



Ein Projekt gefördert durch die
Spitzenverbände der Pflegekassen

Das PFLEGE BUDGET

Abschlussbericht 2008

Zusammenfassung der einzelnen Abschlussberichte

erstellt von:

Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege

Verantwortlich: Prof. Dr. Thomas Klie

Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft e.V.

Verantwortlich: Prof. Dr. Baldo Blinkert

Zusammenfassung der Abschlussberichte zum Projekt PFLEGE BUDGET

Vorwort

I. Einleitung

II. Das Modellprojekt

III: Zentrale Ergebnisse der Teilberichte

1. Zentrale Ergebnisse von FIFAS
2. Zentrale Ergebnisse von ZEW
3. Zentrale Ergebnisse von AGP

IV. Zusammenfassung und Perspektiven

1. Pflege als soziales Schicksal
2. Unterstützungsbedarf bei Pflegebedürftigkeit
3. Budgets wirken
4. Pflegebudgets – Kein Modell für alle
5. Andere Wege der Qualitätssicherung
6. Neue Bedeutung von Assessment-Instrumenten
7. Pflegepolitische Optionen für eine regelhafte Einführung von Pflegebudgets

Anhang

- Inhaltsüberblick Bericht AGP
 - Inhaltsüberblick Bericht FIFAS
 - Inhaltsüberblick Bericht ZEW
-

Vorwort

„Wir suchen hier keine Großvisionen, sondern nur eine Möglichkeit, die unvermeidliche Logik der Reziprozität in der Verteilung der Güter der Gesundheitsversorgung zugunsten einer Andersheit zu erweitern, die darin besteht, sich an dem zu orientieren, was eine Person als sinnhaft erfährt, ohne dass diese Erfahrung durch allgemeine Regeln oder einem common sense legitimiert wäre. Wir interpretieren das so genannte personenbezogene Budget in dieser Hinsicht“

Martin W. Schnell

Persönliche Budgets sind Gegenstand von Projektionen aus sehr unterschiedlichen Richtungen: Martin W. Schnell sieht sie im Zeichen der Gerechtigkeit, Ökonomen ein unter dem Gesichtspunkt der Kosteneffizienz.

Soziologen sehen in Budgets die Möglichkeit, zentrale Werte einer postmodernen Gesellschaft wie Individualität und Flexibilität stärkere Geltung zu verschaffen, Sozialpolitiker finden in Budgets die Chance der Überwindung problemfragmentierender und -segmentierender Leistungsgewährung, Rehabilitationswissenschaftler die Möglichkeit einer stärker selbstbestimmungs- und teilhabeorientierten Hilfestaltung, Juristen die Chance einer Stärkung individueller Rechtspositionen auf Hilfe angewiesener Menschen. Die Erprobung persönlicher Budgets prädestiniert sich damit in besonderer Weise als interdisziplinärer Arbeits- und Forschungsansatz. Dieser interdisziplinäre Ansatz ist im hier vorgelegten Abschlussbericht des Modellprojektes PFLEGE BUDGET realisiert worden. Dass dies gelang, liegt in besonderen Konstellationen begründet: In den Niederlanden wurde in den 80/90er Jahren das persönliche Budget zunächst experimentell erprobt und später zur Regelleistung. Die Projektverantwortlichen nahmen frühzeitig Kontakt zu den niederländischen Kollegen auf, die die Implementation der Budgets dort begleiteten. So konnten mit der attraktiven Idee des PFLEGE BUDGETS frühzeitig praktische Erfahrungen assoziiert werden. Theo Miltenburg hat als wesentliche Kontaktperson auch das Projekt persönliches PFLEGE BUDGET mitbegleitet.

Die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ des Bundestages identifizierte das persönliche Budget als eine attraktive Perspektive für die Weiterentwicklung des Rechts der Pflegeversicherung und nahm die Erprobung eines persönlichen Pflegebudgets in seine Empfehlungen 2001 auf, der sich auch die Rürup- und die Herzog-Kommission in ihren Gutachten zur Weiterentwicklung der sozialen Sicherung anschlossen. Im Zuge des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes wurde gewissermaßen in letzter Minute aus dem parlamentarischen Raum die Initiative ergriffen, mit der Einfügung des § 8 Abs. 3 SGB XI die Voraussetzung (auch) für die experimentelle Erprobung von personenbezogenen Budgets zu schaffen. Hieran hatte maßgeblich die damalige Ausschussvorsitzende des

Gesundheitsausschusses Regina Schmidt-Zadel ihren Anteil sowie auch Ingeborg Lutter aus dem Bundesgesundheitsministerium und Harald Kesselheim vom AOK-Bundesverband.

Das Trägerübergreifende Budget in der Behindertenhilfe, im Jahre 2001 im SGB IX gesetzlich verankert, hat das Thema budgetbasierte Leistungsgewährung in der Behindertenhilfe etabliert und schaffte ein insgesamt „budgetfreundliches“ Klima.

Auch in der Pflegewissenschaft wurde durch Andreas Büscher und Birgit Vosseler das Thema persönliches Budget protegert und damit in der Fachdiskussion der Pflege verankert.

Die große Aufgeschlossenheit von Bundesländern und Kommunen schuf die Voraussetzung dafür, vor Ort Partner für die experimentelle Erprobung zu finden und mit ihnen eine konstruktive Kooperation zu beginnen. Das Modellprojekt PFLEGE BUDGET war von Anfang an ein Lernprojekt und dies für alle Beteiligten. Es wurde in vielerlei Hinsichten Neuland betreten: etwa in der Case Management-basierten Begleitung von BudgetnehmerInnen, in Cash-basierten Auszahlungsformen von zweckbestimmten Pflegeleistungen, in der Ansiedlung örtlicher Pflegebudgetbüros, in der Entwicklung von Assessment-Instrumenten etc. pp. Hier ist es in dem Modellprojekt PFLEGE BUDGET gelungen, breite und interdisziplinäre Unterstützung für die Implementierung des Modellprojektes PFLEGE BUDGET zu mobilisieren. Ohne diese breite Unterstützung wären in diesem Abschlussbericht nicht die Ergebnisse zu präsentieren, die präsentiert werden können.

Das Modellprojekt PFLEGE BUDGET vollzog sich im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen. Hier mussten Leistungsformen in ihrer experimentellen Erprobung unterstützt werden, die sich mit ihren bisherigen Leistungsgewährung schwer vereinbaren lassen und erhebliches Irritationspotential in sich bargen: Wer kontrolliert die Qualität pflegerischer Leistung, wenn der MDK nicht zuständig ist? Wie lässt sich das Pflegebudget administrieren? Wie wird mit Aufstockungszahlungen zum Pflegegeld umgegangen? Ohne die große Bereitschaft der Pflegekassen auf allen Ebenen wäre die Umsetzung des PFLEGE BUDGETS nicht gelungen. Eine besondere Rolle spielte hierbei die Koordinierungsstelle beim VdAK für die Modellprojekte gem. § 8 Abs. 3 SGB XI mit Paul-Jürgen Schiffer und Klaus Dumeier, die sich in der Steuerungsrunde mit zum Anwalt eines gelingenden Experimentes machten.

Für das Modellprojekt PFLEGE BUDGET wurden qualifizierte Case ManagerInnen benötigt, die vor Ort die ihnen übertragenen komplexen Aufgaben wahrzunehmen hatten. Dass jetzt belastbare Erfahrungen mit dem Case Management in der Pflege und der Gewährung von Budgets vorliegen, basiert auf der Bereitschaft der insgesamt 25 Case ManagerInnen, die sich mit dieser neuen Aufgabe in hohem Maße identifizierten.

Ein Sozialexperiment lebt davon, dass sich Menschen darauf einlassen, Teil eines Experimentes zu sein. Budgets können nicht verordnet werden. Sie werden gewählt. In einer

Situation existentieller Angewiesenheit auf fremde Hilfe ist es keineswegs selbstverständlich, sich auf eine neue Leistungsform, mit der bisher keine Erfahrung gesammelt werden konnte, einzulassen und in ein Modellprojekt Vertrauen zu investieren, das auf viel Widerstand stieß. Pflegebedürftigkeit ist kein Experiment für die Menschen, die ihr Leben mit Behinderung und Pflegeabhängigkeit zu gestalten haben. Ohne die knapp 900 Personen, die sich auf das Budget eingelassen haben, lägen die belastbaren empirischen Daten, die in diesem Abschlussbericht präsentiert werden können, nicht vor.

Das Modellprojekt PFLEGE BUDGET hat beachtlichen Widerstand ausgelöst. Es wurden viele Bedenken vorgetragen, es wurde die Bereitschaft zur Mitarbeit verweigert, es wurde polemisiert und demonstriert. Das ist in einem demokratischen Gemeinwesen gut so. Es zeigte aber auch, dass es im Feld der Pflege auch um Interessen geht und ein Projekt im Zeichen der „Gerechtigkeit“ auf unterschiedliche Gerechtigkeits- bzw. Fairness-Vorstellungen trifft. Es fanden sich aber auch genügend MitstreiterInnen unter den Pflegediensten und freien Anbietern, die sich auf das Experiment einließen.

Das Projekt der Sicherung der Pflege in einer Gesellschaft im demographischen und sozialen Wandel ist mitnichten abgeschlossen. Die Modellprojekte gem. § 8 Abs. 3 SGB XI halten die Diskussion um die Reform der Pflegeversicherung wach. Wir hoffen mit dem Modellprojekt PFLEGE BUDGET wichtige Beiträge für die Diskussionen um eine nachhaltige Sicherung der Pflege zu liefern. Die Daten, Analysen und Erfahrungen, die im Zusammenhang mit dem Modellprojekt PFLEGE BUDGET vorliegen zeigen, dass es sich bei der Einführung von Budgets um ein voraussetzungsvolles Projekt handelt; sie zeigen aber auch, dass in den Budgets durchaus etwas von der utopischen Kraft liegt, die Martin W. Schnell mit ihnen verbindet.

Zum Ende des Projektes gilt es Dank zu sagen. Der Dank geht zunächst an die Koordinierungsstelle in dem Modellprojekt gem. § 8 Abs. 3 SGB XI, zunächst beim VdAK und ab Juli 2008 beim Spitzenverband der GKV. Er gilt namentlich Paul-Jürgen Schiffer und Klaus Dumeier. Ebenso gilt der Dank dem Land Nordrhein-Westfalen als Mitfinanzier des Modellprojektes und dem Land Rheinland-Pfalz für seine inhaltliche Unterstützung bei der Umsetzung von Budgets. Namentlich gilt der Dank Roland Borosch (NRW) sowie Malu Dreyer und Klaus Peter Lohest (RLP).

Ohne die sieben Standorte und ihre Kooperationsbereitschaft hätte das Budget nicht realisiert werden können. Auch den Standortpartnern sei für die sehr offene, konstruktive und von Toleranz und Lernbereitschaft geprägte Kooperation gedankt. Namentlich Herrn Neuber und Herrn Andersky in Annaberg, Guido Kläser in Erfurt, Detlev Ruchhöft, Angelika Trilling in Kassel, Karsten McGovern und Ruth Schlichting in Marburg, Friedrich Graffe, Joachim Lorenz, Astrid Göttlicher, Andreas Faber und Klaus Peter Rupp in München, Franz Robert Herbst in Neuwied, Hans Zakel und Gabi Hinzen in Unna.

Multi- und gar interdisziplinäre Forschung ist in Deutschland nicht selbstverständlich. Dass sie bei allen methodischen Unterschieden in kollegialer und bereichernder Weise gelang, beruht auf der engagierten und kollegialen Zusammenarbeit mit FIFAS in Freiburg und dort mit Baldo Blinkert, Jürgen Spiegel und Christine Schings sowie dem ZEW in Mannheim, dort zunächst mit Alexander Spermann und später mit Melanie Arntz und Stefan L. Thomsen. An Sonderstudien haben sich in ebenso kollegialer Weise Johannes Zacher und Vjenka Garms-Homolová an dem Modellprojekt PFLEGE BUDGET beteiligt. Allen einen herzlichen kollegialen Dank.

Das Modellprojekt PFLEGE BUDGET war von großem fachöffentlichem Interesse begleitet. Dass dieses befriedigt werden konnte, hängt von der ebenso engagierten wie professionellen Arbeit des PR-Partners des Modellprojektes Forum Sozialstation und dort Uschi Grieshaber zusammen.

Das Modellprojekt war eingebunden in einen breiten wissenschaftlichen Diskurs. Zu den engeren WissenschaftspartnerInnen gehörten Hanneli Döhner, Roland Schmidt, Adalbert Evers, Ulrike Höhmann und Andreas Büscher. Ihnen und den anderen diskursbereiten Kollegen, die sich in Expertenrunden an Fachfragen des PFLEGE BUDGETS beteiligten sei herzlich gedankt. Zu ihnen gehören Sabine Bartholomeycik, Eckhardt Grambow, Herrmann Brandenburg, Jonathan Fahlbusch, Mona Frommelt, Harry Fuchs, Gudrun Gille, Mario Greuel, Gerhard Igl, Henry Kieschnick, Peter Löcherbach, Silvia Pöld-Krämer, Michaela Röber, Heinz Rothgang, Cordula Schmidt, Frank Schultz-Nieswandt, Jörg Tänzer, Johanna Trieschmann, Peter Udsching, Birgit Vosseler, Felix Welti, Wolf-Rainer Wendt und Michael Wissert.

Das Modellprojekt PFLEGE BUDGET stellte besondere Anforderungen an Leistungsbereitschaft, Frustrationstoleranz, Flexibilität und Expertise der MitarbeiterInnen im Projektmanagement und Forschung in Freiburg. Hier hat sich das Team mit Thomas Pfundstein, Sabine Behrend, Manuela Berthold, Andreas Hils, Willi Gertsen, Virginia Guerra, Andreas Klein, Michael Monzer, Birgit Schuhmacher und Mario Störkle bewährt. Ihnen gilt mein ganz besonderer persönlicher Dank.

Er gilt auch den Case ManagerInnen vor Ort: Anja Bieber, Barbara Burger, Simone Büttner, Karla McCabe, Sigrid Daus, Kerstin Dedekind, Sandra Eggers, Brigitte Eibl, Gereon Falck, Susanne Gordon, Monika Jäger, Christian Koch, Annette Liedtke, Viola Meier, Josefine Meng, Ines Neubert, Aurelia Römer-Kirchner, Andrea Roller, Gisela Schiffer-Sommer, Edith Schneider, Ramona Stellmacher, Nicole Wagner, Barbara Widmann und Johanna Wurm

Freiburg, Juli 2008

Prof. Dr. Thomas Klie, Institutsleitung

I. Einleitung

In den Jahren 2003 bis 2008 wurde in dem Modellvorhaben PFLEGE BUDGET in sieben Regionen in Deutschland die Einführung des personenbezogenen Pflegebudgets erprobt. Die Projektträgerschaft und das Projektmanagement lagen in der Hand des Arbeitsschwerpunkts Gerontologie und Pflege (AGP) der Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e.V. an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg.

Aufgaben der Begleitforschung hinsichtlich der sozialwissenschaftlichen Evaluation übernahm das Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft e.V. (FIFAS), die ökonomischen Analysen lagen in der Hand des Zentrums für europäische Wirtschaftsforschung, Mannheim (ZEW). Der Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege beteiligte sich an den Aufgaben der Begleitforschung im Rahmen qualitativer Fallanalysen und der Implementationsforschung.

Aus den drei Instituten liegen Teilberichte vor, jeweils ergänzt um Kurzfassungen mit den wesentlichen Aussagen. Im Bericht von FIFAS werden die Ergebnisse der Begleitforschung zur Situation der Pflegebedürftigen und Pflegenden zum Zeitpunkt der Ersterhebungen sowie die Auswirkung des Pflegebudgets behandelt. Das ZEW stellt in seinem Bericht die Ergebnisse ökonomischer Wirkungsanalysen vor und widmet sich Fragen der Kosteneffizienz des Pflegebudgets. Der AGP dokumentiert den Projektverlauf, stellt die Ergebnisse der Implementationsforschung vor, referiert die im Modellprojekt aufgeworfenen Rechtsfragen und präsentiert das im Modellprojekt implementierte Case Management-Konzept sowie die diesbezüglichen Evaluationsergebnisse. In qualitativen Fallanalysen werden die Ergebnisse der sozialwissenschaftlichen Begleitforschung von FIFAS ergänzt.

Integriert in den Berichtsteil des AGP ist eine Sonderstudie zu den betriebswirtschaftlichen Auswirkungen von Budgets für Pflegedienste und eine Sonderevaluation der Erst- und Folge-Assessments der Daten aus dem RAI.

Die zentralen Ergebnisse aller drei Teilberichte werden in einer summarischen Zusammenfassung zusammengeführt und münden in einer übergreifenden Summa.

II. Das Modellprojekt

Finanziert durch die Spitzenverbände der Pflegekassen auf Grundlage des § 8 Abs. 3 SGB XI und mit komplementärer Finanzierung durch das Land Nordrhein-Westfalen, wurde die Einführung eines persönlichen Pflegebudgets mit integriertem Case Management experimentell erprobt.

Das PFLEGE BUDGET lässt sich wie folgt charakterisieren:

- Anstelle der Sachleistungen der häuslichen Pflege gem. § 36 SGB XI konnten die TeilnehmerInnen die Pflegestufenabhängigen Beträge zum bedarfsgerechten Einkauf von pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen erhalten.
- Die Beträge waren zweckgebunden für frei wählbare pflegerische und hauswirtschaftliche Dienstleistungen legaler Anbieter.
- Die BudgetnehmerInnen wurden durch Case ManagerInnen begleitet, die sie bei der Bedarfsfeststellung unterstützen und bei der Verwendung des PFLEGE BUDGETS berieten. Das Case Management übernahm dabei Aufgaben der Qualitätssicherung.

Die zentralen Zielsetzungen der experimentellen Erprobungen des PFLEGE BUDGETS lassen sich wie folgt beschreiben:

- Stabilisierung der häuslichen Versorgung durch die Möglichkeit individueller Versorgungsarrangements,
- Deckung von Bedarfen, deren Existenz zwar nachweisbar ist, die aber weder im SGB XI als leistungsrelevante Sachverhalte anerkannt sind, noch im Leistungskatalog der Pflegekassen Berücksichtigung finden,
- Steigerung der Qualität häuslicher Versorgung; Sicherung und Förderung der Lebensqualität sowie Entlastung pflegender Angehöriger.

Zu den zentralen Fragen gehörte neben der, ob die angestrebten Ziele erreicht werden können, die nach

- der Kosteneffizienz der Leistungsform des PFLEGE BUDGET im Vergleich zu den bestehenden Regelleistungen
- den Möglichkeiten der Qualitätssicherung in pflegefachlicher Hinsicht bei budgetbasierter Leistungsgewährung und
- der Resonanzfähigkeit des PFLEGE BUDGETS bei Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen.

Letztlich ging es auch um die Frage, wie mit begrenztem Mitteleinsatz eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Begleitung und Versorgung von Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf ermöglicht werden kann. Das Projekt PFLEGE BUDGET barg dabei

erhebliche Irritationsqualitäten für das etablierte System der Altenhilfe in sich, da es das Kontraktmanagement von der Makro- und Mesoebene (Wohlfahrtsverbände, Pflegekassen, Leistungsanbieter) auf die Mikroebene (Leistungsempfänger und –anbieter) verlegte.

Die Fragestellungen wurden in einem multidisziplinären Forschungsverbund im Rahmen eines Sozialexperimentes erarbeitet. Die Begleitforschung beruhte im Wesentlichen auf quantitativen Erhebungen in einem Vergleichsgruppendesign, wurde jedoch durch qualitative Methoden ergänzt.

Das Sozialexperiment PFLEGE BUDGET war für max. 800 BudgetnehmerInnen und eine gleich große Vergleichsgruppe konzipiert. Die Gruppenzuordnung unterlag der Randomisierung. Diese Ziele wurden angesichts der Implementationsschwierigkeiten nicht erreicht. Insgesamt nahmen an dem Modellprojekt 874 Menschen mit Pflegebedarf teil.

Im Laufe des Modellprojektes wurden Anpassungen des Programmdesigns erforderlich. Die Begleitforschung beleuchtete in Sondererhebungen spezifische Fragen im Zusammenhang mit der Implementation des PFLEGE BUDGETS.

Begleitet wurde das Projekt durch eine intensive Öffentlichkeitsarbeit, begleitende Fachsymposia, expertenbasierte Konsultationsrunden und Gespräche.

Im Land Nordrhein-Westfalen wurde das Modellvorhaben ergänzend durch das Land unterstützt und durch eine Sondererhebung zur pflegekulturellen Orientierung flankiert.

Das Land Rheinland-Pfalz unterstützte mit einer 50%-Finanzierung das Schwesterprojekt INTEGRIERTES BUDGET, in dem Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf die Möglichkeit eröffnet wurde, das PFLEGE BUDGET in das Persönliche Budget gem. § 17 Abs. 2 SGB IX zu integrieren.

III. Zentrale Ergebnisse der Teilberichte

1. Zentrale Ergebnisse von FIFAS

In der soziologischen Begleitforschung, die von FIFAS, Freiburg durchgeführt wurde, stand die Frage im Vordergrund, wie sich die Einführung eines persönlichen Pflegebudgets auf Pflegearrangements und auf die Situation der Pflegenden auswirkt.

Situation der Pflegebedürftigen und Pflegenden: Pflege als soziales Schicksal

Als Vorarbeit zu der Frage nach den Effekten des Pflegebudgets wurde auf der Basis der Ersterhebungen bei den pflegebedürftigen Personen und bei den Hauptpflegepersonen ausführlich untersucht, wie Pflegearrangements strukturiert sind und wie sich diese Strukturierung erklären lässt. Zur *Beschreibung* wurde ein Akteurs-Sektoren-Modell entwickelt. Arrangements wurden durch die Zahl und Zusammensetzung der Helfer aus verschiedenen

Sektoren, durch die von Sektoren geleistete Zeit und durch die an die Sektoren geleisteten Zahlungen beschrieben.

Zur *Erklärung* wurde das Modell „Bedarf und Chancen“ vorgeschlagen und auf seine Stimmigkeit überprüft. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse sind von allgemeinem pflegewissenschaftlichem Interesse und fanden Eingang in die Untersuchung der Effekte des persönlichen Pflegebudgets. Als Hauptergebnis dieser Analysen lässt sich festhalten, dass Pflegearrangements nicht nur vom Bedarf, also von einer „Sachlogik“ bestimmt sind, sondern auch durch eine „soziale Logik“. Pflegearrangements variieren auch mit dem sozialen Umfeld; mit den Chancen und Restriktionen, die sich durch das Unterstützungsnetzwerk, durch die Milieuzugehörigkeit der Hauptpflegeperson und durch raumstrukturelle Bedingungen ergeben. Dabei zeichnet sich eine Art Umkehr von sozialen Privilegien und Benachteiligungen ab. Privilegiert in dem Sinne, dass im Falle von Pflegebedürftigkeit eine häusliche Versorgung möglich ist, sind nun eher diejenigen, die ansonsten in unserer Gesellschaft weniger begünstigt und weniger dem gesellschaftlichen Modernisierungsprozess angepasst sind.

Effekte des PFLEGE BUDGETS

Die Auswirkungen des persönlichen Pflegebudgets auf die Struktur von Pflegearrangements lassen sich in Stichworten wie folgt beschreiben:

- Die Zahl der an der Versorgung beteiligten HelferInnen ist deutlich gestiegen.
- Die Zusammensetzung der am Pflegearrangement beteiligten HelferInnen ist differenzierter, vielfältiger, gemischer geworden. Das hat Auswirkungen auf die Tragfähigkeit von Versorgungsarrangements, die nun einem Welfare Mix sehr viel näher kommen als das unter den Bedingungen der konventionellen Leistungsarten im Durchschnitt möglich ist.
- Die Angehörigen ziehen sich keineswegs aus ihrer Verantwortlichkeit zurück. Sie werden jedoch entlastet. Besonders unter „schwierigen Bedingungen“ – bei starker Pflegebedürftigkeit und bei Demenz – reduziert sich die von Angehörigen (informeller Sektor 1) geleistete Zeit spürbar.
- Auch die von Pflegediensten und Pflegefachkräften geleistete Hilfe verringert sich nicht. Allerdings verlieren die Pflegedienste ihre monopolartige Stellung als Anbieter von Leistungen.
- Durch das Pflegebudget können bezahlte Leistungen von „neuen Anbietern“ nachgefragt werden. Das sind Personen, aber auch Unternehmen, die wir dem formellen Sektor 2 zugerechnet haben, die beruflich bzw. kommerziell Leistungen auch ohne

pflegefachspezifische Ausbildung erbringen. Die von Akteuren aus diesem Sektor geleistete Zeit nimmt deutlich zu.

- Dabei handelt es sich um Leistungen, die von den Pflegebedürftigen und den pflegenden Angehörigen sehr geschätzt werden und so im Sachleistungskatalog nicht vorgesehen sind, die gleichwohl aber von großer Bedeutung für die Qualität der Pflege sind: Leistungen der Betreuung und Leistungen, die wir der Kategorie „Teilhabe, Würde und Wellness“ zugeordnet haben.
- Als Qualitätssteigerung ist ebenfalls zu werten, dass durch das Pflegebudget nun die Möglichkeit besteht, Leistungen in einer sehr viel flexibleren und individualisierteren Weise in Anspruch zu nehmen, als das unter den Bedingungen der Sachleistungen möglich war.
- Besonders unter schwierigen Bedingungen werden diese neuen Möglichkeiten genutzt: bei starker Pflegebedürftigkeit, bei Demenz und wenn das soziale Umfeld für eine häusliche Versorgung eher ungünstig ist.
- Die Hauptpflegepersonen berichten im Projektverlauf eine zunehmende Entlastung und verbunden damit steigt auch ihre Zufriedenheit mit der Lebensqualität beträchtlich.
- Ob durch die Einführung des persönlichen Pflegebudgets die Verzögerung oder Verhinderung einer stationären Versorgung möglich ist, kann durch die Begleitforschung nicht mit Sicherheit beantwortet werden. Die mit der Veränderung von Pflegearrangements verbundene Qualitätssteigerung und die Entlastung von pflegenden Angehörigen sprechen für die Annahme, dass eine solche Entwicklung sehr wahrscheinlich ist.

Mit welcher Inanspruchnahmequote kann für das persönliche Pflegebudget gerechnet werden?

Eine Prognose der Inanspruchnahme des persönlichen Pflegebudgets ist mit großen Unsicherheiten verbunden. Die Sondererhebungen in den Landkreisen Unna und Annaberg haben gezeigt, dass rund 25 % bis 30 % der jetzt 40- bis 65-Jährigen ein persönliches Budget anstelle von Sach- oder Geldleistungen in Anspruch nehmen würden. In der „Vorfeldbefragung“ zur Begleitforschung waren von den Teilnahmeberechtigten rund 65 % daran interessiert, das Budget auch zu erhalten. Dieser Anteil ist aber als Schätzwert für die Inanspruchnahme-Quote vermutlich zu hoch, denn die Sach- und KombileistungsbezieherInnen waren unter den Interessierten deutlich häufiger als in der Grundgesamtheit der häuslich versorgten Pflegebedürftigen vertreten. Nichtinteressierte geben häufig an, dass Angehörige nicht aus dem Budget bezahlt werden bzw. ihre Rentenansprüche steigern können. Das verweist auf ein dauerhaftes Motiv, *nicht* das persönliche Budget in Anspruch zu nehmen: Ein für die häusliche Versorgung günstiges soziales Umfeld, mit Angehörigen, die Pflegeverpflichtungen übernehmen wollen und können und denen man auch finanzielle Gratifikationen zukommen

lassen möchte, bzw. die selber an solchen Zuwendungen interessiert sind. Entsprechend zeigen sich in der Begleitforschung Pflegebedürftige mit einem für die häusliche Versorgung ungünstigen Umfeld stärker am persönlichen Budget interessiert als Pflegebedürftige mit einem günstigen Umfeld, deren Anteil in der Grundgesamtheit zwischen 50 % und 60 % liegen dürfte.

Eine realistische Annahme ist, dass nahezu alle derzeitigen SachleistungsempfängerInnen (rund 12 % der häuslich Versorgten) und ein größerer Teil der KombileistungsbezieherInnen (rund 15 %) für das Budget zu gewinnen sind sowie ein vermutlich deutlich geringerer Anteil der GeldleistungsempfängerInnen. Dies entspräche einer Quote, die bei 20 % bis 25 % der häuslich versorgten Pflegebedürftigen liegen könnte.

Diese Annahme unterliegt aber folgenden Dynamiken:

- Der vorliegende Bericht könnte – im Sinne einer „self-fulfilling-prophecy“ – dazu beitragen, dass die positiven Chancen, die das Budget bietet, bekannt werden.
- Die Veränderungen auf der Angebotsseite, induziert durch die Einführung des Budgets, können nicht prognostiziert werden. Neue Angebote im Bereich des formellen Sektors 2, aber auch bei den Pflegediensten, die eine individualisierte und flexible Versorgung ermöglichen, könnten die Nachfrage nach dem Budget steigern.
- Durch den demographischen und sozialen Wandel wird der Anteil von Pflegebedürftigen mit einem für die häusliche Versorgung günstigen Umfeld deutlich abnehmen und entsprechend das Interesse an der Inanspruchnahme des persönlichen Budgets zunehmen. Dies auch deshalb, weil mit ungünstigerem sozialem Umfeld die Sachleistung stärker nachgefragt wird – eine Entwicklung, die bereits beobachtbar ist.

Eine Schätzung der Inanspruchnahme-Quote des Budgets als alternative, regelhafte Leistungsform zur Sachleistung kann unter den genannten Bedingungen zu folgenden Werten kommen: Kurzfristig, innerhalb von 2 bis 5 Jahren, könnte der Anteil bei 25 % der häuslich Versorgten liegen. Mittelfristig – in 5 bis 10 Jahren – wäre mit einer deutlich höheren Quote zu rechnen, die vielleicht bei 40 % bis 50 % liegen könnte. Diese höheren Quoten müssen jedoch nicht bedeuten, dass auch die absolute *Zahl* der BudgetnehmerInnen entsprechend zunimmt. Denn nicht berücksichtigt ist dabei, dass die Zahl der häuslich Versorgten zugunsten der Zahl der stationär Versorgten deutlich abnehmen könnte – es sei denn, durch die Einführung des persönlichen Pflegebudgets wird dieser erwartbare „Heimsog“ abgemildert.

2. Zentrale Ergebnisse des ZEW – Auszüge aus der Kurzzusammenfassung

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. Dabei werden Aspekte berührt, die bereits in der soziologischen Forschung behandelt wurden, hier allerdings in strikt ökonomischer Perspektive behandelt.

- Im Vergleich zum Sachleistungsbezug erhalten PflegebudgetbezieherInnen mehr wöchentliche Hilfestunden, 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 HelferInnen im Pflegearrangement entsprechen den internationalen Erfahrungen mit konsumentenorientierten Leistungsformen im Vergleich zu Sachleistungen.
- Im Vergleich zum Pflegegeldbezug führt das Pflegebudget trotz der Verdopplung der Leistungshöhe nicht zu einem Anstieg des wöchentlichen Hilfeumfangs. Es kommt 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 bemerkbar macht. Die Versorgung ist damit aus Sicht der Pflegeversicherung kostenineffizient gegenüber dem Pflegegeld, da der Mitnahmeeffekt in Form der zeitlichen Entlastung der Angehörigen nicht mit einer Veränderung des Versorgungsniveaus der Pflegebedürftigen einhergeht.
- Das Pflegebudget führt zu einer zeitlichen Entlastung der Hauptpflegepersonen, insbesondere im Vergleich zum Pflegegeld. Diese zeitliche Entlastung zieht keine Beschäftigungswirkungen nach sich, äußert sich aber in einer verbesserten Zufriedenheit mit der sozialen Teilhabe, sowie der allgemeinen Lebensqualität. 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.
- Das begleitende Case Management entlastet die Pflegehaushalte bezogen auf die Organisation und Planung der Pflege. Zudem sehen die PflegebudgetbezieherInnen in den Case ManagerInnen wichtige AnsprechpartnerInnen für alle Problemlagen. Auch finden sich Hinweise, dass durch das Case Management die Konsumentensouveränität der Pflegehaushalte gestärkt wird, und hierdurch 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 Sachleistungsempfängerinnen, ein Wegfall der Pflegeeinsätze für ehemalige PflegegeldempfängerInnen sowie ein infolge des Pflegebudgets verlängerter Verbleib in der kostengünstigeren ambulanten Versorgung aus. Darüber hinaus ist es denkbar, dass das Case Management die Begutachtungsfunktion des MDK übernimmt und somit weitere Kosten gespart werden können. Die Ergebnisse der Diskussion weisen jedoch darauf hin, dass diese Einsparpotenziale nicht ausreichen, um die Mehrkosten des Pflegebudgets zu tragen. In einer langfristigen Perspektive relativiert der 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.

3. Zentrale Ergebnisse des AGP

Die Forschungs- und Entwicklungsaufgaben des AGP waren vielfältig gestaltet und umfassten die Implementationsforschung, die systematische Bearbeitung von Rechtsfragen, die Entwicklung einer Case Management-Konzeption und deren wissenschaftliche Bewertung, die Beurteilung des Assessmentprozesses und seiner Wirkungen im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung, die Erstellung qualitativer Fallanalysen und schließlich eine Einzelstudie zu den betriebswirtschaftlichen Herausforderungen durch das PFLEGE BUDGET für Pflegedienste.

Wesentliche Ergebnisse aus dem Projektmanagement und der Implementationsforschung sind:

- Die Implementation verlief in drei Phasen: Auf ein zunächst ausgeprägtes Interesse auf der politischen Ebene (gepaart mit administrativen Unsicherheiten in der Implementation), folgte intensive Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit und dann ein Abschwung nachdem das Thema PFLEGE BUDGET im pflegepolitischen Kontext „abgehakt“, worden war (Gesetzentwurf Pflegeweiterentwicklungsgesetz).
- Die im Modellprojekt durchgeführte Öffentlichkeitsarbeit (Informationsmaterial, Flyer, Homepage, Mailing-Aktion der Kassen, örtliche Presse- und Medienberichterstattung, zielgruppenspezifische Veranstaltungen, Veröffentlichungen in der Fachpresse) haben das Pflegebudget als solches bei den relevanten Zielgruppen bekannt gemacht.
- Die Bekanntheit des Modellprojektes hat allerdings nicht dazu geführt, dass ein entsprechendes Inanspruchnahmeverhalten generiert wurde. Die Änderungen im

Projektdesign (Ausweitung der Standortregionen, teilweiser Verzicht auf die Einrichtung einer Vergleichsgruppe) sowie die Mailing-Aktionen der Pflegekassen wirkten förderlich auf die Teilnahmebereitschaft.

- Die Lobbyarbeit bei relevanten Akteursgruppen wie Verbänden der Leistungserbringer, Hausärzten, Pflegediensten, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und Seniorenbeiräten blieb weithin erfolglos, da vor allem die Diensteanbieter auf Unternehmensebene ebenso wie auf Verbandsebene sich bis auf wenige (aber ausgesprochen förderlich wirkende) Ausnahmen gegenüber dem Projekt distanziert- passiv bis ablehnend verhielten.
- Infrastruktureffekte im Sinne der Etablierung neuer Angebote oder Dienstleister in der Pflege waren nur schwach zu verzeichnen. Vor allem in Neuwied kam es zu einer nennenswerten Weiterentwicklung mit neuen Anbietern, anderen Entgeltstufen und erweiterten Leistungen, als sie bei zugelassenen Pflegediensten vereinbart werden können.
- Die Ansiedlung des Case Managements an unterschiedlichen Stellen bei den örtlichen Projektpartnern hat deutlich gemacht, dass die Methodik des Case Managements in diesen Kontexten realisiert werden konnte und eine relative Unabhängigkeit der Case ManagerInnen bestand. Dabei wurden gleichwohl unterschiedliche Einflussfaktoren sichtbar zum Beispiel hinsichtlich der Einbindung in die eigene Logiken dieser Institutionen.
- Die Wirkungen des Budgets im urbanen Bereich waren eher marginal, während im ländlichen Bereich das Case Management faktisch Aufgaben kommunaler Pflegeberatung wahrnahm. Die haushaltökonomische Bedeutung des Pflegegeldes differiert: Im Westen mehr eingesetzt für selbst beschaffte Pflegekräfte, nimmt es in den neuen Bundesländern eher Grundsicherungsfunktionen wahr.

Wesentliche Ergebnisse der Bearbeitung von Rechtsfragen sind:

- Zivilrechtliche Regelungen hinsichtlich Vertragsgestaltung, für den Umgang mit Leistungsstörungen und der Preisgestaltung werden bei der „Humandienstleistung“ Pflege und Betreuung durch das Leistungserbringungsrecht der Sozialversicherung überlagert oder bleiben bedeutungslos, wo im Schwarzmarkt unter Einsatz von Pflegegeld Leistungen vereinbart werden.
- Haftungsrisiken wurden präventiv bearbeitet, nicht im Zusammenhang mit real eingetretenen Schäden oder Schadensfolgen.
- Die Legalisierung von Arbeits- und Dienstverhältnissen war mit komplexen arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen Fragen und hohen Transaktionskosten verbunden. Trotz vereinfachtem Haushalt-Check-Verfahren besitzt die Legalisierung von Arbeitsverhältnissen,

etwa auch für osteuropäische Pflegekräfte, eine nur geringe Attraktivität. Von BudgetnehmerInnen vorgesehene Hilfsarrangements mit osteuropäischen Pflegekräften erwiesen sich bei der Prüfung häufig als rechtlich unzulässig und schieden insofern aus.

- Mit nicht-zugelassenen Anbietern wurden steuerrechtliche Fragen bearbeitet, da Budgetleistungen von den Finanzämtern zunächst nicht den Sachleistungen gleichgestellt wurden.
- Die Einbeziehung von Leistungen gemäß §§ 61 ff. SGB XII in das Pflegebudget war die einzige sozialleistungsrechtliche Aufstockungsoption für das Pflegebudget. Die Routine der Leistungsgewährungen differierten erheblich zwischen den Sozialhilfeträgern an den Standorten sowohl hinsichtlich der Feststellung des maßgeblichen Hilfebedarfes als auch hinsichtlich der Höhe der Leistungsgewährungen und der in der Vergangenheit mit Leistungserbringern abgeschlossenen Verträge gemäß § 75 SGB XII.
- Zur Frage der Qualitätssicherung unter Budgetbedingungen wurde ein Merkblatt erstellt. Nicht die Kontrolle der Dienstleister im Rahmen eines Top-Down-Kontraktmanagements der Pflegesicherung wie im klassischen Sachleistungsregime, sondern Instrumente des Hilfeplans und der Zielvereinbarung, verbunden mit (Re-) Assessments und Case Management-Begleitung wurden als subjektorientierte Alternative der Qualitätssicherung eingesetzt. Die für das trägerübergreifende, personenbezogene Budget geltenden Regelungen könnten bei regelhafter Einführung auch für ein Pflegebudget herangezogen werden.

Wesentliche Ergebnisse der im Projekt implementierten Case Management-Konzeption sind:

- Im PFLEGE BUDGET wurde ein fachlich anspruchsvolles Case Management-Konzept implementiert, das an den Standorten entweder als Masterfolie für die Implementation kommunaler Case Management-Strukturen angenommen wurde oder sich in einem Nebeneinander anderer Case Management Ansätze etablierte, respektive auf Abwehr und einen Mangel an Kooperationsbereitschaft stieß.
- Das Assessment-Instrument RAI-Home-Care HC2.0 zeigte Schwächen für den Bereich der häuslichen Pflege. Es akzentuiert in besonderer Weise Fragen der Fachpflege und erwies sich hinsichtlich sozialer Netzwerkressourcen unsensibel. Es bildete gleichwohl die Grundlage für eine systematische Risikowahrnehmung und entsprechender Intervention des Case Managements. Über (Re-)Assessments wurden relevante pflegefachliche Risiken erkannt. Insofern eignet sich RAI-Home-Care als ein Instrument subjektbezogener Qualitätssicherung.

- Eine Sonderstudie von Prof. Garms- Homolova, die die RAI-Home-Care-Assessment-Daten des Modellprojekts vergleichend untersuchte, machte deutlich, dass der zeitliche Bedarf der Pflegebedürftigen, die am PFLEGE BUDGET teilnahmen, höher war als der von Pflegebedürftigen, die ansonsten im Rahmen der häuslichen Pflege gem. § 36 SGB XI versorgt werden. Demenzielle Veränderungen lassen sich mit Hilfe des RAI-Home-Care-Assessments abbilden. Im Zeitverlauf lässt sich eine deutliche Entlastungsfunktion der budgetbasierten Leistungen zugunsten der Angehörigen ausmachen.

Wesentliche Ergebnisse der qualitativen Fallbeschreibungen sind:

- Hinsichtlich der Entlastung der Angehörigen wirken zwei Einflussfaktoren zusammen: Die verbindliche Neuordnung des Hilfearrangements mit Hilfe des Case Managements und die Einführung von formellen Helfern aus dem Sektor 2 in das Hilfearrangement. Obwohl sich die Hilfen aus dem formellen Sektor 1 fallweise verringerten, wurde die professionelle Pflege nicht aus dem Pflegearrangement „entlassen“. Die Entlastung pflegender Angehöriger ist ein wesentlicher Prädiktor für den Verbleib in der Häuslichkeit, insbesondere bei Menschen mit Demenz.
- Das Leistungsgeschehen ändert sich unter Budgetbedingungen hinsichtlich der Ausweitung der Betreuungszeit, einer Stärkung der psychosozialen Betreuungsdimension, einer zeitlichen und inhaltlichen Flexibilisierung bei gleichzeitiger Erhöhung der personellen Kontinuität der Pflegepersonen.
- Hinsichtlich der Lebensqualität wirkt der Budgetbezug sowohl hinsichtlich des subjektiven Erlebens, der erhöhten Selbstbestimmung als auch hinsichtlich der objektiv verbesserten Teilhabekonstellation.
- In einem ungünstigen sozialen Umfeld mit niedrigem Bedarf verhilft das Budget typischer Weise zu mehr Netzwerkpartnern, einer deutlichen Steigerung des Zeitumfanges und einer sozialen Stabilisierung des Pflegearrangements. In einer ungünstigen Chancenkonstellation mit einem hohen Pflegebedarf optimiert das Budget auf organisatorischer Ebene die Versorgungssituation bei gleichzeitiger Kostensenkung und führt so zu längeren Versorgungszeiten zu Hause.
- Bei Menschen mit Demenz und Pflegebedarf entfaltet das Budget die typischen, oben bereits beschriebenen Wirkungen in besonderem Maße.

Wesentliche Ergebnisse der betriebswirtschaftlichen Einzelstudie über Pflegedienste, die sich der neuen Leistungsform PFLEGE BUDGET öffneten, sind:

- Das Verhalten der Pflegedienste, insbesondere eine abwartende Position gegenüber dem Pflegebudget, beruht auf rationalen Kalkülen. Veränderungen auf das Preisniveau der Leistungen haben unmittelbar betriebswirtschaftliche Auswirkungen. Die Etablierung von Leistungsbereichen auf einem niedrigeren Entgeltniveau bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation des Gesamtbetriebes.
- Die Transaktionskosten der Pflegedienste sind vergleichsweise hoch, was die Koordinierung der Abläufe, Qualitätssicherung, Beratung der Pflegebedürftigen etc. anbelangt. Da sie sich nur begrenzt beeinflussen lassen, gilt dies auch für die Stundensätze pflegerischer Dienstleistungen.
- Leistungsdifferenzierung im Sinne einer Weitung des Leistungsspektrums insbesondere auf dem hauswirtschaftlichen und Assistenzbereich lohnt sich erst ab einer größeren Fallzahl und auch nur begrenzt, wenn es sich um ein von vorneherein überschaubaren Zeitraum handelt, für den diese Leistungsdifferenzierung sichere KundInnen schafft.
- Die Perspektive, möglichen Leistungsrückgang in Fachpflegestunden bei dem bestehenden Klientel überzukompensieren durch eine höhere Zahl von Pflegebedürftigen insgesamt, steht zwar prognostisch, wird aber von den Pflegediensten so nicht für wahrscheinlich gehalten.
- Aus der Sicht der Pflegedienste besteht der kritische Preis für hauswirtschaftliche und Assistenzdienstleistung offenbar bei 15,- € (Rechnungsstellung) und 9,- € Auszahlung an die beruflichen HelferInnen. Auf dieser Grundlage wirbt der Anbieter des formellen Sektors 2 für die Pflegedienste mit ihren Stundensätzen „außer Konkurrenz“.
- Durch Absenkung der Transaktionskosten in den Pflegediensten und eine Verlagerung derselben auf Case Management-Strukturen und entsprechender Investitionen in Infrastruktur könnten die Pflegedienste in die Lage versetzt werden, ihre Leistungen auf einem anderen Preisniveaus anzubieten. Bei diesen Voraussetzungen wären Pflegedienste eher in der Lage, BudgetnehmerInnen interessante Angebote zu unterbreiten.

3. Zusammenfassung und Perspektiven

1. Pflege als soziales Schicksal

Zu den wesentlichen Erkenntnissen, die im Zusammenhang mit dem Modellprojekt PFLEGE BUDGET gewonnen wurden, gehört die datengestützte Einsicht, dass die Lebensbewältigung und -gestaltung wesentlich von sozialen Faktoren abhängt. In der Diskussion um die Pflegeversicherung wird ganz wesentlich auf den medizinisch-pflegerischen Aspekt als Dreh- und Angelpunkt qualitätsgesicherter Pflege abgehoben. Die damit

zusammenhängenden Fragen sind unwidersprochen wichtig, gehört doch zu den Errungenschaften, die mit der Einführung der Pflegeversicherung verbunden waren und sind, dass sich die Wissensbestände in der pflegefachlichen Begleitung deutlich erweitert und eine größere Verbreitung erfahren haben. In der öffentlichen Diskussion um die Lebenssituation von Menschen mit Pflegebedarf wurde bislang weithin vernachlässigt, dass die Aspekte der Lebensqualität, der Teilhabe und auch der (sozialen) Gesundheit davon abhängen, in welchen Kontexten, Milieus, Netzwerken und Siedlungstypen (urban, ländlich) pflegebedürftige Menschen leben. Die Differenz der durchschnittlichen Versorgungszeit, zwischen 84 Stunden im ländlich geprägten Raum in stabilen Netzwerken und neun Stunden in prekären Netzwerksituationen im urbanen Raum, unterstreicht, welche große Bedeutung sozialen Kontexten für die Versorgungs- und Lebensqualität von Menschen mit Pflegebedarf zukommt. Dies gilt perspektivisch umso mehr angesichts der zahlenmäßigen Zunahme prekärer Netzwerkkonstellationen für Menschen mit Pflegebedarf. Die Pflegeversicherung geht von vergleichsweise stabilen sozialen Netzwerkkonstellationen aus und baut auf sie auf. Genau diese werden sich in den nächsten Jahrzehnten verändern. Sollen nicht Aspekte der sozialen Ungleichheit der Lebensgestaltung und -bewältigung von Menschen mit Pflegebedarf prägend werden, verlangt dies eine pflegepolitische Aufmerksamkeitsverlagerung zu Fragen der sozialen Dimension der unterschiedlichen Chancenausstattung von Menschen mit Pflegebedarf. Die interdisziplinäre Begleitforschung zum Modellprojekt hat sowohl wesentliche empirische Daten geliefert als auch Erklärungsmodelle entwickelt. Neben dem Aspekt personenbezogenen Hilfsbedarfs spielt die Chancensituation von Menschen mit Pflegebedarf eine mindestens gleichwertige Rolle.

2. Unterstützungsbedarf bei Pflegebedürftigkeit

Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen bedürfen für die Bewältigung von Anforderungen, die sich aus dem Pflegebedarf ergeben, einer barrierefreien Infrastruktur fachlicher Unterstützung, die in der Fläche der Bundesrepublik Deutschland für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen heute so nicht verfügbar ist. Diese Erkenntnis gehört zu den zentralen Befunden der Begleitforschung des Modellprojektes. Die diesbezüglichen Aufgaben werden in sehr unterschiedlicher Weise fragmentiert von Pflegediensten, Hausärzten, Beratungsstellen und anderen Instanzen wahrgenommen. Die Annaberg-Unna-Studie im Rahmen des PFLEGE BUDGET-Projektes hat sichtbar gemacht, wie hoch der Beratungsbedarf von Bürgerinnen und Bürgern eingeschätzt und wie wenig transparent die Beratungsinfrastruktur wahrgenommen wird. Die Erfahrungen mit dem Case Management im PFLEGE BUDGET-Projekt unterstreichen die Wirksamkeit der Begleitung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen mit Hilfe der Methoden und Arbeitsweisen des Case

Managements. Case Management ist nicht nur in der Lage, wie andere Studien nachweisen, die Effizienz der Versorgung Pflegebedürftiger zu erhöhen, sondern trägt in besonderer Weise auch dazu bei, die Optionen der Lebensgestaltung und -bewältigung bei Pflegebedürftigkeit zu erweitern, Pflegearrangements zu reorganisieren und zu optimieren. Die Unterstützung der Lebensführung und -gestaltung bei Pflegebedürftigkeit bezieht sich ganz zentral auf soziale Dimensionen: die Begegnung prekärer Netzwerkkonstellationen durch Erweiterung der sozialen Netzwerke und ihrer Stabilisierung und Sicherung von Teilhabechancen. Insofern unterstützen die Erfahrungen aus dem Modellprojekt PFLEGE BUDGET das Anliegen des Gesetzgebers, durch Pflegeberatung und Pflegestützpunkte Case Management-basierte Unterstützungsstrukturen zu schaffen. Die Erfahrungen plausibilisieren die Forderung, dass es sich um ein fachlich fundiertes und in die Struktur der Pflegesicherung systematisch eingebundenes Care und Case Management handeln muss, wenn es denn die erwünschten Wirkungen zeigen soll. Mit dem Modellprojekt PFLEGE BUDGET liegen wertvolle konzeptionelle Entwürfe und Erfahrungen vor, wie Case Management-basierte Begleitung von pflegebedürftigen Menschen in einem multipolaren Interessenfeld auf der Fall- und Systemebene agieren kann.

3. Budgets wirken

Die Ergebnisse der qualitativen Begleitforschung und der qualitativen Fallanalysen schreiben dem PFLEGE BUDGET in eindeutiger Weise positive Wirkung für Pflegearrangements zu. Die Wirkungen bestehen insbesondere in der Ausweitung der Betreuungszeit, einer inhaltlichen Neuausrichtung der im Haushalt erbrachten Leistungen, einer höheren subjektiv erlebten Lebensqualität und der als besonders bedeutsam eingeschätzten Entlastungsfunktion für pflegende Angehörige. Dass das PFLEGE BUDGET auch in Richtung Hinauszögerung eines sonst nötigen Heimaufenthaltes wirkt, ist plausibel, kann allerdings mit den vorliegenden quantitativen Daten nicht nachgewiesen werden. Gegenüber den sachleistungsbasierten Pflegearrangements erweisen sich Pflegebudgets als kosteneffizienter. Das Maß der Kosteneffizienz, das man dem PFLEGE BUDGET zumisst, hängt einerseits von der Gewichtung der Budgetwirkung für den Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen ab, andererseits von der Zuordnung der mit dem Case Management verbundenen Kosten.

4. Pflegebudgets – Kein Modell für alle

Die begrenzte Resonanz auf das Angebot, auf Zeit Leistungen der sozialen Pflegesicherung in Form des Budgets in Anspruch zu nehmen, hat einerseits spezifische Hintergründe, die sich daraus erklären, dass die Leistungsform Budget inzwischen gut organisierte Interessen von Stakeholdern in der Pflegelandschaft berühren. Ähnlich wie beim trägerübergreifenden Budget

zeigt sich, dass die Kooperationsbereitschaft in der Pflegelandschaft hinsichtlich neuer Leistungsformen begrenzt ist. Das alles spricht, wie beim trägerübergreifenden Budget, nicht gegen das Budget, sondern charakterisiert eher die Landschaft im Pflegesektor. Gleichwohl macht die begrenzte Resonanz auf das Angebot des PFLEGE BUDGETS deutlich, dass Budgets aktuell nicht für alle Menschen mit Pflegebedarf eine attraktive Leistungsform darstellen. Viele Pflegebedürftige sind zufrieden mit der Leistungsform des Pflegegeldes, die ihnen eine hohe Autonomie, hauswirtschaftlichen Nutzen, Möglichkeiten unkontrollierter Leistungsbeschaffung, Gratifikation innerfamiliärer Solidarität und Grundsicherung bietet. Ob die sekundären Wirkungen der Verwendung des Pflegegeldes sozialpolitisch akzeptiert werden können und die Steuerungswirkungen gewünschte sind, steht auf einer anderen Agenda. Gerade für Haushalte mit geringem Einkommen und solche, die pragmatische Lösungen für die Bewältigung der Pflegebedürftigkeit wünschen, ist und bleibt das Pflegegeld attraktiver als ein Case Management-flankiertes, zweckgebundenes Pflegebudget. Auch SachleistungsbezieherInnen, die in ihrem Versorgungsarrangement Dienste fest verankern, sind mit ihrer Versorgungssituation zufrieden und werden von einer neuen Leistungsoption Budget keinen Gebrauch machen. Vielen BürgerInnen sind gegebenenfalls die Transaktionskosten zu hoch, die mit der Leistungsform Budget verbunden sind. Zwischen 10 und 30 Prozent der Pflegebedürftigen (im häuslichen Bereich) dürften zu der Gruppe zählen, die an der Leistungsform Budget in hohem Maße interessiert sind und für die sie die Versorgungssituation qualifizierende und stabilisierende Wirkung entfalten können. Dabei hängt, wie die Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, die Implementierung von personenbezogenen Pflegebudgets in hohem Maße davon ab, wie sie flankiert werden durch eine entsprechende Infrastruktur, die die Investition von Vertrauen in sie zulässt. Für pflegebedürftige Menschen, die nicht zu der typischen Gruppe hochbetagter Pflegebedürftiger gehören, ist das Pflegebudget in der Lage, eine wesentlich selbstbestimmtere Form der Lebensführung mit Pflegebedarf zu unterstützen. Diese Gruppe wird in einem höheren Maße Budgetoptionen für die Bewältigung ihres Pflegebedarfes nutzen.

5. Andere Wege der Qualitätssicherung

Eine der wesentlichen Forschungsfragen im Rahmen des Modellprojekts PFLEGE BUDGET war die nach der Qualitätssicherung der pflegerischen Leistung unter Budgetbedingungen.

Die Berichte über und die Verbreitung von Qualitätsmängeln in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen hat zu verstärkten Bemühungen in der Qualitätssicherung geführt. Diese zielen insbesondere darauf, professionelle Anforderungen an pflegefachliches Handeln verbindlicher und transparenter zu machen, Einrichtungen und Dienste mit

Qualitätsmanagementanforderungen auszustatten und einer wirksamen Kontrolle zu unterwerfen und die Öffentlichkeit stärker am Qualitätsdiskurs zu beteiligen. Diese Strategien der Qualitätssicherung führen zu vergleichsweise hohen Transaktionskosten für die an der Erbringung von Pflegeleistungen beteiligten Pflegeeinrichtungen und –dienste und garantieren nicht, dass in der Qualitätssicherung individuelle Präferenzen und Fragen der Lebensqualität hinreichend Berücksichtigung finden. Gleichwohl bleiben Qualitätssicherungsstrategien bedeutsam. Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz unterstreicht die Überzeugung des Gesetzgebers, in dieser Richtung neue Strukturen, Wissensbestände und wirksame Maßnahmen zu schaffen.

Im Rahmen des Modellprojekts wurden ähnlich wie beim trägerübergreifenden Budget, gegenüber eher objektorientierten Ansätzen der Qualitätssicherung, die auf einem Makro- und Meso- Kontraktmanagement zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern basieren, Qualitätssicherung stärker subjektorientiert im individuellen Assessment, der individuellen Zielvereinbarung und Hilfeplanung und damit im Mikro-Kontraktmanagement platziert. Ein aussagekräftiges Assessment- Instrument mit Risikoindikatoren, verbindliche Re-Assessments und ein begleitendes, aushandlungsorientiertes Case Management bieten sich als alternative Option wirksamer und auf Ergebnisqualität hin orientierter Qualitätssicherung an. Die belastbaren Erfahrungen aus dem Modellprojekt PFLEGE BUDGET weisen damit auch auf Optionen alternativer, wirksamer Qualitätssicherungsstrategien und –instrumente.

Die Implementierung entsprechender Assessments wird sich insbesondere wenn sie auf ein multiprofessionelles und institutionsübergreifendes Handeln angelegt ist, sowohl technisch als auch hinsichtlich ihrer Anwendung als voraussetzungsvoll erweisen.

6. Neue Bedeutung von Assessment-Instrumenten

Im Modellprojekt PFLEGE BUDGET konnten systematische Erfahrungen mit Assessment-Instrumenten gesammelt werden, die in ihren Erhebungen über den gesetzlich festgelegten Pflegebedürftigkeitsbegriff hinausgehen und umfassend Pflege- und Rehabilitations- sowie Teilhabebedarfe abbilden. Das gewählte Instrument – RAI-Home-Care – wurde aus pragmatischen Gründen gewählt, da ICF-basierte Instrumente nicht vorlagen. Die Erkenntnisse aus der Begleitforschung machen deutlich, dass Assessment-Instrumente, im Falle des Modellprojektes RAI-Home-Care, in der Lage sind, Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vergleichsweise zuverlässig abzubilden. Dabei lassen sie auch im bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriff „diskriminierte“ Bedarfe sichtbar werden. Das Assessment-Instrument RAI-Home-Care hat sich trotz der pragmatischen Hintergründe seiner Auswahl zur Erkennung pflegfachlicher relevanter Gefährdungskonstellationen bewährt und das Case Management in die Lage versetzt, auf relevante Risiken zu reagieren und Interventionen zu

tätigen. Es eignete sich nicht zur systematischen Hilfeplanung und zur interkollegialen Abstimmung zwischen den unterschiedlichen am Pflegeprozess beteiligten Berufsgruppen und Akteuren. Die Erfahrungen im Modellprojekt PFLEGE BUDGET lassen es in hohem Maße plausibel erscheinen, Assessment-Instrumente für mehrere Funktionen zu nutzen:

- die Feststellung eines rechtlich relevanten und anspruchsbegründenden Pflegebedarfs – der bei einer Pflegeversicherung, die lediglich Teilleistungen für Teilbedarfe vorsieht, immer ein selektiver sein muss –
- die systematische Abbildung von Zuständen, Bedarfen und Bedürfnissen von auf Pflege angewiesenen Menschen inklusive ihrer Ressourcen als Grundlage für Aushandlungsprozesse und die Gestaltung von Hilfsarrangements.

7. Pflegepolitische Optionen für eine regelhafte Einführung von personenbezogenen Pflegebudgets

Das Modellprojekt PFLEGE BUDGET zielte auf die Frage, ob die Einführung eines personenbezogenen Pflegebudgets eine bedeutsame Variante für die Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung darstellt, die sowohl in der Lage ist, die Versorgungsqualität der Pflegebedürftigen zu erhöhen, als auch einen Beitrag zur effizienten Mittelverwendung der Pflegeversicherung zu leisten. Schließlich sollten und müssten Pflegebudgets in der Lage sein, einen Beitrag zur nachhaltigen Sicherung der Pflege zu leisten. Die Einführung personenbezogener Pflegebudgets verlangt nach einem entsprechenden politischen Willen. In der aktuellen Pflegelandschaft kann und darf eine solche Entscheidung, wenn sie denn pro Budget gefällt wird, nicht von der Zustimmung und Akzeptanz der Akteure im Feld der Pflege abhängig gemacht werden: Dies haben die Ergebnisse der Implementationsforschung zum Pflegebudget deutlich gemacht. Wie, ein entsprechender politischer Wille und eine parlamentarische Mehrheit vorausgesetzt, Pflegebudgets als Regelleistung in die soziale Pflegeversicherung einbezogen werden können, ist eine Frage, die unterschiedliche Antwortmöglichkeiten kennt. Will man eine „Systemmutation“ anstoßen und den dominanten Anbietermarkt um Elemente des Nachfragemarktes ergänzen und die Erfahrungen aus dem Modellprojekt in ihrer potentiellen Dynamik für die Weiterentwicklung der Pflegelandschaft nutzen, so würde sich die kurzfristige Einführung einer weiteren Leistungsoption Pflegebudget anbieten. Will man mit dem Pflegebudget besonderen Zielgruppen eine bedürfnisgerechtere Gestaltung ihres Lebens im Zusammenhang mit der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit eröffnen, ließe sich daran denken, das persönliche Pflegebudget im Zusammenhang mit dem trägerübergreifenden Budget in besonderer Weise für Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf als Leistungsoption einzuführen. Hält man die im Zusammenhang mit dem Pflegebudget gesammelten Erkenntnisse und Erfahrungen für grundlegend, wäre auch an eine

Strukturreform und Reform des Leistungsrechts der Pflegesicherung zu denken, die sowohl Begutachtungs-, Assessment- und Case Management-Funktionen neu ordnet, als auch die Leistungsarten und –formen neu ausbalanciert und konzeptioniert.

Inhaltsübersicht über die Teilberichte

Teilbericht 1:

Endbericht (AGP)

1	Pflegebedürftigkeit und PFLEGEBUDGET im gesellschaftlichen und sozialpolitischen Kontext	11
2	Der Modellversuch: Experimentelle Einführung des PFLEGEBUDGETs in sieben Regionen bzw. Städten von Deutschland	19
3	Probleme und Chancen – Die Implementation des Projekts PFLEGEBUDGET	26
4	Rechtsfragen im Modellprojekt PFLEGEBUDGET	125
5	Case Management	202
6	Analyse der qualitativen Fallbeschreibungen des Case Managements	392
7	Leistungsanbieter im PFLEGEBUDGET	438

Teilbericht 2:

Begleitforschung zur Einführung eines persönlichen Pflegebudgets mit integriertem Case Management (FIFAS)

1	Fragestellung, Methoden und Daten der Begleitforschung	4
2	Situation der Pflegebedürftigen und der Pflegenden – Ergebnisse aus den Ersterhebungen	50
3	Auswirkungen des Pflegebudgets auf die Situation von Pflegebedürftigen und Pflegenden	149

Teilbericht 3:

Evaluation eines personengebundenen Pflegebudgets in der ambulanten Altenhilfe (ZEW)

1	Einleitung – Ziele der wissenschaftlichen Begleitforschung durch das ZEW	13
2	Theoretische Überlegungen zur Wirkung des Pflegebudgets	28
3	Der Modellversuch – Konzeption, Anspruch und Umsetzung	43
4	Panelerhebung der Teilnehmer	60
5	Ökonomische Wirkungsanalysen auf Grundlage der Panelerhebung	78
6	Ergänzende ökonomische Analysen am Standort Neuwied	152
7	Die Kosten des personenbezogenen Pflegebudgets	208
8	Schlussbetrachtung der ökonomischen Begleitforschung	235