idealfall ließen sich neben den Kosten für die Leistungsausgaben auch die Ausgaben für die Verwaltungskosten in der Kostenanalyse berücksichtigen. Leider gibt es im Rahmen des Modellprojektes keine Möglichkeit, die mit der Gewährung einer Hilfestunde einhergehenden Gesamtkosten, bestehend aus den gezahlten Leistungen der Pflegekassen zuzüglich der Verwaltungskosten, für die verschiedenen Leistungsformen abzuschätzen. Gerade im Bereich der Verwaltungskosten ergeben sich durch das Pflegebudget jedoch mögliche Einsparpotenziale. So bedeutet die Gewährung von Sachleistungen aufwändige Kostenabrechnungen mit den Pflegediensten. Geldleistungen, die dem Pflegebedürftigen direkt ausgezahlt werden, sind vermutlich mit einem geringeren Verwaltungsaufwand verbunden. Im Ausland wurde daher die Einführung von personenbezogenen Budgets stets als eine Möglichkeit diskutiert, Verwaltungskosten zu reduzieren. In einer britischen Studie kommen Evans und Hasler (1996) zu dem Ergebnis, dass die Verwaltungskosten für einen Bezieher von Geldleistungen um etwa 30-40% niedriger liegen als für einen Sachleistungsempfänger. Solche Kostenersparnisse könnten den berechneten Mehrkosten somit entgegenwirken, wenn durch die direkte Abrechnung der Pflegedienste mit den Pflegekassen im Sachleistungsbezug ein umfangreicher administrativer Aufwand entsteht als durch einen alternativen Bezug eines Pflegebudgets.

Für eine grobe Abschätzung dieses Einsparpotenzials verwenden wir ein mittleres Szenario (Szenario III.I) für die Wahrscheinlichkeit eines Wechsels von der Sachleistung in das Pflegebudget von 44,4%. Die Sachleistungskosten machen etwa 15% aller Leistungsausgaben der SPV aus. Zusätzlich zu den Leistungskosten werden für das Jahr 2005 Verwaltungskosten in der Höhe von 600 Mio. Euro angegeben (BMG, 2007:109). Wenn 15% der Verwaltungskosten auf den Sachleistungsbezug zurückzuführen sind - was sich anhand der verfügbaren Statistiken nicht überprüfen lässt -

und für jeden, der von der Sachleistung in das Pflegebudget wechselt, analog den Erfahrungen in Großbritannien 30-40% der Verwaltungskosten eingespart werden können, beläuft sich die Ersparnis für das mittlere Szenario in einer groben Abschätzung somit auf etwa 1-1,3 Mio. Euro monatlich.

Ein weiteres Einsparpotenzial ergibt sich möglicherweise dadurch, dass das in der aktuellen Reform geplante und an den Pflegestützpunkten angesiedelte Case Management eventuell die MDK-Begutachtung übernehmen kann. Die für die Pflegestützpunkte anfallenden Kosten sind bereits in den steigenden Beitragssätzen einkalkuliert. Wenn wir in einem Maximalszenario davon ausgehen, dass diese Pflegestützpunkte die MDK-Begutachtung ohne zusätzliche Kosten übernehmen können, ergäben sich Kosteneinsparungen von 23 Mio. Euro monatlich, die derzeit für die MDK-Begutachtungen durch die Pflegekassen aufgewandt werden (BMG, 2007: 109). Allerdings sind diese zusätzlichen Aufgaben in den bisher geplanten Pflegestützpunkten nicht einkalkuliert. Ein Teil dieser hypothetischen Ersparnis müsste daher vermutlich für einen Ausbau der Case Management-Kapazitäten eingesetzt werden.

Eine weitere Kostenreduktion kann sich durch den Wegfall der Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI für ehemalige Pflegegeldempfänger ergeben. Die bisherige Regelung sieht bei ausschließlich informell versorgten Personen in der Pflegestufe 1 und 2 halbjährliche, in der Pflegestufe 3 vierteljährliche Pflegeeinsätze von Pflegediensten zwecks einer Qualitätskontrolle der pflegerischen Versorgung vor. Diese Begutachtung kostet im Durchschnitt der Bundesländer etwa 16 Euro pro Einsatz in der Pflegestufe 1 und 2 und 20 Euro pro Einsatz in der Pflegestufe 3. Für jemanden, der vom Pflegegeld in das Pflegebudget wechselt, entfallen diese Kosten, da die Qualitätskontrollen nun durch das Case Management geleistet werden. Bei einem Anteil der ambulant Versorgten mit Pflegestufe 3 von etwa 10 % und der Annahme eines mittleren Szenarios für die Wahrscheinlichkeit eines Wechsels vom Pflegegeld in das Pflegebudget von 32%, ergeben sich monatliche Einsparpotenziale von etwa 1 Mio. Euro.

Während Kosteneinsparungen durch den Wegfall der Pflegeeinsätze und die Reduktion der Verwaltungskosten mit zusammen 2-2,3 Mio. Euro im Vergleich zu den Mehrkosten eines mittleren Szenarios somit als marginal einzuschätzen sind, könnte die Übernahme der MDK-Begutachtung durch das Case Management möglicherweise einen gewissen Beitrag zur Refinanzierung der Mehrkosten leisten. Die geschätz-

ten 23 Mio. Euro monatlich sind jedoch eine absolute Obergrenze, da das Case Management – soll es die Begutachtungen übernehmen – vermutlich personell besser ausgestattet werden muss als bislang geplant.

7.3.2 Stabilisierung der ambulanten Versorgung

Die empirischen Ergebnisse der Wirkungsanalyse deuten darauf hin, dass das Pflegebudget zu einer stabileren ambulanten Versorgung führt und den Wechsel in die stationäre Versorgung hinauszögert. Solche Stabilisierungseffekte könnten zur Refinanzierung der Mehrausgaben beitragen, da die Kosten einer stationären Unterbringung in den meisten Pflegestufen die Kosten einer ambulanten Versorgung übersteigen. Die Mehrkosten einer stationären Versorgung gegenüber einer ambulanten Versorgung durch Regelleistungen sind in Tabelle 7-7 aufgeführt.

Tabelle 7-7: Mehrkosten pro Person und Monat beim Wechsel von der ambulanten Regelleistung in die stationäre Versorgung in Westdeutschland

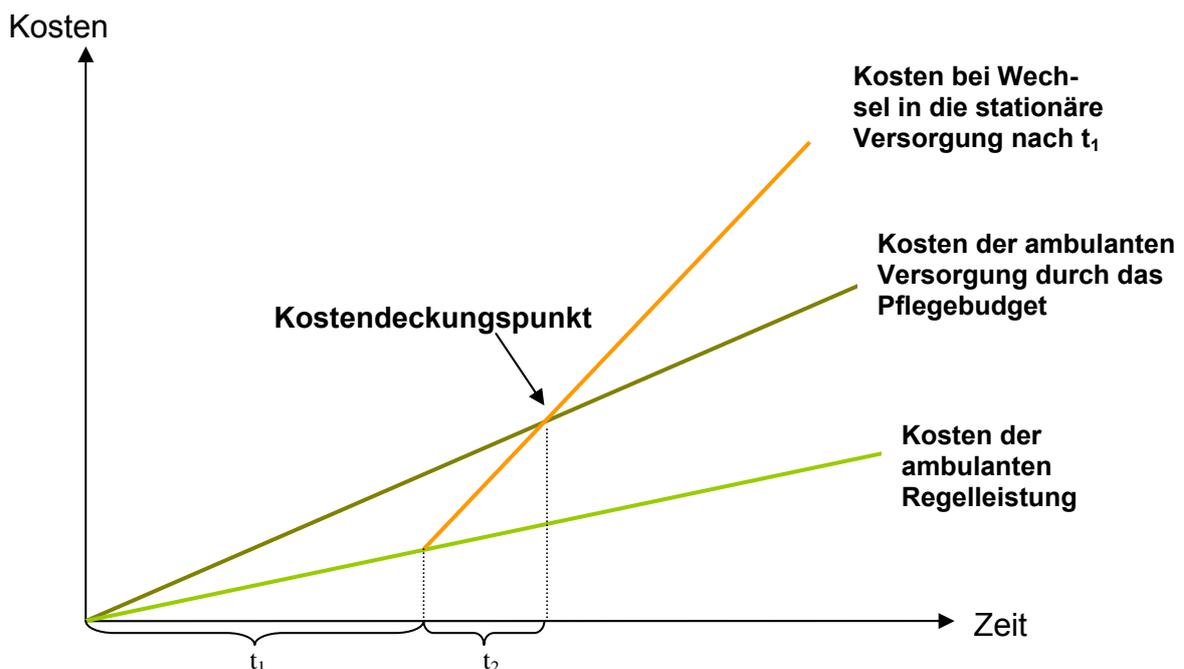
	Pflegegeld	Kombileistungen	Sachleistungen
Pflegestufe I	818	684	639
Pflegestufe II	869	486	358
Pflegestufe III	767	192	0

Wie ein Vergleich von Tabelle 7-2 und Tabelle 7-7 zeigt, übersteigen für Pflegestufe 3 die monatlichen Mehrkosten des Pflegebudgets die monatlichen Mehrkosten der stationären Unterbringung sobald zusätzliche Case Managementkosten anfallen. Für das Szenario C ohne Case Managementkosten ist das Pflegebudget genauso teurer wie eine stationäre Unterbringung. Dies impliziert, dass für eine Person der Pflegestufe 3, die zuvor Pflegegeld oder Kombinationsleistungen erhalten hat und nun in das Pflegebudget wechselt, je nach Szenario Mehrkosten anfallen, die nicht durch einen längeren Verbleib in der ambulanten Versorgung kompensiert werden können. Für Pflegebedürftige in der Pflegestufe 1 und 2 überwiegen die Mehrkosten der stationären Unterbringung hingegen die Mehrkosten der ambulanten Versorgung durch das Pflegebudget. Ein längerer Verbleib kann hier somit zu Kosteneinsparungen führen.

Die notwendige Verlängerung der ambulanten Versorgung bei Bezug eines Pflegebudgets, die die Versorgungskosten eines Pflegebedürftigen über die Zeit im Ver-

gleich zu einer alternativen Regelleistung stabil hält, lässt sich nun als Schnittpunkt zweier Kostengeraden berechnen, dem so genannten Kostendeckungspunkt (*Break-Even-Point*). Abbildung 7-1 zeigt schematisch, dass dieser Punkt erreicht ist, wenn die Versorgungskosten im Falle eines Wechsels von der ambulanten Regelleistung in die stationäre Versorgung zum Zeitpunkt t_1 den Kosten der ambulanten Versorgung durch das Pflegebudget entsprechen. t_2 gibt somit die notwendige Verlängerung des Verbleibs in der ambulanten Versorgung durch das Pflegebudget an, damit für die Pflegeversicherung keine Mehrkosten im Vergleich zur Versorgung durch eine bestehende Regelleistung entstehen.

Abbildung 7-1: Der Kostendeckungspunkt einer Versorgung durch das Pflegebudget im Vergleich zu einer ambulanten Regelleistung (schematische Darstellung für Pflegestufe 1 und 2)



Die Dauer t_2 lässt sich als Funktion von t_1 mit der folgenden Formel berechnen:

$$t_2 = \frac{x}{y - x} \times t_1$$

x bezeichnet hierbei die Mehrkosten der ambulanten Versorgung durch das Pflegebudget und y die Mehrkosten der stationären Versorgung gegenüber der ambulanten

Regelleistung. Der Faktor $\frac{x}{y-x}$ gibt an, um wie viel Prozent die Bezugsdauer von Pflegebudget gegenüber der ambulanten Regelleistung ausgedehnt werden muss, um die Mehrkosten für die Pflegeversicherung konstant zu halten. Die entsprechenden Faktoren für die Pflegestufen 1 und 2 und für die verschiedenen Szenarien finden sich in Tabelle 7-8. Für die Pflegestufe 3 ist eine Verlängerung des Bezugs ambulanter Leistungen durch das Pflegebudget gegenüber den Regelleistungen hingegen stets mit Mehrkosten verbunden.

Tabelle 7-8: Kostenneutrale Verlängerung des Bezugs von Pflegebudget gegenüber der ambulanten Regelversorgung in Prozent

	Pflegegeld	Kombileistungen	Sachleistungen
Szenario A			
Pflegestufe I	54%	28%	20%
Pflegestufe II	245%	93%	42%
Szenario B			
Pflegestufe I	40%	17%	9%
Pflegestufe II	185%	59%	17%
Szenario C			
Pflegestufe I	28%	7%	0%
Pflegestufe II	143%	36%	0%

Eine pflegebedürftige Person der Pflegestufe 1, die das Pflegebudget anstelle des Pflegegeldes bezieht, muss je nach den Kosten des Case Managements zwischen 1,3- und 1,5-mal³² so lange in der ambulanten Versorgung verbleiben wie beim Bezug des Pflegegeldes. In der Pflegestufe 2 ist eine Kostenneutralität sogar erst dann gewährleistet, wenn der Pflegebedürftige 2,5-3,5-mal solange in der ambulanten Versorgung verbleibt. Deutlich günstiger fallen die entsprechenden Faktoren im Vergleich zur Sachleistung aus. Für Szenario A und B reicht eine Verlängerung je nach Pflegestufe um etwa 10-20% bzw. 20-40%, um die Kostenneutralität aus Sicht der Kassen zu gewährleisten. Da laut Szenario C für die Sachleistungen keine Mehrkosten im Vergleich zu den anderen Regelleistungen auftreten, ist für eine kostenneutrale Versorgung hier keine Verlängerung der ambulanten Versorgung durch das Pflege-

³² Eine 54%ige Verlängerung von t_1 bedeutet, dass die Gesamtdauer des Pflegebudgetbezugs 1,54-mal so lange ist wie die Bezugsdauer der ambulanten Regelleistung.

gebudget notwendig. Für Pflegebedürftige der Pflegestufe 3 hingegen bedeutet der Bezug des Pflegebudgets stets eine Kostenzunahme, die nicht durch eine Verlängerung der ambulanten Versorgung aufgefangen werden kann.

Interessant ist daher die Bestimmung des Kostendeckungspunktes für die gesamten Mehrkosten infolge der Einführung eines Pflegebudgets als Regelleistung. Ähnlich der Berechnung des Kostendeckungspunktes für einen einzelnen Pflegebedürftigen, lässt sich auf Basis der in Tabelle 7-8 berechneten durchschnittlichen Mehrkosten pro Budgetempfänger im Vergleich zu den alternativen Mehrkosten im Falle einer stationären Versorgung ermitteln, in welchem Maße das Pflegebudget den Verbleib in der ambulanten Versorgung durchschnittlich verlängern muss, um die Einführung des Pflegebudgets als zusätzliche Regelleistung kostenneutral zu gestalten. Der Kostendeckungspunkt wird somit unter Berücksichtigung der in den Szenarien prognostizierten Zusammensetzung der Budgetempfänger nach Pflegestufen und vorheriger Regelleistung berechnet und spiegelt somit den Kostendeckungspunkt des durchschnittlichen Budgetempfängers wider. Tabelle 7-9 zeigt für ausgewählte Szenarien die notwendige durchschnittliche Verlängerung der ambulanten Versorgung durch das Pflegebudget gegenüber der bisherigen Leistungsform. Dabei zeigt sich, dass der Wechsel von der ambulanten Regelleistung in das Pflegebudget zu einer durchschnittlichen Verlängerung der ambulanten Versorgung um rund 50-90% führen müsste, um die entstehenden Mehrkosten zu finanzieren. Ohne Case Managementkosten – was angesichts der geplanten Einführung eines Case Managements ab 2008 das plausibelste Szenario ist – wäre eine 50%ige Verlängerung der ambulanten Versorgung ausreichend.

Tabelle 7-9: Kostendeckungspunkt für die insgesamt entstehenden Mehrkosten der Versorgung durch das Pflegebudget nach verschiedenen Szenarien

	Szenarien	I.I	III.I	IV.I	V
Mon. Mehrkosten pro Budgetempfänger im Falle einer stationären Versorgung		725,5	711,7	717,4	726,6
Faktor der kostenneutralen Verlängerung der amb. Versorgung durch das Pflegebudget	A	1,85	1,86	1,88	1,91
	B	1,62	1,63	1,65	1,67
	C	1,45	1,46	1,47	1,49

Was angesichts der positiven empirischen Evidenz hinsichtlich einer stabilisierenden Wirkung des Pflegebudgets auf den ersten Blick als möglich erscheint, muss beim

zweiten Hinsehen als unrealistisch verworfen werden. Denn bei der Gruppe der Pflegebedürftigen handelt es sich um eine hoch morbide Gruppe von Personen. Nur ein kleiner Teil der ambulant Versorgten wechselt jemals in eine stationäre Pflege und kann somit durch einen längeren Verbleib in der ambulanten Versorgung zu einer Kostenreduktion beitragen. Dies lässt sich aus den von Borchert und Rothgang (2006) auf Basis von prozessproduzierten Daten der sozialen Pflegeversicherung untersuchten Pflegeverläufen schließen. Allerdings muss dabei bedacht werden, dass sich die von den Autoren analysierten Pflegeverläufe möglicherweise nicht exakt auf die zu erwartenden Verläufe der Budgetnehmer übertragen lassen, wenn es sich bei den Personen mit Pflegebudgetbezug um eine selektive Gruppe ambulant Versorgter handelt. Dennoch können die folgenden Graphiken erste Anhaltspunkte liefern.

Insbesondere zeigen die Pflegeverläufe für Bezieher des Pflegegeldes bzw. der Pflegesachleistungen (siehe Abbildung 7-2 und Abbildung 7-3), dass nur 8,3 % der Männer und 17,0 % der Frauen, die zunächst Pflegegeld beziehen, nach 12 Monaten stationäre Leistungen erhalten. Bei Pflegebedürftigen, die zunächst Sachleistungen beziehen, sind die Pflegeverläufe hingegen weniger stabil, so dass hier immerhin etwa 10% der Männer und 20% der Frauen im Laufe der Zeit in die stationäre Pflege wechseln. Der Anteil der Personen, die von der ambulanten Versorgung in die stationäre Pflege wechseln, ist zudem nach einem anfänglichen Anstieg in den ersten ein bis zwei Jahren sehr stabil und wächst im weiteren Pflegeverlauf kaum mehr an. Dies bedeutet, dass der größere Teil der zunächst ambulant Versorgten auch im ambulanten Regelleistungsbezug verstirbt. Bezogen auf Abbildung 7-1 erreichen somit ein Großteil der Personen nicht den Punkt t_1 . Denkbar ist jedoch, dass die Heimeinweisungsquote unter den Pflegebudgetnehmer höher liegt, wenn das Pflegebudget vor allem besonders labile Pflegekonstellationen erreicht. Dennoch sollte die von Rothgang und Borchert aufgezeigte Tendenz, dass ein Wechsel in das Pflegebudget in den meisten Fällen mit Mehrkosten einhergeht, die nicht durch eine Stabilisierung der häuslichen Pflege aufgefangen werden können, auch auf das Modellprojekt übertragbar sein. Die in Tabelle 7-9 angegebene kostenneutrale Verlängerung des ambulanten Pflegebudgets um 50% im Falle eines Szenarios ohne Case Managementkosten muss jedoch im Durchschnitt aller Wechsler in das Pflegebudget gelten. Dies erscheint vor dem Hintergrund der in Abbildung 7-2 und Abbildung 7-3 gezeigten Stabilität der ambulanten Versorgung fraglich.

Abbildung 7-2: Pflegeverlauf nach Erstbezug von Pflegegeld für Männer (oben) und Frauen (unten), Quelle: Rothgang und Borchert (2006:86)

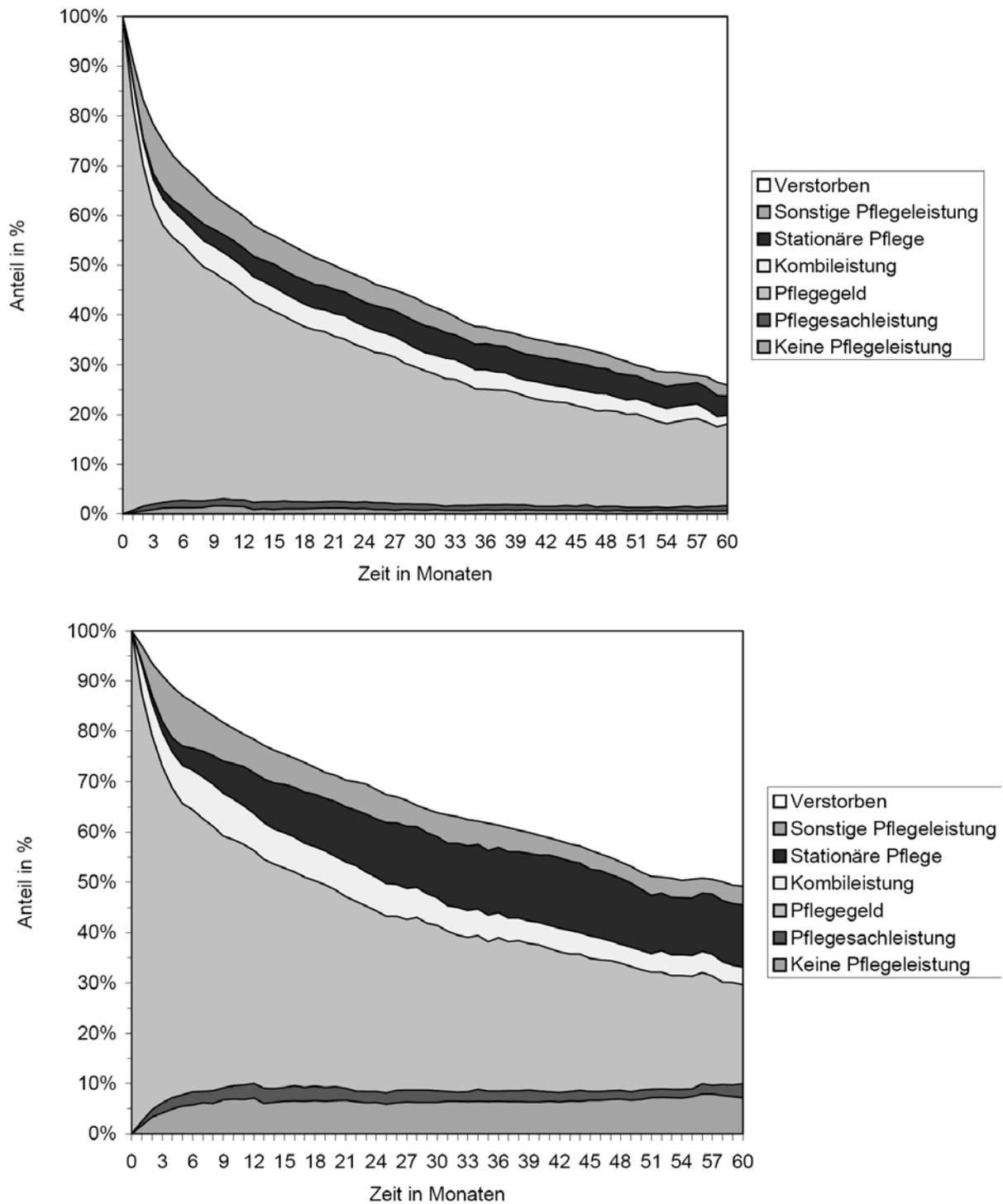
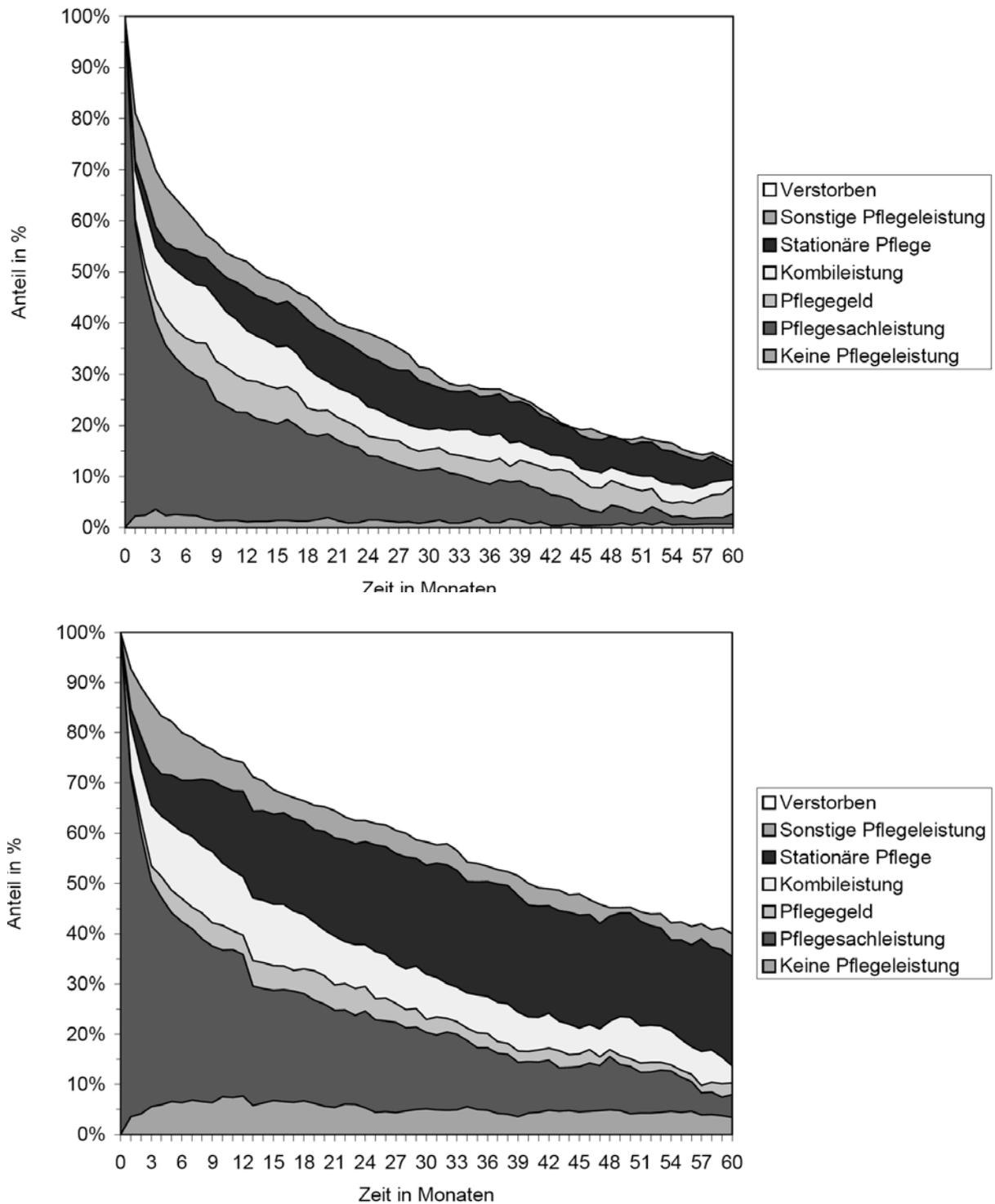


Abbildung 7-3: Pflegeverlauf nach Erstbezug von Pflegesachleistungen für Männer (oben) und Frauen (unten), Quelle: Rothgang und Borchert (2006:87)



Die in den empirischen Ergebnissen für die Zusatzerhebung in Neuwied nachgewiesene Stabilisierung der ambulanten Versorgung durch das Pflegebudget im Vergleich zum Pflegegeld (siehe Abschnitt 6.4.9), liefert jedoch einen Hinweis, dass ein verlängerter Verbleib in der ambulanten Versorgung zumindest einen Teil zur Finanzierung der in Tabelle 7-6 gezeigten Mehrkosten beitragen kann. In einem Modellversuch am Standort Ahlen konnte zudem jüngst eine stabilisierende Wirkung einer Pflege- und Wohnberatung für Pflegebedürftige auf den Verbleib in der häuslichen Pflege sowie den Verbleib in einer Pflegestufe nachgewiesen werden (Alter und Soziales e.V., 2007). Die beratenen Pflegebedürftigen verblieben 12-16% länger in der häuslichen Pflege als eine nicht beratene Vergleichsgruppe. Auch diese Studie unterstreicht somit die Möglichkeit, durch Beratung – die ja auch im Falle des Pflegebudgets ein integraler Bestandteil ist – eine Stabilisierung der Versorgung zu erreichen, die sich in reduzierten Ausgaben für die SPV bemerkbar macht. Die Studie ist jedoch auch ein Indikator dafür, dass zumindest die stabilisierende Wirkung einer begleitenden Beratung nicht ausreicht, um die in Tabelle 7-8 aufgeführten notwendigen Verlängerungen der ambulanten Pflegezeit von mindestens 45% zu erreichen.

Zusätzliche Kostenersparnisse, die in der obigen Kostenkalkulation nicht berücksichtigt wurden, bestehen zudem darin, dass ein Teil der Pflegebedürftigen, die mit beginnender Pflegebedürftigkeit sofort stationär versorgt werden, durch das Pflegebudget in die Lage versetzt werden, zunächst ambulant versorgt zu werden.³³ Laut BMG (2007: 40-41) haben 2005 106.550 Erstantragsteller einen Antrag auf stationäre Pflege gestellt und bewilligt bekommen, von denen 55% Pflegestufe 1, 37% Pflegestufe 2 und gut 8% Pflegestufe 3 zugesprochen bekommen haben. Wenn 15% der sofort stationär Versorgten in der ersten, 10% in der zweiten und 5% in der dritten Pflegestufe aufgrund des Pflegebudgets zunächst ambulant versorgt werden könnten – wobei diese Zahlen nicht empirisch untermauert werden können -, würde dies monatlich zwischen 5,5 und 7 Mio. Euro einsparen je nachdem, ob Case Managementkosten für das Pflegebudget berücksichtigt werden oder nicht. Eine vollständige Gegenfinanzierung der Mehrkosten eines Regelleistungssystems mit Pflegebudget durch eine Reduktion des Heimsogs ist daher unrealistisch. Dennoch zeigt die Analyse, dass eine Verlängerung der ambulanten Versorgung bzw. die Vermeidung einer

³³ In Abbildung 7-1 sind dies Personen, bei denen t_1 bereits zum Zeitpunkt der beginnenden Pflegebedürftigkeit eintritt.

sofortigen stationären Versorgung einen Teil zur Finanzierung der Mehrkosten des Pflegebudgets beitragen kann.

7.3.3 Effekte des demographischen und gesellschaftlichen Wandels

Die bisherige Analyse vergleicht die Kosten eines Leistungssystems mit Pflegebudget mit den aktuellen Kosten aus der Sicht der SPV im Jahr 2005. Im Hinblick auf die Zahl der Pflegebedürftigen und deren gewählte Pflegearrangements spiegelt dieser Status Quo jedoch nur die aktuellen demographischen und gesellschaftlichen Verhältnisse wider. In einer längeren Perspektive können sich diese Verhältnisse jedoch ändern. So gehen Bevölkerungsprognosen von einem starken Anstieg der Zahl der älteren Menschen und damit auch der Pflegebedürftigen in den nächsten Jahrzehnten aus (Schulz et al., 2001). Gleichzeitig sinkt vermutlich das informelle Pflegepotenzial durch Angehörige, weil zukünftig weniger Ehe- bzw. Lebenspartner und Kinder vorhanden sind, die heute noch einen Großteil der informellen Pflege übernehmen. Wenn zeitgleich die Erwerbsquote der mittleren Altersgruppen steigt und keine institutionellen Maßnahmen getroffen werden, die Pflegebereitschaft der Angehörigen durch eine verbesserte Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu erhöhen, steht dem demographisch bedingten Anstieg der Pflegebedürftigen eine stark schrumpfende Zahl an informellen Pflegepersonen gegenüber. Je stärker diese Scherentwicklung ausfällt, umso bedeutender werden zukünftig die stationäre Versorgung von Pflegebedürftigen sowie die ambulante Versorgung durch Sachleistungen. Demgegenüber wird die Nachfrage nach einer ambulanten Versorgung durch das Pflegegeld stark sinken (vgl. Blinkert, 2008).

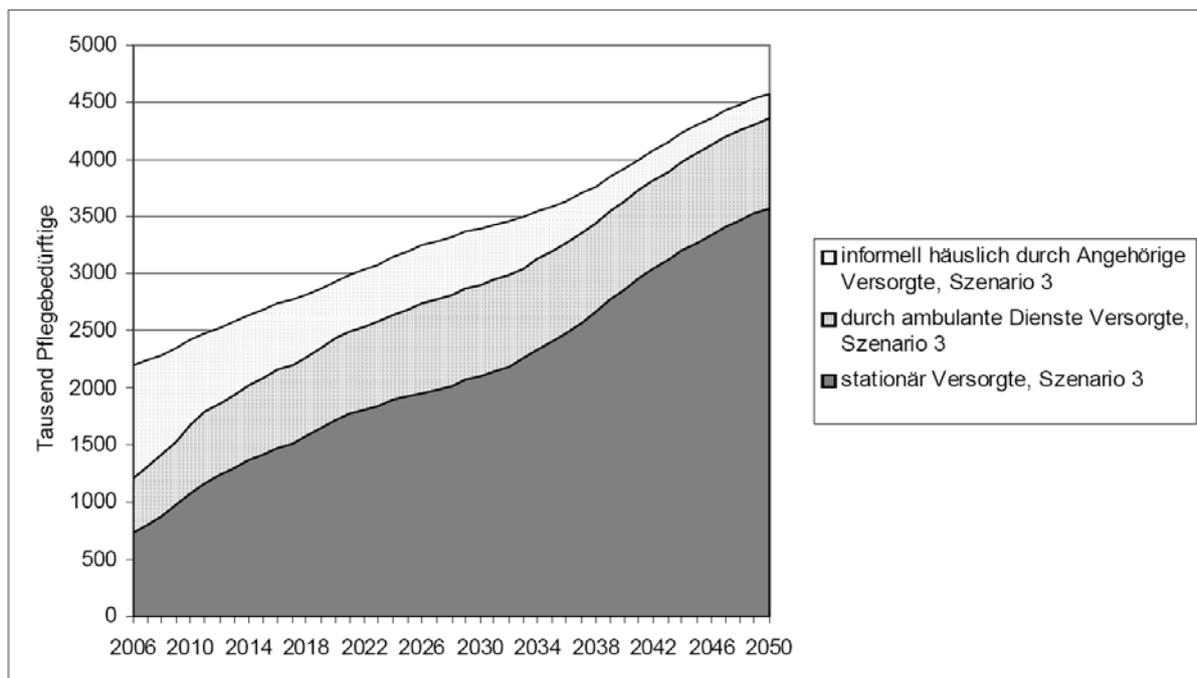
Der demographische und gesellschaftliche Wandel verändert somit in der langfristigen Perspektive den Status Quo mit dem die Kosten eines um das Pflegebudget erweiterten Leistungssystems verglichen werden müssen. Die langfristigen Mehrkosten eines solchen Leistungssystems im Vergleich zu einem unveränderten Leistungssystem könnten daher relativ betrachtet aus zwei Gründen sinken:

1. Mit einem steigenden Anteil der stationären Versorgung kann sich eine Reduktion des Heimsogs durch das Pflegebudget aus der Sicht der SPV stärker Kosten reduzierend auswirken. Allerdings ist denkbar, dass die stabilisierende Wirkung des Pflegebudgets auf die Möglichkeit einer häuslichen Versorgung aufgrund derselben demographischen und gesellschaftlichen Veränderungen abnimmt.

2. Mit einem Rückgang der Pflegegeldbezieher sinkt der Teil der Pflegebedürftigen, der durch einen Wechsel vom Pflegegeld in das Pflegebudget aufgrund der Leistungsausdehnung die Kosten aus der Sicht der SPV stark anhebt.

Die Berechnung einer langfristigen Kostenentwicklung unter den beiden alternativen Leistungssystemen ist mit großen Unsicherheiten verbunden und macht die Verwendung eines aufwendigen Simulationsmodells und einer Vielzahl von Szenarien notwendig³⁴. Als ein grober Anhaltspunkt, in welchem Maße sich möglicherweise der zweite oben genannte Aspekt auswirkt, kann jedoch auf eine Simulation von Blinkert (2008) zurückgegriffen werden. In dieser Simulation führt der demographische und gesellschaftliche Wandel zu einem veränderten Niveau der Pflegebedürftigkeit und zu einer Veränderung der gewählten Pflegearrangements (siehe Abbildung 7-4).

Abbildung 7-4: Wandel der Pflegearrangements von 2006 bis 2050



Quelle: Blinkert, 2008:20 (Szenario 3)

Demnach werden 2050 etwa 3,6 Mio. Pflegebedürftige stationär versorgt. Von den etwa 1 Mio. ambulant versorgten Pflegebedürftiger bezieht zudem nur jeder Vierte das Pflegegeld. Verwendet man diese Zahlen als den Status Quo und berechnet die ambulanten Versorgungskosten auf Basis des mittleren Szenarios III.I, so ergeben

³⁴ Eine solche Analyse kann daher im Rahmen der gegenwärtigen Begleitforschung nicht angestellt werden.

sich Mehrkosten eines Leistungssystems mit Pflegebudget im Jahr 2050 von 44 bis 87 Mio. Euro monatlich, je nachdem welches Szenario für die Case Managementkosten zugrunde gelegt wird. Zum Vergleich: Die Mehrkosten eines Leistungssystems mit Pflegebudget im Vergleich zum Status Quo für das Jahr 2005 (siehe Tabelle 7-5) lag für das Szenario III.I zwischen 118 bis 145 Mio. Euro monatlich.

Es zeigt sich somit, dass die langfristigen demographischen und gesellschaftlichen Veränderungen die zusätzlichen Kosten einer Einführung des Pflegebudgets relativieren. Die langfristige Kostenberechnung sollte jedoch in ihrer Aussagekraft nicht überbewertet werden, da hier zahlreiche Annahmen bzgl. des demographischen und gesellschaftlichen Wandels einfließen. Zudem muss die Annahme getroffen werden, dass die Wahrscheinlichkeit eines Wechsels in das Pflegebudget trotz dieser Veränderungen konstant bleibt. Diese Annahme entzieht sich jedoch jeglicher Überprüfung. Die berechneten Mehrkosten der ambulanten Versorgung für das Jahr 2050 sollten daher nur als eine Trendaussage verstanden werden.

7.4 Fazit

Die Abschätzung der durch eine bundesweite Einführung des Pflegebudgets als Regelleistung kurzfristig verursachten Mehrkosten ist durch starke Unsicherheiten bezüglich der Determinanten der Kostenentwicklung gekennzeichnet. Zum einen kann die Zahl und Zusammensetzung der zukünftigen Budgetempfänger nur unter starken Annahmen prognostiziert werden. Die Teilnahmequote an den Modellstandorten ist mit großer Wahrscheinlichkeit aufgrund eines relativ geringen Bekanntheitsgrades und des Modellprojektcharakters eine absolute Untergrenze einer zukünftigen Bedeutung des Pflegebudgets. Auch eine Korrektur des Bekanntheitsgrades 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. Die verschiedenen Szenarien zur kurzfristigen Kostenentwicklung versuchen diesen Unsicherheiten gerecht zu werden. Dabei zeigen sich folgende Ergebnisse:

- Für die Kostenentwicklung insgesamt sind die Zahl der zukünftigen Pflegebudgetbezieher und deren Zusammensetzung im Hinblick auf vorherige Regelleistungen und Pflegestufe entscheidende Bestimmungsfaktoren. Vor dem Hintergrund der bereits beschlossenen Reform zur Pflegeversicherung, die eine Ein-

führung eines flächendeckenden Case Managements vorsieht, sind zusätzliche Case Managementkosten durch das Pflegebudget hingegen zu vernachlässigen.

- Je nach Szenario (ohne Case Managementkosten) entstehen monatliche Mehrkosten in der Höhe von 25-240 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 demographische 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, besteht im Rahmen des Modellprojektes keine bzw. nur sehr unsichere Informationen. Dennoch können einige Tendenzaussagen getroffen werden:

- Die Möglichkeit, dass aufgrund des Pflegebudgets Pflegeverläufe im Schnitt kostengünstiger verlaufen, weil eine stationäre Versorgung hinausgezögert werden kann, 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 Managementkosten 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, so dass 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 Einsparpotentiale von 0,75-1,5 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 das Case Management die MDK-Begutachtungen zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit ersetzen kann, 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 demographischen 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 zukünftigen Entwicklung von Pflegearrangements ergeben sich daher für das Jahr 2050 nur noch Mehrkosten von 44-87 Mio. Euro monatlich gegenüber den kurzfristigen Mehrkosten von 117-146 Mio. Euro monatlich. Die langfristige Kostenentwicklung ist jedoch mit großen Unsicherheiten verbunden.

Einige Faktoren können den Mehrkosten eines Pflegebudgets also entgegen wirken. Dennoch kann aus Sicht der SPV nicht von einer Kostenneutralität des im Rahmen des Modellprojekts erprobten Leistungssystems 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 erprobten Form nicht zu leisten ist. Alternative Ausgestaltungsformen, die einerseits eine bedarfsgerechtere Versorgung als bisher ermöglichen, aber die Finanzierbarkeit stärker im Blick behalten, sind daher gefragt.

8 Schlussbetrachtung der ökonomischen Begleitforschung

In welchem Maße Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf diesen Bedarf in eine adäquate und bedarfsgerechte Versorgung umsetzen können, hängt maßgeblich von den persönlichen Umständen, den institutionellen Rahmenbedingungen sowie dem Zusammenspiel von beidem ab. So spielt es für die Versorgungssituation eines pflegebedürftigen Menschen eine große Rolle, in welchem Umfang auf persönliche Ressourcen (z.B. Finanzmittel) sowie auf eine informelle Unterstützung von Angehörigen und Freunden zurückgegriffen werden kann. Die soziale Pflegeversicherung stellt darüber hinaus im Falle eines festgestellten Hilfebedarfs Mittel bereit, die im Falle der häuslichen Versorgung als Pflegegeld, Kombinationsleistung oder Sachleistung gewährt werden. Die Wahl der Leistung hängt dabei von den persönlichen Rahmenbedingungen ab. Pflegebedürftige Menschen mit einem umfangreichen und belastbaren Netzwerk informeller Helfer wählen häufig das Pflegegeld, da es ihnen erlaubt, die informell geleistete Unterstützung zumindest teilweise finanziell zu kompensieren. Menschen, die nicht durch Angehörige und Freunde unterstützt werden können, wählen hingegen im Rahmen der ambulanten Versorgung häufiger die Sachleistung. Zudem werden sie häufiger stationär versorgt.

Sachleistungen können jedoch nur in Form gesetzlich zugelassener Leistungskomplexe durch Pflegedienste erbracht werden, die eine Reihe von Bedarfslagen – z.B. eine psychosoziale Betreuung – außen vor lassen. Diese Leistungsform bietet somit nur beschränkte Möglichkeiten, den vorhandenen Pflegebedarf in eine adäquate Versorgung umzusetzen. An dieser Stelle setzt das Pflegebudget an. Durch ein im Vergleich zu Sachleistungen erweitertes Spektrum zugelassener Leistungen und Anbieter, soll das Pflegebudget - unterstützt durch ein begleitendes Case Management – mit demselben Leistungsumfang ein höheres Versorgungsniveau erreichen, also zu einer kosteneffizienteren Leistungsform führen. Solche Effizienzgewinne sind vor dem Hintergrund des bereits momentan bestehenden Kostendrucks erforderlich. Zudem steigt aufgrund des demographischen und gesellschaftlichen Wandels die Zahl derer, die infolge eines unzureichenden informellen Pflegepotenzials ihre pflegerische Versorgung nur durch formelle Hilfen sichern können. Die Erprobung verbesserter Versorgungsformen speziell für diese Gruppe hat daher eine hohe politische Relevanz. Die Erprobung des personenbezogenen Pflegebudgets im Rahmen des Modellprojekts an sieben Standorten in Deutschland ist daher eine wichtige Informationsquelle.

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 Modellprojektes vorwegzunehmen.

Ein Schwerpunkt der ökonomischen Wirkungsanalysen lag auf den Veränderungen des Pflegearrangements und der Frage, inwiefern das Pflegebudget zu einer verbesserten Versorgungssituation beiträgt und so eine kosteneffizientere Leistungsform gegenüber den Sachleistungen darstellt. Ebenfalls relevant ist die Frage, welche Effekte das Pflegebudget im Vergleich zum Pflegegeld mit sich bringt. Zwar ist das Pflegebudget als eine Alternative bzw. Verbesserung vor allem der bestehenden Sachleistung gedacht. Zumindest in dem derzeit bestehenden Leistungssystem stünde das Pflegebudget jedoch auch in Konkurrenz zum niedriger dotierten Pflegegeld, welches im Gegensatz zum Pflegebudget jedoch die Vergütung naher Angehöriger erlaubt. Die Theorie und auch die Empirie zeigen, dass ein Wechsel in das Pflegebudget für einen Teil der Pflegegeldempfänger eine attraktive Option darstellt. Die Umsetzbarkeit eines Pflegebudgets im Rahmen des bestehenden Leistungssystems hängt somit nicht zuletzt von den Effekten des Pflegebudgets für diese Gruppe ab.

Die Identifikation der Wirkungen des Pflegebudgets wird durch die Konzeption des Modellprojekts als soziales Experiment möglich. Teilnehmer des Projektes wurden an den sieben Modellstandorten zufällig in eine Programmgruppe von Budgetbeziehern und eine Vergleichsgruppe von Beziehern der bisherigen Regelleistungen aufgeteilt. Dieses Konzept garantiert die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen, so dass Veränderungen in der pflegerischen Versorgung kausal auf das Pflegebudget zurückgeführt werden können. Als Grundlage der Analysen dienten zum einen halbjährliche Befragungen der Pflegebedürftigen und ihrer Hauptpflegeperson sowie eine Zusatzerhebung am Standort Neuwied zur Vertiefung zentraler ökonomischer Fragestellungen. Auf Basis dieser Daten hat das ZEW umfassende ökonomische Wirkungsanalysen für das Pflegebudget durchgeführt. Methodische Schwierigkeiten einer unzureichenden Vergleichbarkeit der Programm- und Vergleichsgruppe infolge einer Selektion in die Programmgruppe sowie eines systematischen Panelsterbens wurden umfassend diskutiert und in den Wirkungsanalysen durch methodische Ansätze berücksichtigt, die eine eindeutige Identifikation und unverzerrte Schätzung der kausalen

Wirkungen des Pflegebudgets erlauben. Ergänzt wurden die Wirkungsanalysen durch eine Abschätzung der Kosten einer Einführung des Pflegebudgets im Rahmen des bestehenden Leistungssystems. Die zentralen Ergebnisse 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 Verdoppelung 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 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 so genannten „*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 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 vor allem Hauptpflegepersonen von zuvor in Form des Pflegegeldes versorgten Pflegebedürftigen vom Pflegebudget profitieren. Aus der Sicht der Solidargemeinschaft, hier repräsentiert durch die Pflegekassen, ist die Entlastung der Angehörigen ein wünschenswertes Ziel, welches 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 in dem 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 vor allem 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 Versor-

gung 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 demographische 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.

Vor dem Hintergrund des zukünftig zu erwartenden Anstiegs der Zahl von Menschen, deren informelles Pflegepotenzial nicht ausreicht, um eine häusliche Versorgung sicher zu stellen, 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 vor allem den Angehörigen in Form einer zeitlichen Entlastung zu Gute kommt. Diese Entlastung der Angehörigen ist insofern positiv zu beurteilen, als dass sie die Stabilität der ambulanten Versorgung verbessern kann 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, welches auch vor dem Hintergrund der Herausforderungen des demographischen 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. Um eine aus der Sicht der SPV ineffizient hohe Entlastung der Angehörigen zu vermeiden, könnte ein Leistungsrecht beitragen, welches eine intensivierete Bedürfnisorientierung in der Zuweisung der Mittel bei einer gleichzeitig größeren Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Einzelnen vorsieht. 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.

9 Literaturverzeichnis

- AGP (2006)**, *Sachstandsbericht 2006*, Interimsreport, Freiburg.
- AGP (2007)**, *Implementationsbericht*, , Interimsreport, Freiburg.
- AGP (2008)**, *Endbericht zum Modellprojekt* , Freiburg.
- Alter und Soziales e.V. (2007)**, Modellprogramm der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gem. § 8 Abs. 3 SGB XI. Abschluss- und Ergebnisbericht 01.01. 2004 bis 30.06.2007 zu dem Modellprojekt: Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrierten Versorgungssystems für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen am Beispiel der Pflege- und Wohnberatung in Ahlen, 2007.
- Ashenfelter, O. und Card, D. (1985)**, Using the longitudinal structure of earnings to estimate the effect of training programs, *The Review of Economics and Statistics*, 67(4), 648-660
- Arntz, M. und Spermann, A. (2004)**, Wie lässt sich die gesetzliche Pflegeversicherung mit Hilfe personengebundener Budgets reformieren?, *Sozialer Fortschritt* Jg. 53, Heft 1, 11-22.
- Arntz, M. und Spermann, A. (2005)**, Soziale Experimente mit dem Pflegebudget (2004-2008) - Konzeption des Evaluationsdesigns, *Sozialer Fortschritt*, Jg. 54, Heft 8, 181-191.
- Benjamin, A. E., R. E. Matthias, and T. M. Franke (2000)**, Comparing Client-Directed and Agency Models for Providing Supportive Services at Home, *Health Services Research*, 35(1), 351–366.
- Blinkert, B. (2008)**, *Pflegebedürftigkeit im demographischen und sozialen Wandel. Szenarien zur Beschreibung möglicher Entwicklungen unter verschiedenen Bedingungen*, hektograph., Freiburg.
- BMG (2006)**, *Die soziale Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2003 und 2004. Statistischer und finanzieller Bericht*, Bonn.
- BMG (2007a)**, **Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung.**
- BMG (2007b)**, **Das bringt die Reform der Pflegeversicherung**
(http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_604244/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/Wesentliche_20Inhalte_20Pflegerreform-14-03.html, Stand: Januar 2008).
- Borchert, L. and Rothgang, H. (2006)**, *Pflegeverläufe älterer Menschen. Eine deskriptive Langzeitstudie über die Jahre 1998 bis 2004*, in: Vom Quer- zum Längsschnitt mit GKV-Daten, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Vol. 51, 76-91.
- Borchert und Rothgang (2007)**, *Pflegeheime und Sterblichkeit: Immer älter und gebrechlicher ins Heim?* in: Helmert, Uwe; Braun, Bernard; Milles, Dietrich; Rothgang, Heinz (Hg.): Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin. Festschrift für Rainer Müller. Bremerhaven: Verlag für neue Wissenschaft, 255-268.
- Ettner, S. (1994)**, The Effect of the Medicaid Home Care Bene_t on Long-Trem care Choices of the Elderly, *Economic Inquiry*, Vol. 32(1), 103-127.

- Evans, J. und F. Hasler (1996)**, *Direct Payments Campaign in the U.K.*, Presentation for the ENIL Seminar in Stockholm, 9.-11. Juni 1996 (<http://www.independentliving.org/docs2/enildirectpayment.html>), Stand: 22.04.2008)
- FIFAS (2008)**, *Begleitforschung zur Einführung eines persönlichen Pflegebudgets mit integriertem Case Management. Schlussbericht des Freiburger Instituts für angewandte Sozialwissenschaft e.V.*, Freiburg.
- Foster, L., R. Brown, B. Phillips, J. Schore, and B. L. Carlson (2003)**, Improving the quality of Medicaid personal assistance through consumer direction, *Health Affairs*, pp. 162–175, Web Exclusive.
- Foster, L., S. B. Dale, and R. Brown (2007)**, How Caregivers and Workers Fared Cash and Counseling, *Health Research and Educational Trust*, 42(1), 510–532.
- Görgen, T., Rabold, S. und Herbst, S. (2006)**, *Viktimisierungen im Alter und in der häuslichen Pflege: Wege in ein schwieriges Forschungsfeld - Befragungsinstrumente der Studie „Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen“*, Kriminologisches Institut Niedersachsen, Hannover.
- Grabowski, D. (2006)**, The Cost-Effectiveness of Noninstitutional Long-Term Care Services: Review and Synthesis for the Most Recent Evidence, *Medical Care and Research Review*, Vol. 63 (1), S. 3-28.
- Greene, V. L. (1983)**, Substitution Between Formally and Informally Provided Care for the Impaired Elderly in the Community, *Medical Care*, Vol. 21(6), 609-619.
- Halek, M. (2003)**, *Wie misst man Pflegebedürftigkeit? Eine Analyse der deutschsprachigen Assessmentverfahren zur Erhebung der Pflegebedürftigkeit.*, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Hanley, R., J. Wiener und K. Harris (1991)**, Will Paid Home Care Erode Informal Care Support?, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 16(3), 507-521.
- Heckman, J. J. and LaLonde, R. J. and Smith, J. A. (1999)**, *The Economics and Econometrics of Active Labor Market Programs*, in: Ashenfelter, O. and Card, D. (Hg.): *Handbook of Labor Economics*, 31 (3A), 1865-2097.
- Heckman, J. J. (1979)**, Sample Selection Bias as a Specification Error, *Econometrica*, 47(1), 153–161.
- Klie, T. und Spermann, A. (2004)**, *Persönliche Budgets - Aufbruch oder Irrweg?*, Hannover.
- Landtag Nordrhein-Westfalen (2005)**, *Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags NRW*, Düsseldorf.
- Lundsgaard, J. (2005)**, *Consumer-Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can It Help to Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability? OECD Health Working Papers*, No. 20, Paris.

- Meng, J. (2006)**, *Das Personenbezogene Pflegebudget. Gründe der Ablehnung des Pflegebudgets durch Geldleistungsbezieher*, 3. Symposium Pflegebudget, 07.-08.12.2006, Koblenz.
- Miltenburg, Th. und Ramakers, C. (1999)**, „Evaluatie-onderzoeken persoonsgebonden budget in Nederland“, *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, Vol. 77, 7, zitiert nach Lundsgaard (2005).
- Nemeth, C. und Pochobransky, E. (2002)**, „Qualitätssicherung in der Pflege“, Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, Wien, zitiert nach Lundsgaard (2005).
- Otnad (2003)**, *Die Pflegeversicherung: Ein Pflegefall. Wege zu einer solidarischen und tragfähigen Absicherung des Pflegerisikos*.
- Orr, L. L. (1999)**, *Social Experiments: Evaluating Public Programs with Experimental Methods*, London.
- Pezzin, L. E., P. Kemper, and J. Rechovsky (1996)**, Does Publicly Provided Home Care Substitute for Family Care? Experimental Evidence with Endogeneous Living Arrangements, *The Journal of Human Resources*, Vol. 31(3), 650-676.
- Pritzkeleit, R., Erben, C.M. und R.Großpietsch (2003)**: Einflußfaktoren auf die ambulante Pflege - Erste Ergebnisse eines kleinräumigen Vergleichs der Be- gutachtungsdaten in den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein. *Gesundheitswesen* Jg.65, H8/9:502-508.
- Ribhegge, H. (2004)**: *Sozialpolitik*, München.
- Rosen, H.S. (2002)**: *Public Finance*, Boston.
- Sachverständigenrat für Gesundheit (2005)**: *Koordination und Qualität im Gesundheitswesen*, Stuttgart.
- Schneekloth, U. und Leven, I. (2003)**: „Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland“, Schnellbericht, infratest Sozialforschung, München.
- Schneekloth, U. und Müller, U. (2000)**: „Wirkungen der Pflegeversicherung“, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 127, Nomos Verlag, Baden-Baden.
- Schulz, E., Leidl, R. und H.-H. König (2001)**, *Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050*, DIW Diskussionspapier Nr. 240, Berlin.
- Spiegel, J. (2006)**, *Informationsquellen und Rekrutierungswege für das Pflegebudget. Was sind die Gründe für oder gegen die Entscheidung zum Pflegebudget?*, Interimsreport, Freiburg.
- Statistisches Bundesamt (2007)**, *Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung*, Wiesbaden.
- Tesch-Römer, C., Wurm, S., Hoff, A. und Engstler, H. (2002)**: *Die zweite Welle des Alterssurveys: Erhebungsdesign und Instrumente*, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin.

Tilly, J., and J. M. Wiener (2001): *“Consumer-Directed Home and Community Services: Policy Issues”*, Occasional Paper No. 44, The Urban Institute, Washington D.C.

Wooldridge, J.M. (2002), *Econometric Analysis of Cross Sections and Panel Data*, Cambridge.

ZEW (2007), *Datenaufbereitung der laufenden Befragungen durch das ZEW – Vorgehensweise und offene Punkte*, Interimsreport, April 2007.