



FIFAS

Freiburger Institut für
angewandte
Sozialwissenschaft e.V.

**Begleitforschung zur Einführung eines persönlichen Pflegebudgets
mit integriertem Case Management**

– Kurzbericht –

Baldo Blinkert
unter Mitarbeit von Christine Schings und Jürgen Spiegel

Freiburg, 24.5.2008

Vorbemerkung

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

Teil I:

Fragestellung, Methoden und Daten der Begleitforschung

1. Fragestellung und Methoden der sozialwissenschaftlichen Begleitforschung

- 1.1 Der Hintergrund: demographischer und sozio-kultureller Wandel – zunehmende Diskrepanz zwischen Bedarf und Chancen
- 1.2 Das Pflegebudget mit integriertem Case Management
- 1.3 Fragestellungen der soziologischen Begleitforschung
- 1.4 Methoden der Begleitforschung

2. Datenlage

3. Ein- und Ausstieg aus dem Projekt

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

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

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

- 5.1 Messung und Bedeutung von Bedarf
- 5.2 Klassifizierung von Chancen: Bedingungen des sozialen Umfelds
- 5.3 Bedarf und Chancen und die Struktur von Pflegearrangements

6. Pflegearrangements und die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen

7. Situation der Pflegenden: Belastungen und Lebensqualität

Teil III:

Auswirkungen des Pflegebudgets auf die Situation von Pflegebedürftigen und Pflegenden

8. Methoden

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

10. Veränderung von Pflegearrangements durch die Einführung des persönlichen Pflegebudgets

Zahl und Zusammensetzung der Helfer:

Zeitstruktur der Pflegearrangements:

Pflegebudget unter schwierigen Bedingungen

Bedeutung des formellen Sektor 2 aus der Sicht der Beteiligten

Verändertes Nachfrageverhalten – neue Leistungen

Veränderung von Pflegearrangements unter Geldgesichtspunkten

11. Veränderung der Situation der Pflegenden

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

Erkenntnisse aus den Sondererhebungen

1. „Vorfeldbefragungen“ (Anlage I)

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

Abschließender Kommentar

Situation der Pflegebedürftigen und Pflegenden

Effekte des persönlichen Pflegebudgets

Mit welcher Inanspruchnahmequote kann für das persönliche Pflegebudget gerechnet werden?

Teil I:

Fragestellung, Methoden und Daten der Begleitforschung

1. Fragestellung und Methoden der sozialwissenschaftlichen Begleitforschung

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

Ausgangslage: zunehmende Diskrepanz zwischen Bedarf und Chancen

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

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

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

Aber es ist nicht allein der demographische Wandel, der die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen beeinflusst. Von großer Bedeutung sind institutionelle Regelungen, die ihren Niederschlag u.a. im Begriff der „Pflegebedürftigkeit“ und in der Sozialgesetzgebung finden, aber auch in tariflichen Vereinbarungen und arbeitsmarktpolitischen Bestimmungen verankert sein können – z.B. in Regelungen, die eine

bessere Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflegen ermöglicht. Dazu gehören auch Berufs- und Ausbildungsordnungen, die von großer Bedeutung für die Qualität der professionell geleisteten Pflege und für das gesellschaftliche Ansehen pflegender Berufe sind. Wichtig sind aber auch Infrastrukturen, die sich zur Versorgung nutzen lassen – u.a. Pflegeheime, teilstationäre Angebote, Pflegedienste und Beratungsstellen. Von überaus großer aber schwer einzuschätzender Bedeutung ist schließlich der kulturelle und soziale Kontext von Pflegebedürftigkeit: der Stellenwert, den Pflegebedürftigkeit in ihren unterschiedlichen Ausprägungen in der Kultur besitzt, die Art und Weise, ob und wie Solidarität praktiziert wird, sowie Wertorientierungen und Lebensentwürfe, die mehr oder weniger günstig für die Übernahme von Versorgungsverpflichtungen sein können. Zu diesen Faktoren gehören aber auch strukturelle Bedingungen, wie die Bedeutung von Erwerbsarbeit für den Lebensentwurf, mit der Arbeitswelt verbundene Flexibilitätserfordernisse, soziale und geographische Mobilität und damit verbundene Wahrscheinlichkeiten für Versorgungsleistungen aus dem primären sozialen Umfeld.

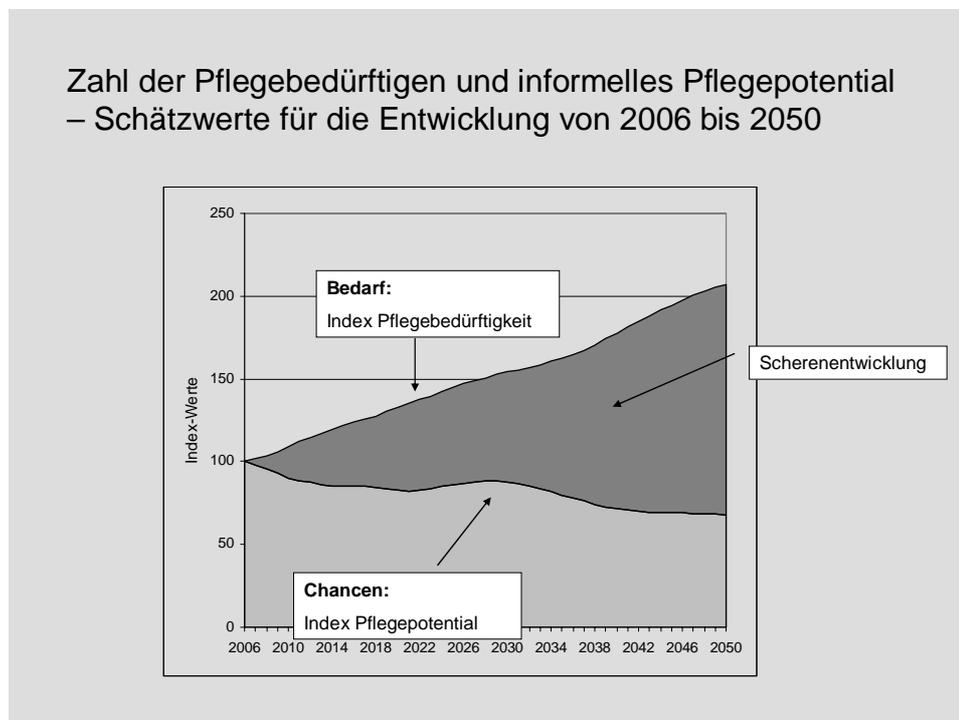
Mit einem Simulationsmodell konnten wir zeigen, mit welchen Entwicklungen zu rechnen ist – „ceteris paribus“, wenn alles gleich bleibt, wenn nichts geschieht (Anlage III):

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

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

*Bis 2050:
Verdoppelung der
Zahl der pflegebe-
dürftigen
Menschen –
Verringerung des
informellen
Pflegepotentials
auf 60 %*

Abbildung 1-1



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

1.2 Das Pflegebudget mit integriertem Case Management

Experimentelle Einführung eines persönlichen Pflegebudgets als Veränderung der institutionellen Rahmenbedingungen

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

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

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

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

1.3 Fragestellungen der soziologischen Begleitforschung

Fragestellung der soziologischen Begleitforschung

Für die Begleitforschung aus soziologischer Sicht sind vor allem die folgenden Fragen bedeutsam:

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

1.4 Methoden der Begleitforschung

Die Begleitforschung umfasst verschiedene Komponenten, die in den

einzelnen Teilen dieses Berichtes ausführlich dargestellt werden. Um die aus soziologischer Sicht wichtigen Fragen zu beantworten, wurden die folgenden Forschungen durchgeführt:

*Sozialexperiment:
randomisierte
Zuweisung der
Teilnehmer zur
Programm- und
Vergleichsgruppe*

Panelbefragungen

*Sonder-
erhebungen*

*„Vorfeld-
befragungen“*

1. Panelstudie innerhalb eines Sozialexperiments: persönlich-mündliche Interviews bei ca. 700 pflegebedürftigen Teilnehmern des Projekts und ihren Hauptpflegepersonen – Ersterhebung und alle 6 Monate eine Folgerhebung. Die Teilnehmer wurden durch ein Zufallsverfahren der Programmgruppe (Budgetnehmer) und einer entsprechenden Vergleichsgruppe zugewiesen.
2. Sondererhebung in zwei repräsentativen Stichproben der 40- bis 65-Jährigen in den Regionen Annaberg und Unna
3. Befragungen im Vorfeld der Begleitforschung bei Budgetinteressierten

2. Datenlage

*Ausgangsdaten:
Interviews mit
706 Pflege-
bedürftigen und
491 Haupt-
pflegepersonen*

Für die Analysen zu diesem Bericht stehen Informationen aus 7 Erhebungswellen an 7 Standorten zur Verfügung. Die am Budget Interessierten wurden durch ein Zufallsverfahren der Programm- und Vergleichsgruppe zugewiesen. Die Informationen wurden durch persönlich-mündliche Interviews erhoben. Die Erstbefragung der pflegebedürftigen Personen umfasst 706 auswertbare Fälle – 536 aus der Programm- und 170 aus der Vergleichsgruppe.

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

*Keine
repräsentative
Stichprobe für die
Grundgesamtheit
häuslich versorgte
Pflegebedürftige in
Deutschland*

*Generalisierung
aber durch
Gewichtung
möglich*

Externe Validität: Die zusammengefasste Stichprobe aus Programm- und Vergleichsgruppe ist nicht repräsentativ für die Grundgesamtheit der häuslich versorgten Pflegebedürftigen in Deutschland. Überrepräsentiert sind Empfänger von Sachleistungen, unterrepräsentiert sind Geldleistungsbezieher. Da die Art des Leistungsbezugs auch mit anderen Merkmalen der persönlichen und sozialen Situation korreliert, sind auch diese Merkmale (u.a. Familienstand, Haushaltsgröße) in der Gesamtstichprobe nicht repräsentativ vertreten. Die von der Verteilung in der Grundgesamtheit abweichende Verteilung der Leistungsarten in der

Stichprobe ergab sich aus dem mit der Begleitforschung verbundenen Erkenntnisinteresse. Durch eine Gewichtung der Fälle in der Stichprobe nach dem Merkmal Leistungsart sind dennoch Folgerungen über die Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger in Deutschland möglich.

Vergleichbarkeit zwischen Programm- und Vergleichsgruppe ist durch gleiche Verteilung wichtiger Merkmale und Gewichtung der Programmgruppe sichergestellt

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

Ausreichende Gültigkeit der erhobenen Informationen

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

3. Ein- und Ausstieg aus dem Projekt

Teilnahmegründe: Flexibilität und individualisierte Bedarfsdeckung

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

Durchschnittliche Teilnahmedauer am Projekt: 14 bzw. 16 Monate; rund 40 % brechen die Teilnahme ab

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

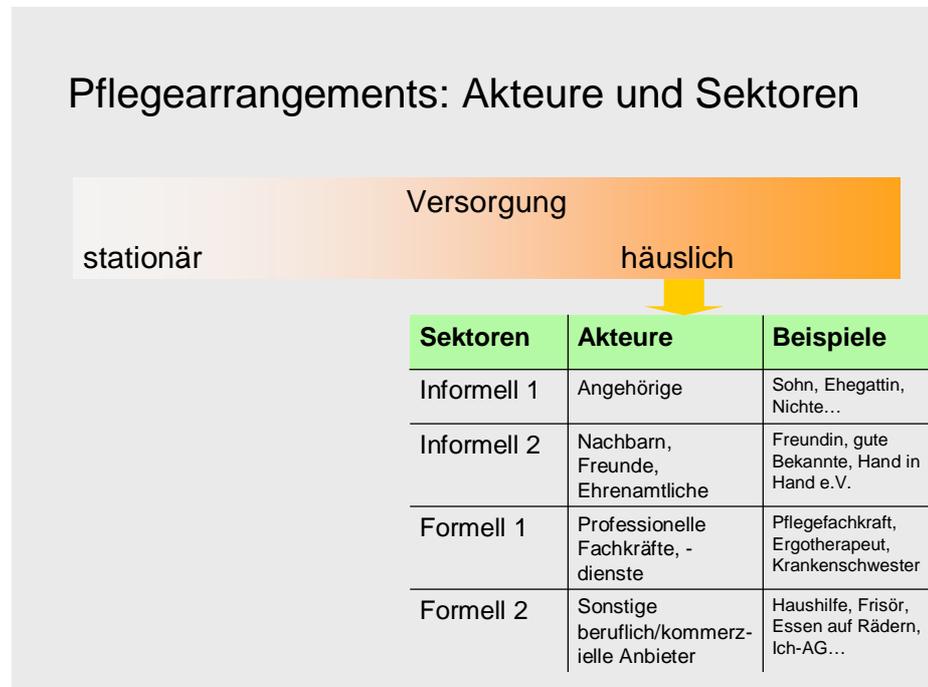
Teil II: Situation der Pflegebedürftigen und der Pflegenden – Ergebnisse aus den Ersterhebungen

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

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

Abbildung 4-1

Beschreibung von Pflegearrangements durch ein „Akteur-Sektoren-Modell“



Strukturmerkmale von Pflegearrangements: Zahl und Zusammensetzung der Helfer; Zeit von und Geld an die Sektoren

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

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

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

Abbildung 4-2

Zeit

Zeit der Sektoren in einem „durchschnittlichen“ Pflegearrangement – ungewichtete und gewichtete Stichprobe

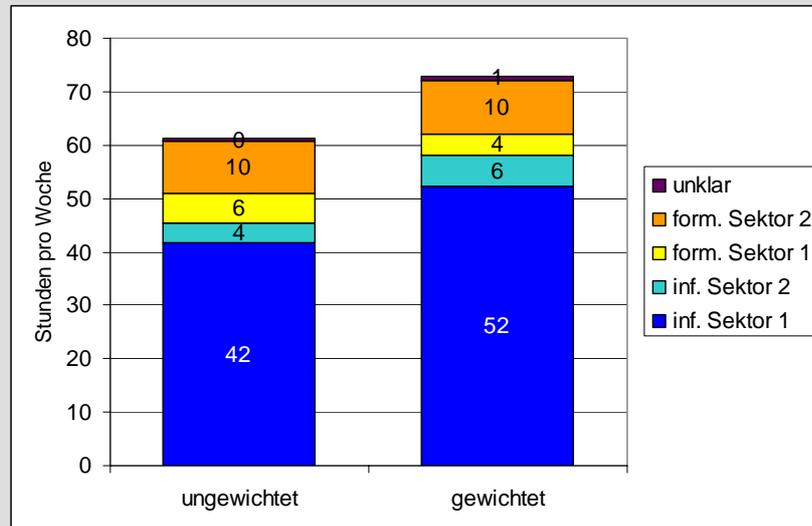
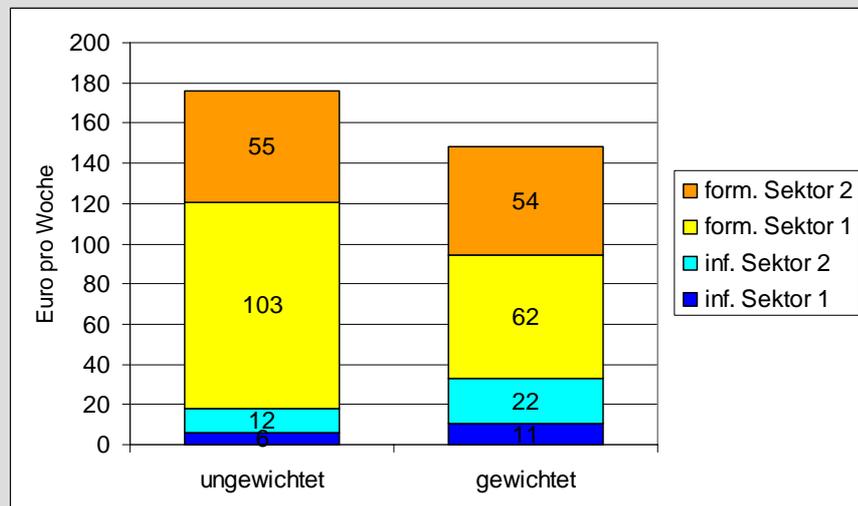


Abbildung 4-3

Geld

Geld an die Sektoren in einem „durchschnittlichen“ Pflegearrangement – ungewichtete und gewichtete Stichprobe

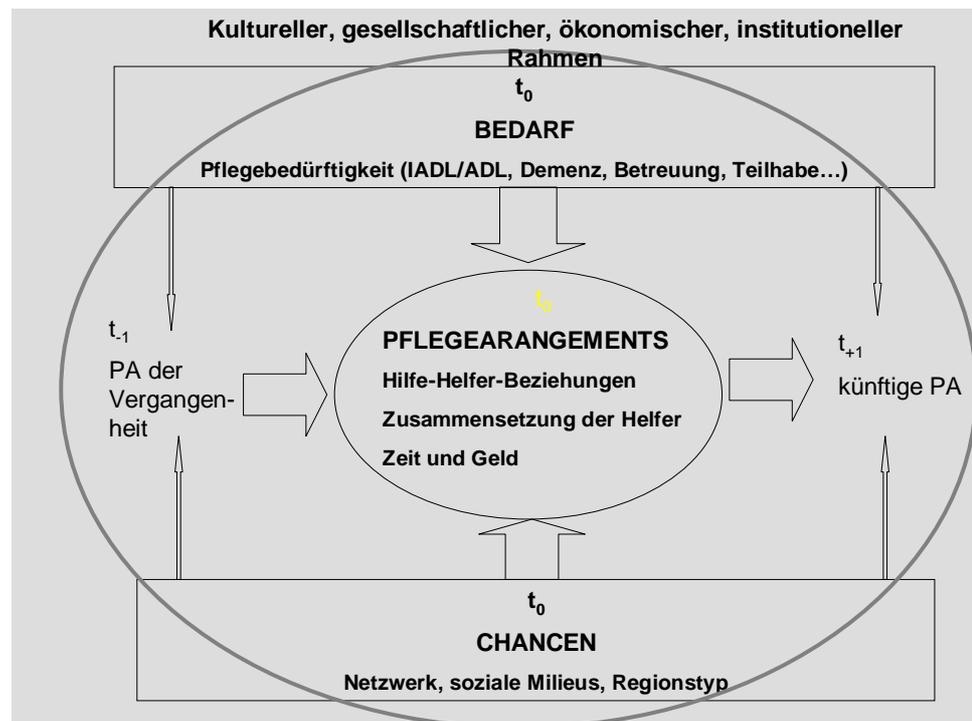


5. Erklärung von Pflegearrangements durch das Modell „Bedarf und Chancen“

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

Abbildung 5-1

*Erklärung von
Pflegearrange-
ments durch das
Modell „Bedarf und
Chancen“*



Bedarf

1. Pflegearrangements hängen vom Bedarf ab: Es ist zu erwarten, dass die Hilfe-Helfer-Matrix, die Zeit- und Geldaufwendungen mit dem Grad und der Art der Pflegebedürftigkeit variieren.

*Chancen und
Restriktionen des
Umfeldes*

2. Welche Arrangements sich einstellen, wird aber auch von den Chancen und Restriktionen im sozialen Umfeld abhängen: von der Verfügbarkeit über ein Unterstützungsnetzwerk, von den milieuspezifischen Präferenzen derjenigen, die einen Beitrag zur Sicherung der Versorgung leisten und auch von regionalen Besonderheiten, z.B. davon, wie urbanisiert eine Region ist. Diese beiden Faktoren – Bedarf und Chancen – sind zu jedem Zeitpunkt wirksam: sie prägen die vergangenen Arrangements, schaffen eine Versorgungstradition und wirken in die Zukunft hinein.

*Rahmen-
bedingungen*

3. Dieser Prozess der Konstitution von Pflegearrangements findet in einem Kontext statt: Schon der Begriff der Pflegebedürftigkeit

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

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

5.1 Messung und Bedeutung von Bedarf

*Bedarfsmessung:
Skala für Pflege-
bedürftigkeit i.S.
von SGB XI*

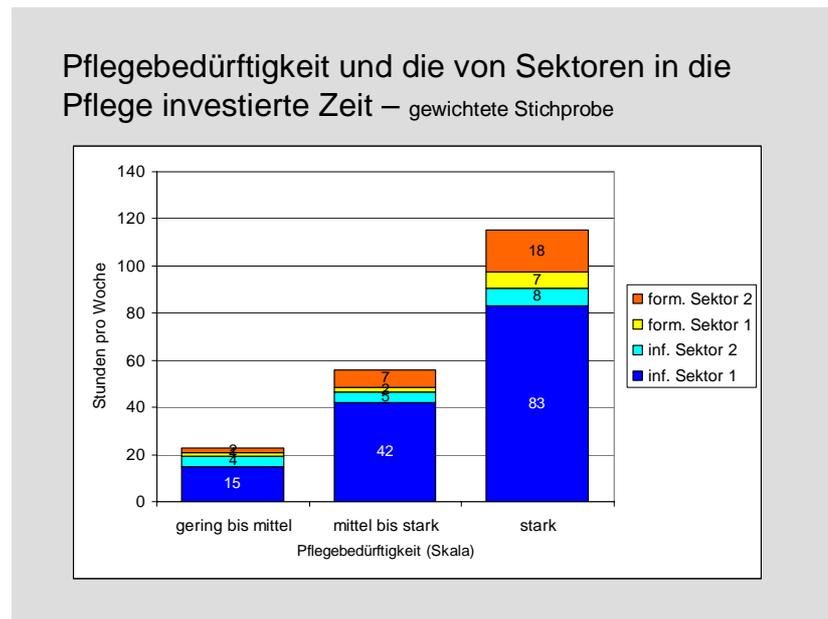
Der Bedarf wird durch eine Skala ermittelt, mit der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI gemessen wird. Zusätzlich kann für die Programmgruppe berücksichtigt werden, ob aufgrund einer demenziellen Erkrankung besondere Bedingungen vorliegen.

*Indikatoren für
Demenz*

Umfang und Art des Bedarfs korrelieren deutlich mit allen Indikatoren für die Struktur von Pflegearrangements: mit der Zahl und Zusammensetzung der an der Versorgung beteiligten Akteure und mit der von den Sektoren in die Versorgung eingebrachten Zeit.

Abbildung 5-2

Struktur von
Pflegearrange-
ments und
Pflegebedürftigkeit



5.2 Klassifizierung von Chancen: Bedingungen des sozialen Umfelds

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

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

Klassifizierung von
Versorgungschancen durch die
Merkmale
Unterstützungsnetzwerk,
soziales Milieu,
Raumstrukturtyp

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

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

Abbildung 5-3

Klassifikation des sozialen Umfeldes

Klassifikation des sozialen Umfeldes: günstige bzw. ungünstige Chancen für eine häusliche Versorgung

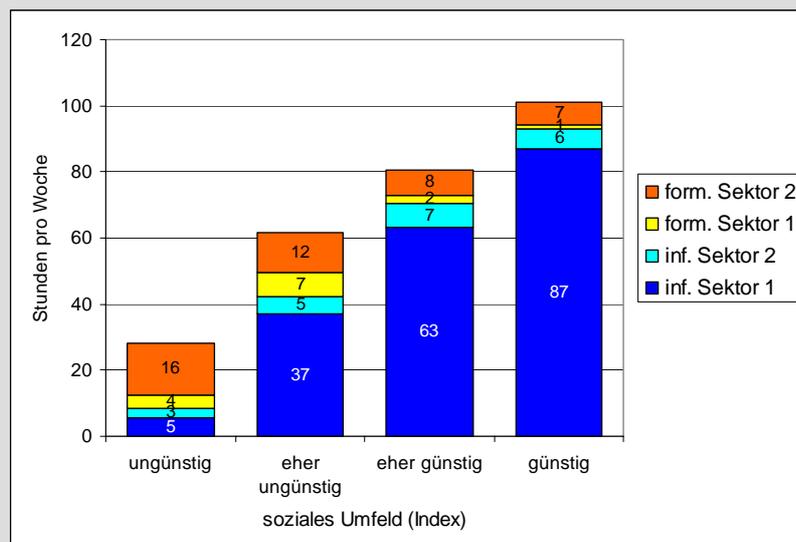
günstiges Umfeld	stabiles Netzwerk; Hauptpflegeperson vorhanden ländliche Region; vormoderne Lebensentwurf und niedriger Sozialstatus der Hauptpflegeperson
durchschnittliches Umfeld
ungünstiges Umfeld	Kein/Prekäres Netzwerk; Keine Hauptpflegeperson städtische Region; moderner Lebensentwurf und hoher Sozialstatus der Hauptpflegeperson

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

Abbildung 5-4

Soziales Umfeld und Struktur von Pflegearrangements: Zeit der Sektoren

Soziales Umfeld – für die Versorgung aufgewendete Zeit: insgesamt und Zeitbeitrag der Sektoren – gewichtete Stichprobe



5.3 Bedarf und Chancen und die Struktur von Pflegearrangements

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

Abbildung 5-5

Bedarf und Chancen beeinflussen unabhängig voneinander und zusätzlich die Struktur von Pflegearrangements

Zeit der Angehörigen

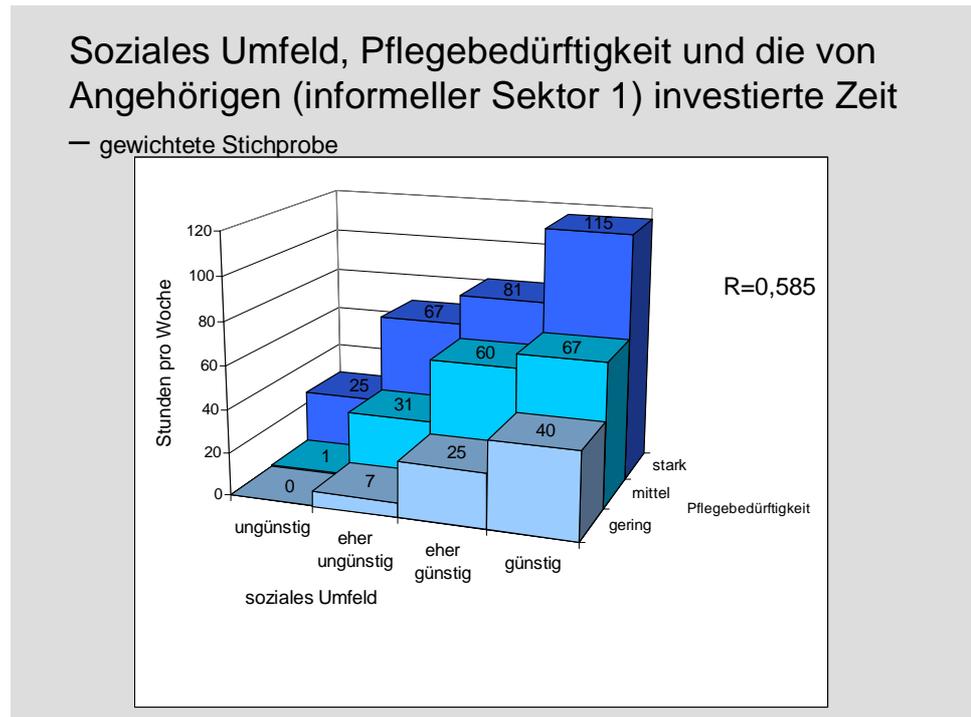
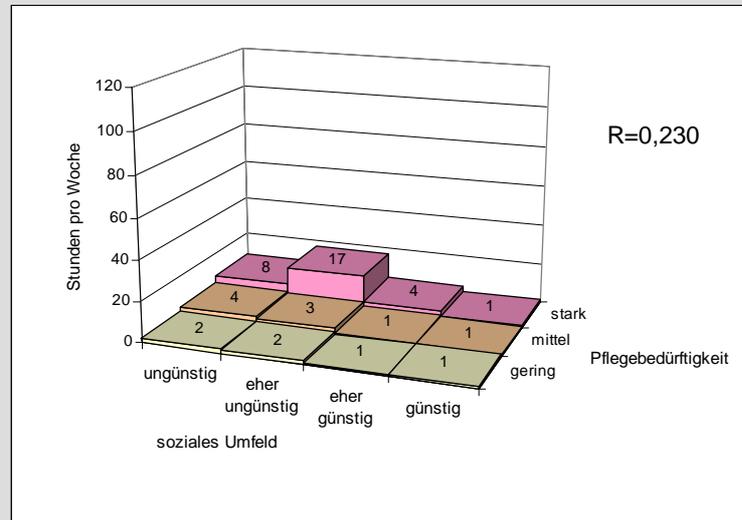


Abbildung 5-6

Soziales Umfeld, Pflegebedürftigkeit und die von Fachkräften u. Pflegediensten (formeller Sektor 1) geleistete Zeit
gewichtete Stichprobe

Zeit der Pflegedienste und -fachkräfte



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

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

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

häusliche Versorgung günstigen sozialen Bedingungen ist die von Angehörigen in die Versorgung investierte Zeitmenge – völlig unabhängig vom Bedarf – deutlich größer als unter den für eine häusliche Versorgung eher ungünstigen Bedingungen.

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

*Ungleichheit in der
Pflege:
Umkehr sozialer
Privilegierung und
Benachteiligung
bei Pflegebe-
dürftigkeit im Alter*

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

6. Pflegearrangements und die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen

*Wenig valide
Messung der
Zufriedenheit bei
den pflegebe-
dürftigen Personen*

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

7. Situation der Pflegenden: Belastungen und Lebensqualität

*Belastungen und
Lebensqualität der
Hauptpflege-
personen:
abhängig vom
Grad der Pflege-
bedürftigkeit und
von der aufge-
wendeten Zeit*

Für die Hauptpflegepersonen wurde untersucht, in welchem Maße sie durch die Pflege belastet sind, wovon diese Belastungen abhängen und wie sich Belastungen auf die Einschätzung der Lebensqualität auswirken. Belastungen (gemessen durch eine Skala) hängen vor allem vom Grad der Pflegebedürftigkeit der zu versorgenden Person ab und von der Zeit, die von der Hauptpflegeperson in die Versorgung eingebracht wird. Die Einschätzung der Lebensqualität (durch eine Skala gemessen) hängt in erster Linie von den erfahrenen Belastungen ab.

Teil III:

Auswirkungen des Pflegebudgets auf die Situation von Pflegebedürftigen und Pflegenden

8. Methoden

Die Effekte des Pflegebudgets werden durch verschiedene Vergleiche ermittelt:

*Methoden:
4 Vergleiche zur Feststellung von Unterschieden zwischen Programm- und Vergleichsgruppe und zur Feststellung von Veränderungen*

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

Erst alle vier Vergleiche ermöglichen begründbare Folgerungen auf einen eventuellen Einfluß des Pflegebudgets.

Für die Vergleiche werden die Fälle der Programmgruppe so gewichtet, dass die Anteile der vorher bezogenen Leistungsarten den Anteilen in der Vergleichsgruppe entsprechen. Für den Vergleich 4 werden durch die Ermittlung von Residuen für die Kriteriumsvariablen unterschiedliche Ausgangsbedingungen berücksichtigt. Neben der Signifikanz von Unterschieden werden Effektgrößen berechnet.

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

Keine grundlegenden Veränderungen von „Bedarf“ und „Chancen“

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

10. Veränderung von Pflegearrangements durch die Einführung des persönlichen Pflegebudgets

Allgemeine Effekte des Pflegebudgets:

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

Steigende Zahl von Helfern

Zahl und Zusammensetzung der Helfer:

Nicht nur die Zahl der an der Versorgung beteiligten Akteure ist in der Programmgruppe in einer signifikanten Weise gestiegen, sondern durch das Pflegebudget ist das Pflegearrangement der Budgetnehmer auch „bunter“, pluralistischer und differenzierter geworden.

Zunehmende Pluralisierung/ Diversifizierung des Pflegearrangements

Die Durchschnittswerte für die pflegenden Angehörigen zeigen, dass sich diese nicht aus der Verantwortung zurückziehen, aber die Versorgungsverpflichtungen verteilen sich nun auf mehr Schultern, was nicht nur in einem erheblichen Umfang zur Entlastung der Pflegenden beiträgt, sondern auch bedarfsgerechtere Problemlösungen ermöglicht.

Deutliche Veränderung der Zeitstruktur des Pflegearrangements

Zeitstruktur der Pflegearrangements:

Die durchschnittliche Zeit, die von Bekannten, Freunden, Nachbarn und Ehrenamtlichen in die Versorgung investiert wird, bleibt praktisch konstant. Auch die von Fachkräften und Pflegediensten nachgefragte Zeit verändert sich nur wenig. Für die von Angehörigen geleistete Zeit ist eine geringe Abnahme beobachtbar. Außerordentlich deutliche Veränderungen gibt es für die Zeit des formellen Sektor 2: Die von sonstigen beruflichen und kommerziellen Anbietern ohne pflegfachspezifische Qualifikation nachgefragte Zeit steigt im Projektverlauf von durchschnittlich 12 Stunden pro Woche beim Eintritt in das Projekt auf

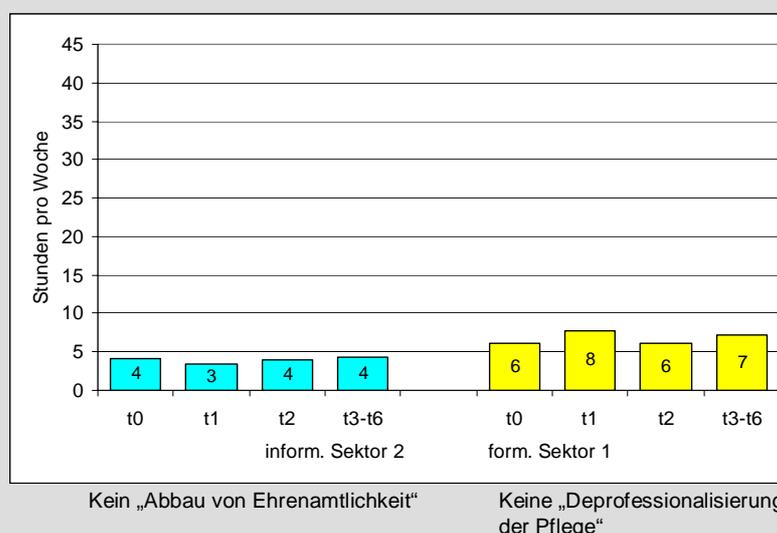
mehr als das Doppelte – auf rund 25 Stunden pro Woche – gegen Ende der Laufzeit.

Die Effekte lassen sich zusammenfassend so beschreiben:

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

Keine Verringerung von Ehrenamtlichkeit

Keine Veränderungen: Zeit der Freunde, Nachbarn, Bekannten, Ehrenamtlichen und Zeit der Fachkräfte/ Pflegedienste in der Programmgruppe



Keine Deprofessionalisierung

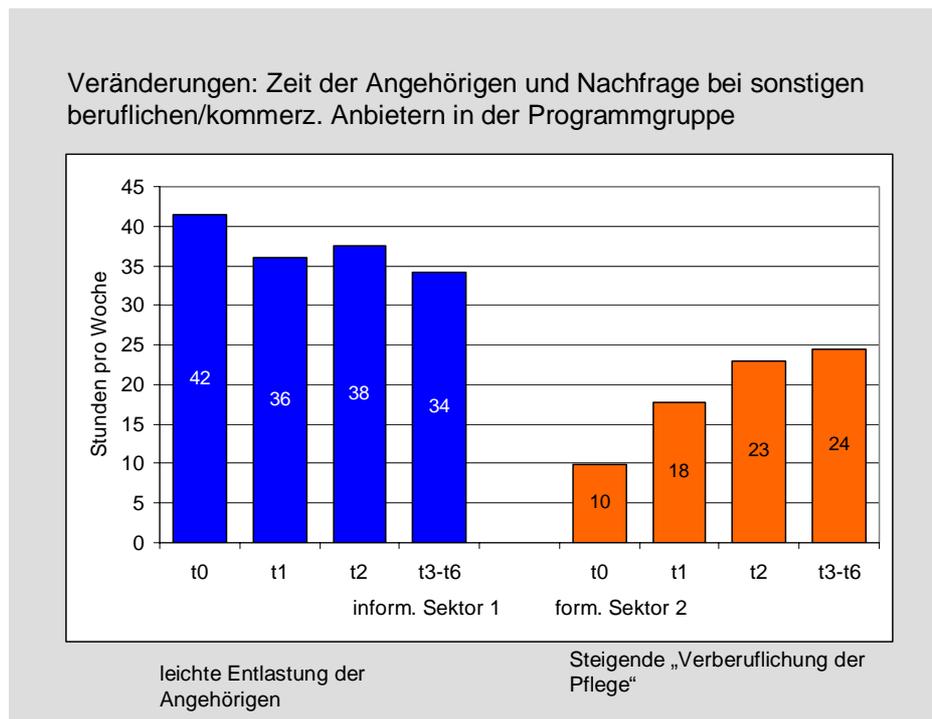
2. Es kommt nicht zu einer „Deprofessionalisierung der Pflege“: das Volumen der von Pflegediensten und qualifizierten Fachkräften nachgefragten Zeit verändert sich im Projektverlauf nicht.

Leichte Entlastung der Angehörigen

3. Es kommt zu einer leichten Entlastung der Angehörigen: die von Angehörigen geleistete Zeit verringert sich etwas von 42 Stunden pro Woche auf 34 bis 36 Stunden.

starke „Verberuflichung“ der Pflege

4. Das Budget regt eine deutliche Tendenz zur „Verberuflichung der Pflege“ an: Das Zeitvolumen der Akteure, die ohne fachspezifische Ausbildung in einer erwerbsmäßigen und beruflichen Weise Dienstleistungen erbringen steigt deutlich an, von durchschnittlich 10 Stunden pro Woche zum Zeitpunkt der Ersterhebung auf 24 Stunden in den letzten Erhebungsphasen.

Abbildung 10-1

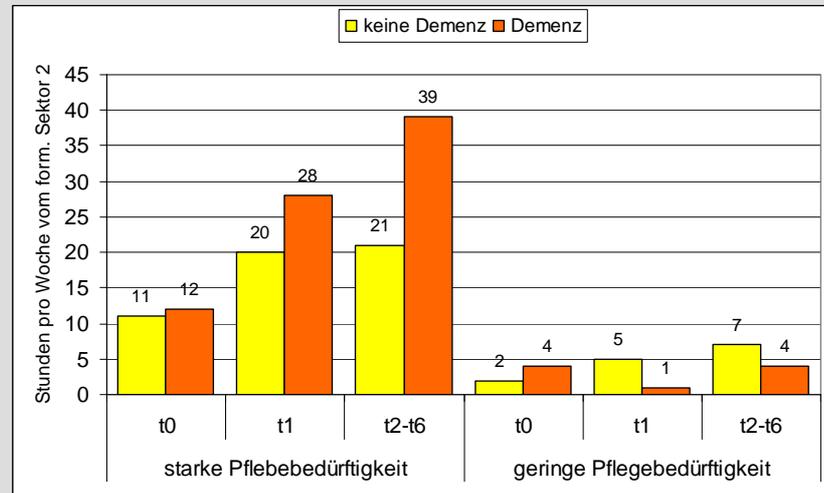
Pflegebudget unter schwierigen Bedingungen

*starke Pflegebedürftigkeit und Demenz:
Flexible, bedarfsgerechte Arrangements durch „Verberuflichung“*

Es ist vor allem die Kombination von starker Pflegebedürftigkeit mit Demenz, die die Leistungen der beruflichen und kommerziellen Anbieter ohne fachspezifische Ausbildung besonders attraktiv machen. Bei starker Pflegebedürftigkeit in Verbindung mit Demenz steigt der Zeitbeitrag des formellen Sektor 2 von durchschnittlich 12 Stunden pro Woche auf fast 40 Stunden.

Abbildung 10-2

„Schwierige Bedingungen“: starke Pflegebedürftigkeit und Demenz – Nachfrage von Leistungen des formellen Sektor 2 in der Programmgruppe (jeweilige Pflegebedürftigkeit)

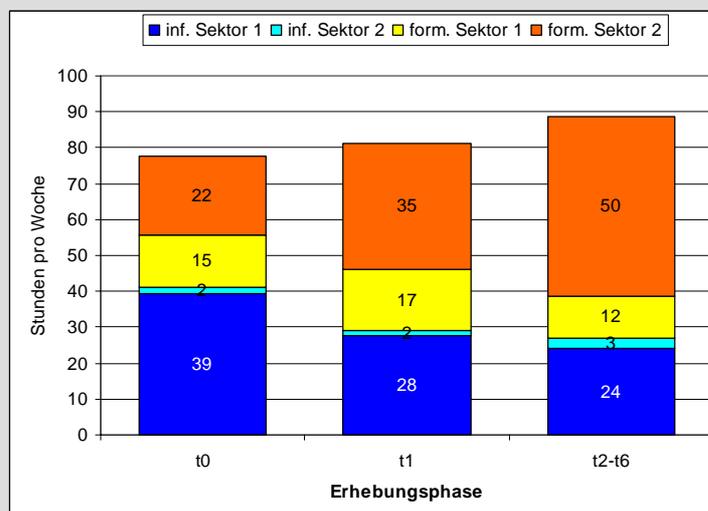


starke Pflegebedürftigkeit und ungünstiges soziales Umfeld: starke Entlastung der Angehörigen; flexible Arrangements durch „Verberuflichung“

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

Abbildung 10-3

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



Fazit: Pflegebudget unter schwierigen Bedingungen:

Das Pflegebudget wird besonders unter schwierigen Bedingungen als attraktiv wahrgenommen und genutzt

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

Bedeutung des formellen Sektor 2 aus der Sicht der Beteiligten

Die deutlichsten Veränderungen durch das Pflegebudget betreffen die zunehmende Bedeutung des formellen Sektor 2 an den Pflegearrangements. Gleichgültig, welches Kriterium wir berücksichtigen,

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

Einschätzung der Beteiligten – Pflegebedürftige und Anbieter des formellen Sektor 2

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

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

Als Leistungen werden u.a. genannt:

Neue Leistungen: Teilhabe, Würde, Wellness

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

Flexibilisierung und Individualisierung der Versorgung

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

Aussage eines Pflegebedürftigen: Gewinn an Lebensqualität

Ein Pflegebedürftiger äußert sich wie folgt: Er erkennt durchaus die Leistungen und die Kompetenz der Pflegedienste an. Aber er ist dennoch unzufrieden damit: weil die Leistungen an ein enges Korsett gebunden sind, an einen festen zeitlichen Rahmen, an einen genau definierten Leistungskatalog, der nur wenig Möglichkeiten lässt, seine ganz spezifischen Bedarfslagen zu berücksichtigen. Auf diese Weise ist aus seiner Sicht eine bedarfsgerechte Versorgung und ein selbstbestimmtes

Leben nicht möglich. Durch das Budget haben sich für ihn ganz andere Möglichkeiten eröffnet. Er kann nun Anbieter frei wählen und diese auch bezahlen, die flexibler auf seinen Bedarf eingehen, die z.B. Spaziergänge mit ihm unternehmen, die Wohnung in Ordnung halten und die ihm bei Freizeitaktivitäten Gesellschaft leisten. Der ohne zusätzlichen Geldaufwand erzielte Gewinn an Lebensqualität wird als sehr hoch veranschlagt.

Aussage einer Akteurin des formellen Sektor 2: Flexibilität, Sicherung von sozialer Teilhabe

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

Verändertes Nachfrageverhalten – neue Leistungen

Kein Rückgang der Nachfrage von Leistungen der Pflegedienste; aber diese verlieren ihre Monopolstellung; zunehmende Diversifizierung und Flexibilisierung der Nachfrage

Für die Programmgruppe lässt sich ein eindeutiger Trend beobachten: Die Budgetnehmer nehmen in steigendem Maße Leistungen von „anderen Anbietern“ als Pflegediensten in Anspruch. Bemerkenswert ist aber, dass die Nachfrage nach Leistungen von Pflegediensten und/oder Kurzzeitpflege in der Programmgruppe nicht rückläufig ist. Die Budgetnehmer diversifizieren jedoch ihre Nachfrage. Zusätzlich zu den Leistungen von Pflegediensten fragen sie auch Dienste von Anbietern nach, die keine Pflegedienste sind. Die durch das Budget geschaffenen Chancen ermöglichen eine Flexibilisierung der Nachfrage – dadurch, dass bezahlte Personen in den Versorgungsprozess eingebunden werden, die ihre Leistungen unter

wenig regulierten Bedingungen anbieten.

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

1. *Betreuung*, 1. Betreuung: „Rundumbetreuung“, „Betreuung bei Demenz“ und

2. *Teilhabe, Würde und Wellness* 2. *Teilhabe, Würde und Wellness*.

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

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

Insgesamt:

Deutliche und nachweisbare Veränderung von Pflegearrangements durch das Pflegebudget

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

Veränderung von Pflegearrangements unter Geldgesichtspunkten

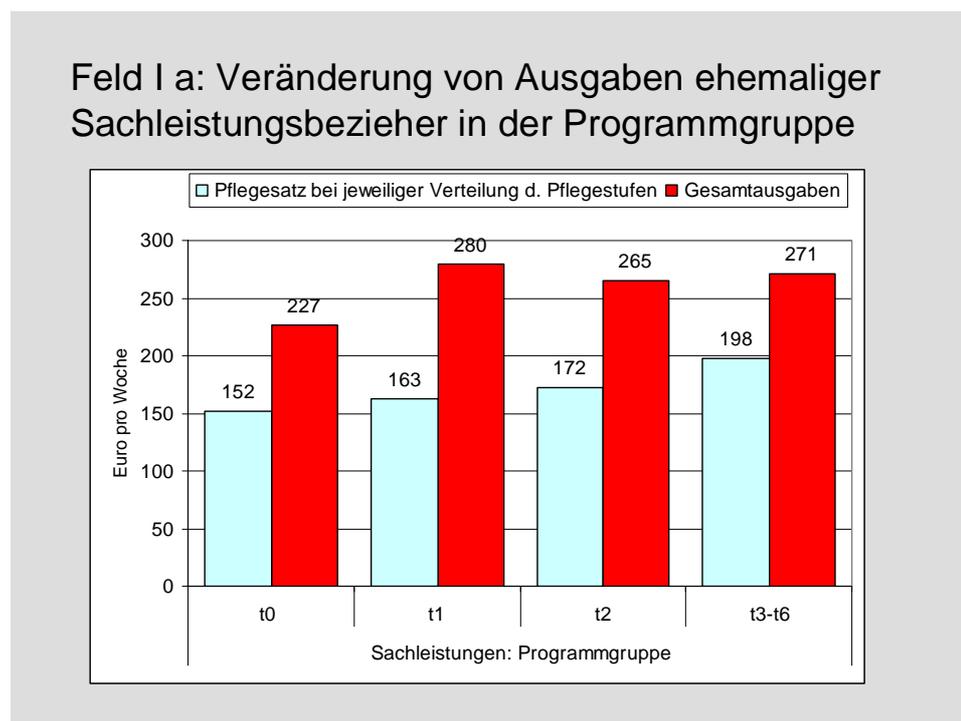
In der *Vergleichsgruppe* verändern sich im Projektverlauf weder die Höhe der Geldzahlungen noch die Struktur der Ausgaben, d.h. der Umfang der Zahlungen an die vier Sektoren.

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

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

*Gesamtausgaben
der ehemaligen
Sachleistungs-
empfänger*

Abbildung 10-4

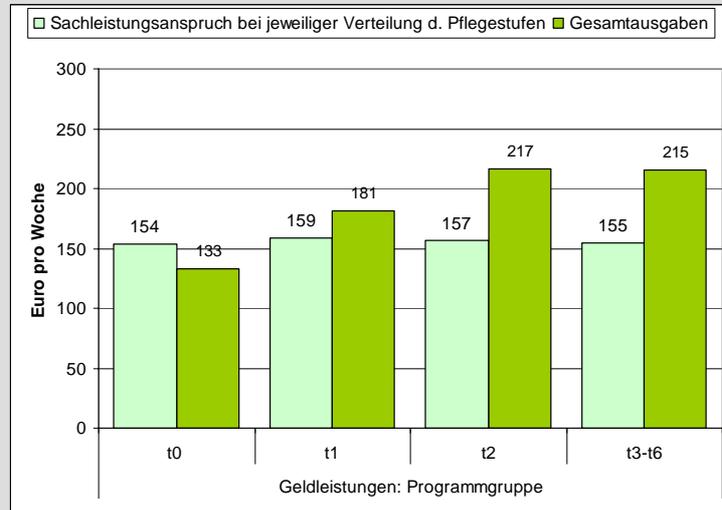


*Gesamtausgaben
der ehemaligen
Bezieher von
Geldleistungen*

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

Abbildung 10-5

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

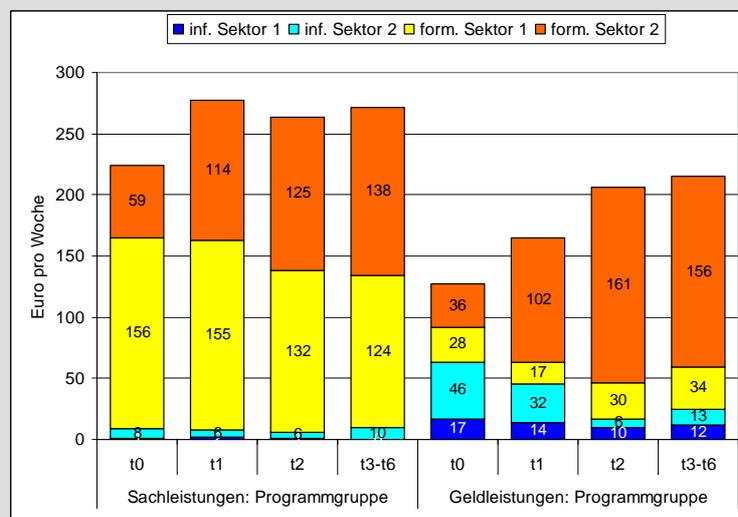


*Veränderung der
Struktur von
Ausgaben*

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

Abbildung 10-6

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



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

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

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

11. Veränderung der Situation der Pflegenden

In der Programmgruppe sinkt im Projektverlauf sehr deutlich die von Hauptpflegepersonen für die Pflege aufgewendete Zeit. Parallel dazu verringern sich die (subjektiv erfahrenen) Belastungen. Vergleichbare Entwicklungen sind für die Vergleichsgruppe nicht beobachtbar.

*In der Programmgruppe:
Verringerung der von der Hauptpflegeperson aufgewendeten Zeit für Pflege;*

Abbildung 11-1

Für die Pflege aufgewendete Zeit der Hauptpflegepersonen in der Programm- und Vergleichsgruppe – Programmgruppe gewichtet

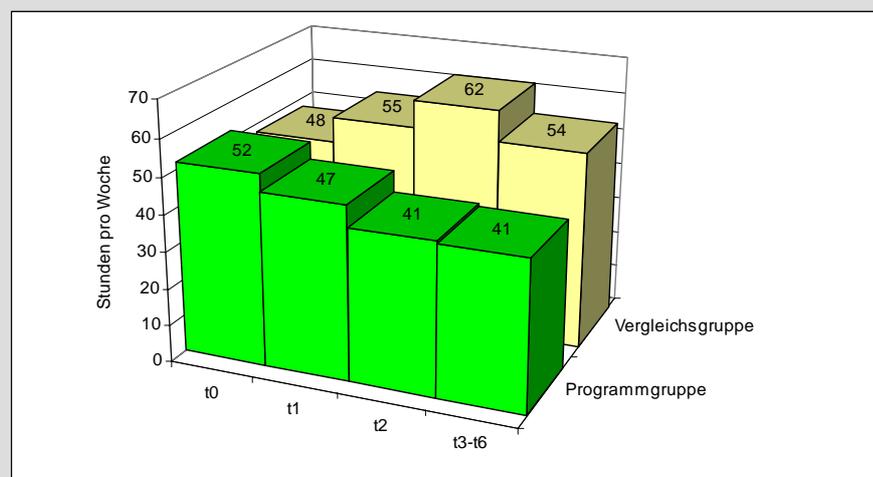
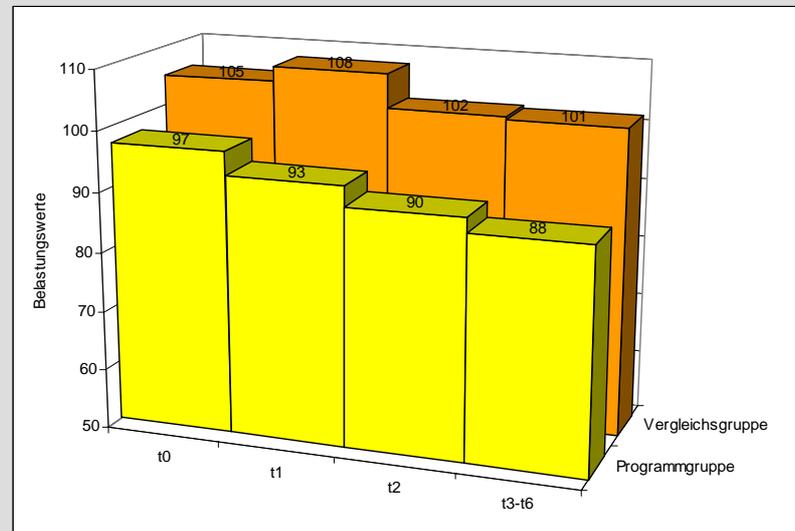


Abbildung 11-2

Deutliche Verringerung von Belastungen bei den Hauptpflegepersonen

Veränderung von Belastungen in der Programm- und Vergleichsgruppe – Programmgruppe gewichtet



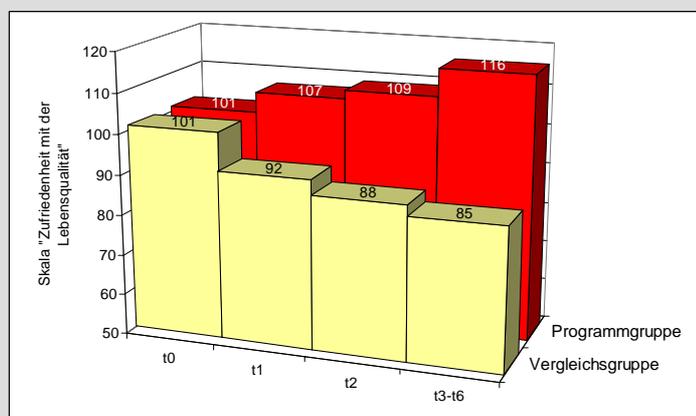
Besonders spürbar verringern sich die subjektiv empfundenen Belastungen bei starker Pflegebedürftigkeit und wenn die zu versorgende Person demenziell erkrankt ist.

Programmgruppe: steigende Zufriedenheit der Hauptpflegepersonen mit der Lebensqualität

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

Abbildung 11-3

Zufriedenheit mit der Lebensqualität – Veränderungen in der Programm- und Vergleichsgruppe – Programmgruppe gewichtet



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

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

Eine Ereignisanalyse gibt immerhin Hinweise darauf, dass unter schwierigen Bedingungen – bei starker Pflegebedürftigkeit und bei einem für die häusliche Versorgung ungünstigen Umfeld – die Wahrscheinlichkeit für einen Verbleib in der häuslichen Versorgung bei Budgetnehmern signifikant größer ist als in der Vergleichsgruppe. Für die Programm- und Vergleichsgruppe insgesamt kann ein solches Ergebnis jedoch nicht berichtet werden.

Längere Verweildauer der Budgetnehmer in der häuslichen Versorgung unter schwierigen Bedingungen (starke Pflegebedürftigkeit und ungünstiges soziales Umfeld)

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

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

Erkenntnisse aus den Sondererhebungen

1. „Vorfeldebefragungen“ (Anlage I)

Die Vorfeldebefragung wurde zusätzlich zur eigentlichen Budgeterhebung durchgeführt, um Informationen über die Zugangswege zum Pflegebudget und über die Entscheidungsgründe der Interessenten für bzw. gegen eine Teilnahme am Modellprojekt zu erhalten. Für die Auswertung konnten Informationen über 1971 am Budget Interessierte

berücksichtigt werden: 1693 Vorfeld-Fragebögen und 278 in den Excel-Tabellen der Case Managerinnen dokumentierte Fälle.

30 % der Interessenten aus verschiedenen Gründen nicht teilnahmeberechtigt

Berechtigung zur Teilnahme und Teilnahmebereitschaft:

Von den 1971 Interessierten waren rund 30 % aus verschiedenen Gründen nicht teilnahmeberechtigt: Empfänger von Geldleistungen bzw. Kombileistungen mit zu hohem Geldleistungsanteil, wohnt nicht im Einzugsgebiet, keine Pflegestufe, privat versichert. Von den Teilnahmeberechtigten (n=1350) wollten 65 % das Pflegebudget in Anspruch nehmen, 35 % hatten kein Interesse an einer Teilnahme („berechtigte Nichtteilnehmer“).

65 % der Berechtigten haben sich für das Budget entschieden

Teilnehmer: Gründe für die Entscheidung zum Budget

Wichtige Teilnahmegründe: Flexibilisierung und Individualisierung der Versorgung; Beratung durch Case Management

Die Gründe der Teilnehmer für die Inanspruchnahme des Budgets werden ausführlich im Schlussbericht dargestellt (Teil I, Kap. 3). Für nahezu alle (98 %) ist die mit dem Budget verbundene Möglichkeit zur Flexibilisierung der Leistungserbringung und die Individualisierung der Versorgung ein entscheidender Grund. Rund 60 % heben die durch das Case Management gewährleistete Beratung hervor.

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

Wichtige Gründe für Nichtteilnahme: Wirtschaftliche Gründe; Zufriedenheit mit der Versorgung

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

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

deutlich mehr Geldleistungsnehmer als bei den Teilnehmern am Modellprojekt.

Wege zum Budget: Rekrutierung und Informationsquellen:

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

Wichtige Zugangswege zum Budget: Anschreiben der Pflegekassen, Case Management, Pflegedienste, Medien

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

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

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

Akzeptanzgrad von Regelungen im Sinne des

Die Frage, wie stark das Interesse an dem persönlichen Pflegebudget mit

Pflegebudgets in der Altersgruppe der 40- bis 65-Jährigen

integriertem Case Management in den „pflegenahen“ Jahrgängen ist, kann nicht abschließend beantwortet werden. Als begründbarer Eindruck lässt sich aber festhalten:

1. Wenn es um die Art der Bezahlung geht, wäre die überwiegende Mehrheit der 40- bis 65-Jährigen mit einer Regelung im Sinne des Pflegebudgets einverstanden: Abwicklung der Bezahlung nicht über die Pflegekassen, sondern in eigener Regie. Wenn bewertet werden soll, ob das auch so erfolgen soll, dass sichergestellt ist, dass die Geldbeträge nur für die Bezahlung von Versorgungsleistungen verwendet werden, ist die Zustimmung schon merklich geringer.
2. Unter dem Gesichtspunkt der Leistungserbringung könnten sich immerhin 32 % der 40- bis 65-Jährigen vorstellen, dass sie selber bei kommerziellen Unternehmen – also auf dem Markt – Leistungen nachfragen und sogar für 40 % kämen Leistungen von Privatpersonen gegen Bezahlung „auf jeden Fall“ in Frage. Beide Varianten – Firmen und bezahlte Privatpersonen – sind Möglichkeiten, die durch das persönliche Pflegebudget eröffnet werden und wir könnten vorsichtig mit einer Akzeptanzquote rechnen, die zwischen 30 % und 40 % liegt. Diese neuen Möglichkeiten werden in Unna ganz eindeutig positiv bewertet und genießen ein hohes Maß an Akzeptanz. In Annaberg dagegen ist man skeptisch, sogar ablehnend und vertraut sehr viel stärker auf die traditionellen Formen der Leistungserbringung durch Pflegedienste und unbezahlte Angehörige. Wir vermuten, das hat etwas damit zu tun, dass hier ein Faktor „alte versus neue Bundesländer“ wirksam ist. Die Befragten in Unna haben eine geringere Scheu gegenüber Lösungen, bei denen in stärkerem Maße marktmäßige Formen der Nachfrage und des Angebots eine Rolle spielen. Erklärbar ist dieser Unterschied sicher aus den verschiedenen in der Vergangenheit wirksamen Traditionen des gesellschaftlichen Zusammenlebens.
3. Auch bei der Pflegeorganisation ist ein überraschend hohes Maß an Akzeptanz gegenüber neuen Formen beobachtbar. Immerhin für 30 % bis 40 % der 40- bis 65-Jährigen käme eine Pflegeorganisation durch Beratungsstellen „auf jeden Fall“ in Frage. Das bedeutet nicht, dass die traditionellen Formen nicht akzeptiert werden, aber für einen nicht unerheblichen Anteil der Befragten werden alternative Möglichkeiten als gleichwertig betrachtet. Auch hier sind die Unterschiede zwischen den beiden Landkreisen beachtlich. Während im Landkreis Annaberg

negative Einstellungen gegenüber der Pflegeorganisation durch Beratungsstellen deutlich überwiegen, ist das in Unna grundlegend anders.

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

Verteilung pflegekultureller Orientierungen in der Sozialstruktur

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

Verteilung der Bereitschaft zum zivilgesellschaftlichen Engagement in der Sozialstruktur

Abschließender Kommentar

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

Situation der Pflegebedürftigen und Pflegenden

Brauchbarkeit des „Akteur-Sektoren-Modells“ zu Beschreibung von Pflegearrangements

Als Vorarbeit zu der Frage nach den Effekten des Pflegebudgets wurde auf der Basis der Ersterhebungen bei den pflegebedürftigen Personen und bei den Hauptpflegepersonen ausführlich untersucht, wie Pflegearrangements strukturiert sind und wie sich diese Strukturierung erklären lässt (Teil II). Zur *Beschreibung* wurde ein Akteur-Sektoren-Modell entwickelt. Arrangements wurden durch die Zahl und Zusammensetzung der Helfer aus verschiedenen Sektoren, durch die von Sektoren geleistete Zeit und durch die an die Sektoren geleisteten Zahlungen beschrieben.

Zur *Erklärung* wurde das Modell „Bedarf und Chancen“ vorgeschlagen und auf seine Stimmigkeit überprüft. Die dabei gewonnenen

Situation der Pflegebedürftigen in hohem Maße durch „Bedarf“ und „Chancen“ geprägt

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 persönlichen Pflegebudgets

Effekte des Budgets

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

Steigende Zahl von Helfern

1. Durch das Pflegebudget ist die Zahl der an der Versorgung beteiligten Helfer deutlich gestiegen.

Zusammensetzung der Helfer wird gemischer

2. Die Zusammensetzung der am Pflegearrangement beteiligten Helfer 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.

Angehörige werden entlastet – ziehen sich aber nicht zurück

3. Die Angehörigen ziehen sich auch keineswegs aus ihrer Verantwortlichkeit zurück. Sie werden jedoch entlastet. Besonders unter „schwierigen Bedingungen“ – bei starker Pflegebedürftigkeit und bei Demenz – reduziert sich die von Angehörigen (informeller Sektor 1) geleistete Zeit spürbar.

Entlastung vor allem unter schwierigen Bedingungen

4. Auch die von Pflegediensten und Pflegefachkräften geleistete Hilfe verringert sich nicht. Allerdings verlieren die Pflegedienste ihre monopolartige Stellung als Anbieter von Leistungen.

Keine „Deprofessionalisierung“ der Pflege

Zunehmende Bedeutung „neuer Anbieter“ und „neuer Leistungen“

Betreuung

Teilhabe, Würde und Wellness

Möglichkeiten zu flexibler, bedarfsgerechter und individualisierter Versorgung

Wirksam besonders unter schwierigen Bedingungen: starke Pflegebedürftigkeit, Demenz, ungünstiges Umfeld

Verringerung der Belastungen bei Hauptpflegepersonen

Direkter Nachweis einer Verhinderung/Verzögerung von stationärer Versorgung nicht möglich. Entlastung der Angehörigen und Qualitätssteigerung lässt das jedoch erwarten

5. Durch das Pflegebudget können bezahlte Leistungen von „neuen Anbietern“ nachgefragt werden. Das sind Personen, aber auch Unternehmen, die wir dem formellen Sektor 2 zugerechnet haben, die beruflich bzw. kommerziell Leistungen auch ohne pflegfachspezifische Ausbildung erbringen. Die von Akteuren aus diesem Sektor geleistete Zeit nimmt deutlich zu.
6. Dabei handelt es sich um Leistungen, die von den Pflegebedürftigen und den pflegenden Angehörigen sehr geschätzt werden. Sie können nun bezahlte Leistungen nachfragen, die im Sachleistungskatalog nicht vorgesehen 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.
7. Als Qualitätssteigerung ist auch zu werten, dass durch das Pflegebudget nun die Möglichkeit besteht, Leistungen in einer sehr viel flexibleren und individualisierteren Weise in Anspruch zu nehmen als das unter den Bedingungen der Sachleistungen möglich war. Durch das begleitende Case Management ist sichergestellt, dass damit keine Qualitätseinbußen verbunden sind.
8. Besonders unter schwierigen Bedingungen werden diese neuen Möglichkeiten genutzt: bei starker Pflegebedürftigkeit, bei Demenz und wenn das soziale Umfeld für eine häusliche Versorgung eher ungünstig ist.
9. Die Hauptpflegepersonen berichten im Projektverlauf eine zunehmende Entlastung und verbunden damit steigt auch ihre Zufriedenheit mit der Lebensqualität beträchtlich.
10. Ob durch die Einführung des persönlichen Pflegebudgets die Verzögerung oder Verhinderung einer stationären Versorgung möglich ist, kann durch die Begleitforschung nicht mit Sicherheit beantwortet werden. Die mit der Veränderung von Pflegearrangements verbundene Qualitätssteigerung und die Entlastung von pflegenden Angehörigen sprechen für die Annahme, dass eine solche Entwicklung sehr wahrscheinlich ist.

Inanspruchnahmequote für das Budget nur schwer abschätzbar

Mit welcher Inanspruchnahmequote kann für das persönliche Pflegebudget gerechnet werden?

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

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

Unsicherheiten bei Prognosen:

1. Informationen über das Budget

könnte.

Nun ist das aber eine sehr „statische“ Betrachtung:

2. Veränderungen auf der Angebotsseite

1. Wir wissen nicht, wie das Budget eingeschätzt wird, wenn bekannt wird, welche positiven Chancen es bietet. Dieser Bericht könnte ja auch – im Sinne einer „self-fulfilling-prophecy“ – dazu beitragen, dass diese Chancen bekannt werden.

3. zunehmende Bedeutung von Bedingungen, die für eine häusliche Versorgung ungünstig sind

2. Wir können nicht vorhersagen, welche Veränderungen aufgrund einer Einführung des Budgets in den Leistungskatalog auf der Angebotsseite eintreten werden. Wenn es neue Angebote gibt – gerade im Bereich des formellen Sektor 2, aber auch bei den Pflegediensten – die eine individualisierte und flexible Versorgung ermöglichen, würde das sicher auch die Nachfrage danach und damit das Interesse am Budget steigern.

3. Wir müssen damit rechnen, dass sich durch den demographischen und sozialen Wandel die Versorgungsbedingungen für pflegebedürftige Menschen grundlegend ändern werden (vgl. dazu Anlage III). Eine dieser Änderungen wird sein, dass der Anteil von Pflegebedürftigen, die über ein für die häusliche Versorgung günstiges Umfeld verfügen, deutlich abnehmen wird. Damit könnte aber das Interesse an der Inanspruchnahme des persönlichen Budgets erheblich zunehmen. Das ergibt sich auch schon deshalb, weil in dem Maße, in dem das soziale Umfeld für eine häusliche Versorgung im Durchschnitt schlechter wird, wir mit einer deutlichen Zunahme des Anteils der Leistungsart Sachleistungen rechnen müssen – eine Entwicklung, die ja jetzt bereits beobachtbar ist.

Inanspruchnahmequoten?

Kurzfristig sind ca. 25 % nicht unwahrscheinlich

Mittelfristig könnte mit 40 % bis 50 % gerechnet werden

Mit welchen Quoten für das Budget wäre also zu rechnen, wenn diese Möglichkeit als Alternative zu den Sachleistungen in den Leistungskatalog aufgenommen wird? Kurzfristig, also für die nächsten 2 bis 5 Jahre, könnte der Anteil bei 25 % der häuslich Versorgten liegen. Mittelfristig – 5 bis 10 Jahre – wäre mit einer deutlich höheren Quote zu rechnen, die vielleicht bei 40 % bis 50 % liegen könnte. Diese höheren Quoten müssen jedoch nicht bedeuten, dass auch die *Zahl* der Budgetnehmer entsprechend zunimmt. Denn nicht berücksichtigt ist dabei, dass die Zahl der häuslich Versorgten zugunsten der Zahl der stationär Versorgten deutlich abnehmen könnte (vgl. Anlage III) – es sei denn, durch die Einführung des persönlichen Pflegebudgets wird dieser erwartbare „Heimsog“ abgemildert, was zu hoffen wäre, was auch nicht unwahrscheinlich ist, was andererseits aber nicht mit Sicherheit vorhersagbar ist.