

Spermann, Alexander; Arntz, Melanie

Working Paper

Wie lässt sich die gesetzliche Pflegeversicherung mit Hilfe personengebundener Budgets reformieren?

ZEW Discussion Papers, No. 03-58

Provided in Cooperation with:

ZEW - Leibniz Centre for European Economic Research

Suggested Citation: Spermann, Alexander; Arntz, Melanie (2003) : Wie lässt sich die gesetzliche Pflegeversicherung mit Hilfe personengebundener Budgets reformieren?, ZEW Discussion Papers, No. 03-58, Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW), Mannheim

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/23991>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Discussion Paper No. 03-58

**Wie lässt sich die gesetzliche
Pflegeversicherung mit Hilfe
personengebundener Budgets reformieren?**

Melanie Arntz und Alexander Spermann

ZEW

Zentrum für Europäische
Wirtschaftsforschung GmbH

Centre for European
Economic Research

Das Wichtigste in Kürze

Vor dem Hintergrund des steigenden Kostendrucks und eines Rekorddefizits der gesetzlichen Pflegeversicherung von 400 Mio. € in 2002 setzt die Rürup-Kommission in ihren Reformplänen für die gesetzliche Pflegeversicherung unter anderem auf die Ausschöpfung von Rationalisierungsmöglichkeiten. In diesem Zusammenhang empfiehlt die Kommission die Erprobung so genannter personengebundener Pflegebudgets (PGB). Dabei handelt es sich um eine Geldleistung, die dem Pflegebedürftigen zum Kauf von Pflegeleistungen dient. Ziel ist es, ein flexibles und kundenorientiertes Angebot ambulanter Pflegedienste anzustoßen, welches einen längeren Verbleib in der kostengünstigeren häuslichen Pflege ermöglichen soll. In der bisherigen Diskussion wird das PGB stets mit steigender Kosteneffizienz und verbesserter Pflegequalität assoziiert. Die empirische Überprüfung der Wirkungen eines solchen Ansatzes ist bisher jedoch lückenhaft.

Das Diskussionspapier beschäftigt sich ausgiebig mit dem Konzept personengebundener Pflegebudgets. In einer theoretischen Analyse der ökonomischen Wirkungen eines solchen Ansatzes kommt das Papier zu dem Ergebnis, dass eine Geldleistung in Form eines PGB zu einer steigenden Kosteneffizienz und einer verstärkten Kundenorientierung beitragen kann. Diese positiven Wirkungen des Ansatzes können sich jedoch nur dann entfalten, wenn es gelingt, die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen, um partielle Effizienz- und Qualitätseinbußen zu vermeiden. Diese unerwünschten Nebeneffekte entstehen aufgrund einer eingeschränkten Konsumentensouveränität, mangelnder Transparenz auf dem Pflegemarkt sowie aufgrund moralischer Risiken. Diese bezeichnen die effizienzschädigenden Folgen von Verhaltensänderungen, die sich aufgrund der Versicherung ergeben (z.B. Vortäuschung eines höheren Pflegebedarfes als notwendig). Eine gezielte Unterstützung der Pflegebedürftigen und Angehörigen im Prozess der Pflegeorganisation durch einen unabhängigen und geschulten Case Manager kann einen wesentlichen Beitrag zur verbesserten Transparenz und einer gesteigerten Konsumentensouveränität leisten. Darüber hinaus stellen die Zweckbindung der Budgetmittel, eine Eigenbeteiligung der Betroffenen sowie eine Bedarfsfeststellung durch eine möglichst objektive Instanz Mittel zur Einschränkung moralischer Risiken dar.

In einem Überblick über die Erfahrungen der Einführung personengebundener Budgets in den Niederlanden, Großbritannien, Schweden sowie in zwei Modellversuchen in Deutschland zeigt sich das große Spektrum der Ansätze zur Umsetzung eines PGB. Verschiedene Formen der Zweckbindungen der Geldmittel, der Bedarfsfeststellung der Leistungen sowie des Unterstützungsmanagements stehen nebeneinander. Eine umfangreiche Evaluation dieser

Ansätze blieb jedoch in den meisten Fällen aus. Schlussfolgerungen bezüglich der optimalen Umsetzung eines PGB können daher kaum gezogen werden. Zudem lassen sich mehrere Forschungslücken aufzeigen, die eine abschließende Bewertung der Wirkungen eines PGB bisher kaum möglich machen.

Zum einen berücksichtigen die bisherigen Studien oftmals nicht die methodischen Herausforderungen, die mit einer Evaluation einer Maßnahmen einhergehen. Zum anderen werden nicht alle relevanten Dimensionen der Evaluation eines solchen Ansatzes erfasst. So fehlen zum großen Teil Informationen über die indirekten Wirkungen der Einführung eines PGB. Die Einführung eines Pflegebudgets für einen Teil der Pflegebedürftigen verändert die Versorgungsstruktur auch für diejenigen, die kein Pflegebudget beziehen. Hier besteht ein bisher ungedeckter Evaluationsbedarf. Auch muss eine steigende Kosteneffizienz der pflegerischen Versorgung auf der Ebene des Individuums noch keine Effizienzgewinne im Gesamtsystem bedeuten. So ist theoretisch denkbar, dass die Schaffung der Voraussetzungen zur Einführung eines PGB so kostspielig sind, dass diese Kosten die positiven Effekte überwiegen. Weiterhin sagen die bisherigen Studien wenig zu den langfristigen Wirkungen eines PGB auf die Verweildauer Pflegebedürftiger in der ambulanten Pflege. Ob es jedoch gelingt, den Heimsog zu reduzieren, ist ein weiterer wichtiger Aspekt, den es zu evaluieren gilt.

Das Diskussionspapier kommt daher zu dem Ergebnis, dass eine weitere Erprobung eines PGB in Deutschland sinnvoll und notwendig ist. Zudem sind die bisherigen Modellversuche in Deutschland aufgrund ihrer geringen Fallzahlen für eine umfassende Evaluation ungeeignet. Es wird daher empfohlen, einen Modellversuch zum PGB von Anfang an auf eine wissenschaftliche Evaluation auszurichten. Insbesondere wird angeregt, die Erprobung des PGB als ein soziales Experiment zu konzipieren, bei dem neben einer Gruppe von Budgetempfängern auch eine Kontrollgruppe gebildet wird, um so eine adäquate Evaluation der Wirkungen des Pflegebudgets of die Budgetempfänger vornehmen zu können. Darüber hinaus soll eine Erprobung des Pflegebudgets in verschiedenen Gemeinden auch eine Identifizierung indirekter Wirkungen im Gesamtsystem der pflegerischen Versorgung ermöglichen. Unter diesen Voraussetzungen ist es möglich, Aussagen über die Gesamteffekte eines PGB zu machen. Nur so lässt sich letztlich sagen, in welchem Maße die Einführung eines PGB einen Beitrag zur Lösung der Probleme der Pflegeversicherung leisten kann.

Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund des steigenden Kostendrucks und eines Rekorddefizits der gesetzlichen Pflegeversicherung von 400 Mio. € in 2002 setzt die Rürup-Kommission in ihren Reformplänen für die gesetzliche Pflegeversicherung unter anderem auf die Erprobung so genannter personengebundener Pflegebudgets. Dabei handelt es sich um eine Geldleistung, die dem Pflegebedürftigen zum Kauf gewünschter Pflegedienstleistungen dient. Durch die Einführung dieser Leistungsform verspricht sich die Kommission die Ausschöpfung von Rationalisierungspotenzialen.

Ziel dieses Beitrages ist es, nach einer ersten theoretischen Diskussion des Pflegebudgets, einen Überblick über bereits bestehende Ansätze zur Umsetzung eines solchen Konzeptes im nationalen und internationalen Kontext zu geben. Dabei wird der Frage nachgegangen, welche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Erprobung eines PGB im deutschen Kontext gegeben sein müssen. Darüber hinaus identifiziert dieser Beitrag Forschungslücken, die es im Zuge der Erprobung eines personengebundenen Pflegebudgets zu schließen gilt. Zu diesem Zweck wird eine umfassende Evaluationsstudie empfohlen. Insbesondere wird angeregt, die Erprobung des Pflegebudgets als ein soziales Experiment zu konzipieren, bei dem neben einer Gruppe von Budgetempfängern auch eine Kontrollgruppe gebildet wird, um so eine adäquate Evaluation der Wirkungen des Pflegebudgets auf die Budgetempfänger vornehmen zu können. Darüber hinaus soll eine Erprobung des Pflegebudgets in verschiedenen Gemeinden auch eine Identifizierung indirekter Wirkungen im Gesamtsystem der pflegerischen Versorgung ermöglichen.

Schlüsselworte: Pflegeversicherung, personengebundenes Budget, Evaluation, Modellversuch

Discussion Paper No. 03-58

**Wie lässt sich die gesetzliche
Pflegeversicherung mit Hilfe
personengebundener Budgets reformieren?**

Melanie Arntz und Alexander Spermann

Download this ZEW Discussion Paper from our ftp server:

<ftp://ftp.zew.de/pub/zew-docs/dp/dp0358.pdf>

Die Discussion Papers dienen einer möglichst schnellen Verbreitung von
neueren Forschungsarbeiten des ZEW. Die Beiträge liegen in alleiniger Verantwortung
der Autoren und stellen nicht notwendigerweise die Meinung des ZEW dar.

Discussion Papers are intended to make results of ZEW research promptly available to other
economists in order to encourage discussion and suggestions for revisions. The authors are solely
responsible for the contents which do not necessarily represent the opinion of the ZEW.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	3
2	REFORMBEDARF DER GESETZLICHEN PFLEGEVERSICHERUNG	5
2.1	WIDERSPRÜCHE BEI DER NACHHALTIGKEIT DER PFLEGEVERSICHERUNG	5
2.1.1	<i>Demographische und gesellschaftliche Entwicklung</i>	5
2.1.2	<i>Preisentwicklung vor dem Hintergrund des Personalnotstandes.....</i>	7
2.1.3	<i>Zwischenergebnis: Kostenexplosion oder Leistungsimpllosion?</i>	7
2.2	WIDERSPRÜCHE BEI DER SICHERSTELLUNG VON EFFIZIENZ UND QUALITÄT DER PFLEGERISCHEN VERSORGUNG	8
2.2.1	<i>Handlungsrahmen der Pflegekassen</i>	9
2.2.2	<i>Handlungsrahmen der Leistungsanbieter</i>	9
2.2.3	<i>Handlungsrahmen der Pflegebedürftigen</i>	11
2.2.4	<i>Zwischenergebnis: Unbefriedigende Qualitäts- und Effizienzicherung.....</i>	12
2.3	DRINGENDER HANDLUNGSBEDARF ZUR REFORM DER GESETZLICHEN PFLEGEVERSICHERUNG	12
3	PERSONENGEBUNDENE PFLEGE BUDGETS ALS ALTERNATIVE AUSGESTALTUNG DER GESETZLICHEN PFLEGEVERSICHERUNG?	14
3.1	ÖKONOMISCHE WIRKUNGEN EINES PERSONENGEBUNDENEN BUDGETS	14
3.2	VORAUSSETZUNGEN EINER QUALITÄTS- UND EFFIZIENZSTEIGERNDEN UMSETZUNG EINES PGB	16
3.2.1	<i>Konsumentensouveränität und Transparenz</i>	16
3.2.2	<i>Effizienz eines PGB trotz der Gefahr des Moral Hazard</i>	18
3.2.3	<i>Aktivierung einer adäquaten (regionalen) Infrastruktur pflegerischer Versorgung</i>	20
3.2.4	<i>Zwischenergebnis: PGB als ein Gesamtkonzept eines Hilfesystems pflegerischer Versorgung ...</i>	21
4	NATIONALE UND INTERNATIONALE ERFAHRUNGEN AUS BEHINDERTEN- UND ALTENHILFE	23
4.1	SCHAFFUNG VON KONSUMENTENSOUVERÄNITÄT UND MARKTTRANSPARENZ	23
4.2	MINIMIERUNG VON MORAL HAZARD UND MISSBRAUCH	27
4.3	SCHAFFUNG VON HANDLUNGSSPIELRÄUMEN FÜR DIE LEISTUNGSANBIETER	28
4.4	AKTIVIERUNG EINER BEDARFSORIENTIERTEN ANGEBOTSTRUKTUR	29
4.5	VOLLE ENTFALTUNG VON KOSTENEFFIZIENZ?	29
5	UMFANGREICHER FORSCHUNGSBEDARF ZUM PERSONENGEBUNDENEN BUDGET	30
5.1	MIKROÖKONOMISCHE EVALUATION	31
5.2	INDIREKTE EFFEKTE UND MAKROÖKONOMISCHE EVALUATION	33
5.3	RAHMENBEDINGUNGEN DES REGIONALEN KONTEXTES (ERWEITERTE MIKROEVALUATION).....	34
5.4	BESCHÄFTIGUNGSWIRKUNGEN	35
6	FAZIT: PLÄDOYER FÜR EINE EVALUATIONSSTUDIE ZUR UMSETZBARKEIT EINES PGB IM KONTEXT DER DEUTSCHEN GPV	36
7	LITERATURVERZEICHNIS	38

1 Einleitung

Große Erwartungen waren mit der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV) zum 1. Januar 1995 verbunden. Neben dem sozialpolitischen Ziel der Vermeidung von Sozialhilfeabhängigkeit pflegebedürftiger Heimbewohner verfolgte man vor allem die Absicht, eine finanzielle Grundsicherung gegen das Lebensrisiko Pflegebedürftigkeit, auch vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung, zu gewährleisten. Darüber hinaus sahen die Grundsätze der GPV den Vorrang von Prävention und Rehabilitation vor Pflege sowie den Vorrang ambulanter vor stationärer Versorgung Pflegebedürftiger vor. Die häusliche Pflege sollte durch den Aufbau einer verbesserten Pflegeinfrastruktur in stärkerem Maße ermöglicht werden. Zu diesem Zweck wurde auch der Zugang privat gewerblicher Anbieter von Pflegeleistungen zum Pflegemarkt erleichtert, um den Auf- und Ausbau einer notwendigen Pflegeinfrastruktur zu ermöglichen. Von dem dadurch entstehenden Wettbewerb auf dem Pflegemarkt erhoffte man sich mehr Qualitätssicherung und Kosteneffizienz.

Seit einiger Zeit ist die Pflegeversicherung jedoch zunehmend in die Kritik geraten. So spricht DIE ZEIT¹ von zum Teil katastrophalen Pflegebedingungen in deutschen Pflegeheimen. Auch sei die Pflege im Gegensatz zu den Zielen der Pflegeversicherung oft eher passivierend als aktivierend und von dem Grundsatz Rehabilitation vor Pflege sei man noch weit entfernt. Dieser Mangel sei nicht zuletzt auf die künstliche Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung zurückzuführen, die den Krankenkassen einen Anreiz gebe, Menschen als Pflegefälle an die Pflegeversicherung abzuschieben anstatt teure Rehabilitationsmaßnahmen zu finanzieren, so die Zeitschrift Capital². Insgesamt sei die Finanzierung der Pflegeversicherung äußerst wackelig. Zwar gebe es aus den ersten Jahren der Pflegeversicherung Überschüsse, doch angesichts eines abzusehenden Anstieges der Zahl Pflegebedürftiger im Zuge der demographischen Entwicklung könne ein bestehendes Versorgungsniveau nur durch deutlich höhere Beitragssätze gesichert werden. Bei einer Beibehaltung der Stabilitätsorientierung in Form einer Leistungsdeckelung und einer fehlenden Dynamisierung der Leistungen drohe hingegen ein stark absinkendes Niveau der Pflegeleistungen.³

Vor dem Hintergrund des steigenden Kostendrucks und eines Rekorddefizits der GPV von nahezu 400 Mio. € in 2002 hat die Rürup-Kommission jüngst ihre Eckpunkte für einen Umbau der Pflegeversicherung vorgelegt. Neben der Erweiterung der Basis der Beitragszahler in Form eines Solidarbeitrages der Rentner und dem Übergang zu einem mischfinanzierten System setzt der Vorschlag insbesondere auf die Möglichkeiten, Rationalisierungspotenziale zu

¹ Vgl. Hauch-Fleck, 2001.

² Vgl. Höfer, 2001.

³ Vgl. Fetzer et al., 2003: 19-21.

nutzen, um so dem Kostendruck zu begegnen. Zu diesem Zweck soll die kostengünstigere Pflege zu Hause attraktiver werden, indem die ambulante und stationäre Pflege künftig finanziell gleichgestellt werden.

In diesem Zusammenhang wird auch die Erprobung eines so genannten personengebundenen Budgets (PGB) befürwortet. Bei einem PGB handelt es sich um eine Geldleistung, die dem Pflegebedürftigen zum Kauf gewünschter Pflegedienstleistungen dient. Ziel ist es, im Bereich der ambulanten Versorgung ein flexibles und kundenorientierteres Versorgungsangebot anzustoßen, das einer größeren Zahl Pflegebedürftiger ermöglicht, länger in der kostengünstigeren häuslichen Pflege zu bleiben. Die damit einhergehenden kostensenkenden Effekte kämen der deutschen Pflegeversicherung gerade recht.

In einigen europäischen Ländern haben sich personengebundene Budgets bereits seit geraumer Zeit etabliert. Die Erprobung personenbezogener Budgets im deutschen Kontext steht jedoch erst am Anfang und lässt noch viele Fragen bezüglich der Umsetzbarkeit und Wirkungen eines solchen Ansatzes offen.

Dieser Artikel beschäftigt sich daher ausgiebig mit dem Konzept personengebundener Budgets. Nach einer kurzen Aufarbeitung des Reformbedarfes der GPV, erfolgt in Kapitel 3 eine Analyse der ökonomischen Wirkungen und der theoretischen Voraussetzungen für die Umsetzbarkeit eines PGB. Anschließend werden im vierten Kapitel überblicksartig die Erfahrungen bereits bestehender nationaler und internationaler Studien zur Umsetzung eines solchen Konzeptes vorgestellt. Dabei gilt es der Frage nachzugehen, welche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Erprobung eines PGB im deutschen Kontext gegeben sein müssen. Die gesetzliche Grundlage für einen solchen Modellversuch in Deutschland wurde im Rahmen des § 8 Abs. 3 des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes bereits Anfang 2002 geschaffen.⁴ Kapitel 4 widmet sich daher der Ausgestaltung eines solchen Modellversuches. Ein solcher Feldversuch muss auch die noch offenen Forschungsfragen beantworten helfen. Das hier vorgestellte Konzept eines Modellversuches zur Erprobung personengebundener Budgets ermöglicht daher eine umfangreiche wissenschaftliche Begleitforschung.

⁴ Siehe Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages, 2001.

2 Reformbedarf der gesetzlichen Pflegeversicherung

2.1 Widersprüche bei der Nachhaltigkeit der Pflegeversicherung

In den ersten Jahren nach ihrer Einführung akkumulierte die umlagefinanzierte Pflegeversicherung⁵ aufgrund des verzögerten Beginns der Leistungsauszahlung ein deutliches Finanzpolster. Doch schon seit 1999 überstiegen die Ausgaben der Pflegeversicherung ihre laufenden Einnahmen. Die Überschüsse der „fetten Jahre“ sind damit in absehbarer Zukunft aufgebraucht.⁶ Zunehmend machen sich Zweifel an der Nachhaltigkeit der gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV) breit. Zudem verschlechtern sich mit der zukünftigen demographischen und gesellschaftlichen Entwicklung einige wichtige Determinanten der Ausgabenentwicklung der Pflegeversicherung.

2.1.1 Demographische und gesellschaftliche Entwicklung

Deutschland befindet sich seit geraumer Zeit im Prozess der demographischen Alterung. Die Zahl der über 60- bzw. über 80-Jährigen wird stetig zunehmen. Damit wird bei gleich bleibender Pflegefallwahrscheinlichkeit ein Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen von 1,75 Mio. im Jahr 1997 auf nahezu 5,4 Mio. im Jahr 2030 erwartet.⁷ Die Pflegeversicherung sieht sich damit einer steigenden Zahl von Leistungsempfängern gegenüber. Selbst bei konstanter Pro-Kopf-Nachfrage und konstanten Preisen für Pflegeleistungen werden die Ausgaben für Pflegeleistungen damit deutlich ansteigen.⁸

Einfluss auf die Ausgaben der GPV nimmt jedoch nicht nur die Zahl der Leistungsempfänger je Pflegestufe. Darüber hinaus entscheidend ist auch die Wahl des Pflegearrangements bei eintretender Pflegebedürftigkeit, denn eine häusliche Versorgung durch Angehörige, die Pflegegeld beziehen, ist für die GPV mit deutlich niedrigeren Ausgaben verbunden als eine ambulante Versorgung durch professionelle Dienste oder eine stationäre Versorgung im Heim. Wie in Abbildung 1 dargestellt, entscheiden neben der Ausgestaltung der institutionellen Rahmenbedingungen auf der Makroebene und dem Vorhandensein einer pflegerischen Infrastruktur auf der Mesoebene vor allem die Rahmenbedingungen des unmittelbaren Umfeldes über das gewählte Pflegearrangement.⁹ Dabei spielt das vorhandene informelle Pflegepotenzial durch Angehörige und Freunde zur Realisation eines häuslichen Pflegearrangements eine

⁵ Die gesetzliche Bemessungsgrundlage für die Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung bilden die Arbeitsentgelte aus versicherungspflichtigen Tätigkeiten sowie die Rente der gesetzlichen Rentenversicherung und sonstiger Versorgungsbezüge. Der Beitragssatz von 1,7% des gezahlten Lohns bis zur Beitragsbemessungsgrenze wird paritätisch von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen. Die Arbeitnehmer haben als Ausgleich jedoch auf einen Feiertag (Buß- und Betttag) verzichtet.

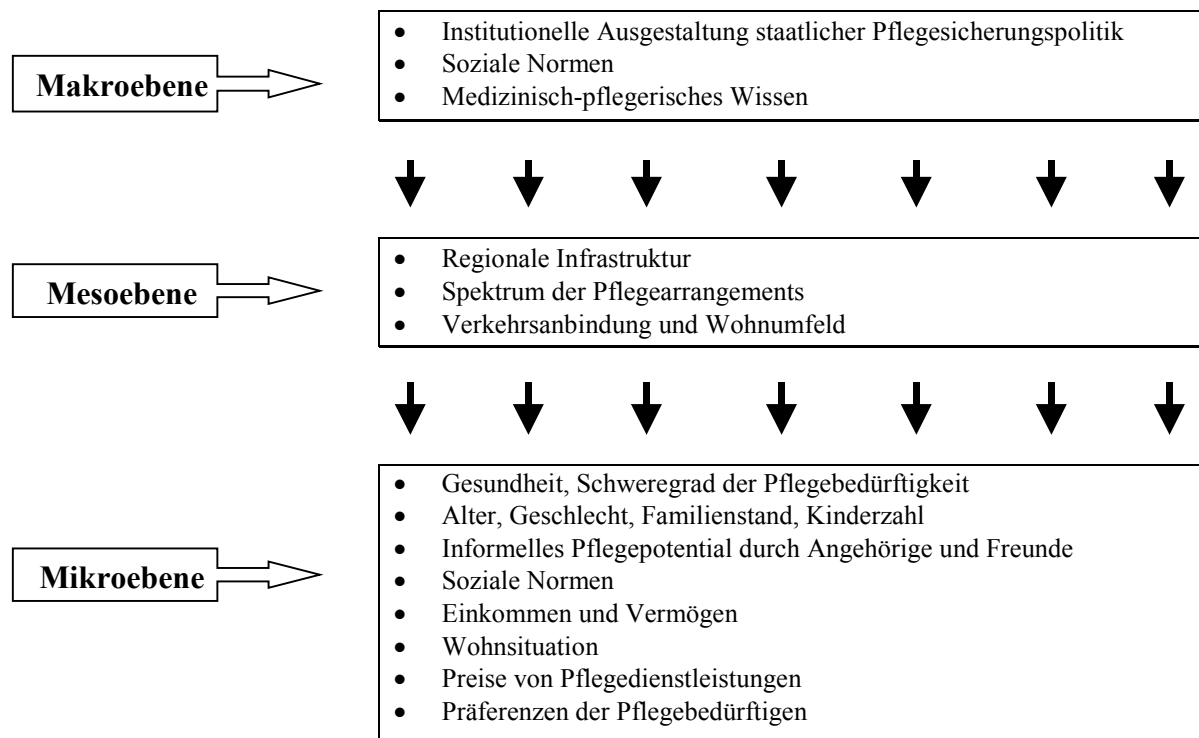
⁶ Vgl. Meyer-Timpe, 2002.

⁷ Vgl. Moldenhauer, 2001: 30.

⁸ Vgl. Rothgang und Schmähl, 1995; Mager, 1999a.

große Rolle. Während momentan noch ein Großteil der Pflegebedürftigen von ihren Partnern und Kindern versorgt werden, ist zukünftig davon auszugehen, dass eine weiterhin zunehmende Erwerbsbeteiligung der Frauen sowie der Trend hin zu Einpersonenhaushalten zu einem Rückgang möglicher familiärer Pflege führen. Dies bedeutet, dass „immer mehr Pflegebedürftige auf professionelle Pflegedienstleister angewiesen sein werden“.¹⁰

Abbildung 1: Mehrebenenmodell der Determinanten des Pflegeentscheidungsprozesses



(in Anlehnung an Mager, 1999b: 99)

Mit dem Rückgang familiärer Hilferessourcen werden Geldleistungen im ambulanten Bereich zunehmend durch die teureren Sachleistungen oder durch die teurere stationäre Versorgung ersetzt werden müssen. Die Bedeutung der stationären Unterbringung wird insbesondere für die Gruppe der demenziell Erkrankten überproportional zunehmen, da deren spezieller Pflegebedarf im Hinblick auf eine psychosoziale Betreuung in den Leistungskatalogen der Pflegekassen nur unzureichend berücksichtigt wird. Wenn das familiäre Umfeld diesen Mangel nicht mehr auffangen kann, wird für diese Gruppe der Sog von der häuslichen in die stationäre Versorgung, auch als „Heimsog“ bezeichnet, zukünftig zunehmen. Insgesamt ist daher mit einem deutlichen Anstieg der Nachfrage sowohl nach professioneller Altenhilfe als auch nach stationären Versorgungsmöglichkeiten zu rechnen.

⁹ Vgl. Mager, 1999b.

¹⁰ Mager, 1999a: 73.

2.1.2 Preisentwicklung vor dem Hintergrund des Personalnotstandes

Die Kosten für Pflegeleistungen werden jedoch nicht nur aufgrund einer steigenden Zahl von Leistungsempfängern steigen. Darüber hinaus werden vor dem Hintergrund des „Personalnotstandes“ auch die Löhne in den Pflegeberufen ansteigen. Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung konstatiert in seinem Pflege-Thermometer 2002 einen personellen Engpass auf dem Arbeitsmarkt der stationären und ambulanten Altenpflege. 30.000 offenen Stellen stünden nur etwa 18.000 Arbeit suchende Pflegefachkräfte gegenüber. Darüber hinaus mache die steigende Arbeitsbelastung Pflegeberufe immer unattraktiver. Um den notwendigen Bedarf nach qualifizierten Pflegekräften langfristig zu decken, sei daher die Attraktivität der Pflegeberufe durch eine bessere gesellschaftliche und politische Anerkennung einerseits und eine bessere und leistungsbezogenere Bezahlung andererseits notwendig.¹¹ Vor dem Hintergrund des Personalmangels im Pflegebereich ist daher „insgesamt ... davon auszugehen, dass die ‚Kostenkrankheit personalintensiver Dienstleistungen‘ zusammen mit einem drohenden ‚Pflegetotstand‘ langfristig zu Preiserhöhungen für Pflegeleistungen führt, die nicht nur oberhalb der Inflationsrate liegen, sondern auch die durchschnittliche Lohn- und Gehaltsentwicklung aller Beschäftigten übertreffen.“¹²

2.1.3 Zwischenergebnis: Kostenexplosion oder Leistungsimpllosion?

Der steigende Kostendruck auf die Pflegeversicherung steht in einem starken Spannungsverhältnis zur expliziten Stabilitätsorientierung der GPV. Diese drückt sich in einer Leistungsdeckelung der Pflegeleistungen aus, welche die Beitragssatzstabilität gewährleisten soll. Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden die Leistungen der GPV also nicht bedarfsorientiert im Sinne einer Vollkasko, sondern lediglich budgetiert im Sinne einer Teilkasko gewährt. Der Pflegebedürftige muss daher eigene Mittel einsetzen, um den vollen Versorgungsbedarf abzudecken. Darüber hinaus handelt es sich bei allen Leistungen der GPV um pauschalierte Leistungen, die bisher nicht an ökonomische Indikatoren angepasst werden. Auch bei einer konstanten Zahl an Leistungsempfängern und unveränderter Leistungsstruktur käme es daher durch die fehlende Anpassung der Leistungen an Preissteigerungen im Bereich der Pflege zu einem sinkenden Realwert der Pflegeleistungen. Ein zukünftig stark steigender Bedarf aufgrund der skizzierten Entwicklungen macht Anhebungen der Beitragssätze oder massive Leistungskürzungen unumgänglich. Will man das Leistungsniveau halten, so ist allein aufgrund der demographischen Entwicklung und bei einer Preisentwicklung in der Größenordnung der allgemeinen Produktivitätsentwicklung ein Anstieg des Beitragssatzes bis

¹¹ Vgl. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, 2002.

¹² Rothgang, 1997: 65.

zum Jahr 2030 auf knapp 3% der Arbeitsentgelte aus sozialversicherungspflichtigen Tätigkeiten notwendig. Bei einer Ausgabenentwicklung um 1% oberhalb des allgemeinen Produktivitätsniveaus kämen Beiträge von knapp 4% im Jahr 2030 auf die Beitragszahler zu. Bei unveränderter Ausgestaltung der GPV kommt es daher zukünftig entweder zu einer Kostenexplosion mit stark steigenden Beitragssätzen oder einer Leistungsimpllosion mit stark sinkender Leistung pro Pflegefall.¹³

2.2 Widersprüche bei der Sicherstellung von Effizienz und Qualität der pflegerischen Versorgung

Neben der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Pflegeversorgung besteht das Hauptziel der GPV darin, diese effizient und somit ressourcenschonend zu erbringen. Dabei wird unter einer hochwertigen Pflegeversorgung insbesondere eine aktivierende Pflege verstanden, die die Fähigkeiten der Pflegebedürftigen erhält und zum Teil zurückgewinnt (§ 28 Abs. 3 SGB XI). Darüber hinaus soll vorrangig die häusliche Pflege gefördert werden (§3 SGB XI) und es soll den Pflegebedürftigen ermöglicht werden, ein möglichst selbstbestimmtes und selbständiges Leben zu führen (§2 Abs. 1 SGB XI).

Diese Zielvorstellungen schlagen sich in den Leistungskatalogen der GPV nieder. Während dem Pflegebedürftigen für die stationäre Unterbringung lediglich eine zweckgebundene Geldleistung gewährt wird, ist der Leistungskatalog für Pflegebedürftige in der häuslichen Versorgung deutlich erweitert. In diesem Fall kann zwischen Geld- und Sachleistungen und einer Kombination aus beiden Leistungsarten gewählt werden. Zusätzlich werden Verhinderungs- und Kurzzeitpflege gewährt, falls die Pflegeperson beispielsweise durch Urlaub verhindert ist. Auch werden kostenlos Pflegekurse für pflegende Angehörige angeboten. Durch diesen erweiterten Leistungskatalog für die häusliche Pflege soll die informelle Pflege gestützt werden und somit der Vorrang ambulanter vor stationärer Pflege gesichert werden. Tabelle 1 zeigt die monatlichen Leistungen der GPV je nach Pflegestufe. Der Grad der Pflegebedürftigkeit und damit die Pflegestufe wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung festgestellt.

Tabelle 1: Monatliche Leistungen der SPV in Euro (Quelle: SGB XI)

Pflegestufe	Ambulant		Stationär
	Sachleistung	Geldleistung	Geldleistung
I - Erheblich Pflegebedürftige	384	205	1.023
II - Schwer Pflegebedürftige	921	410	1.279
III - Schwerst Pflegebedürftige	1.432	665	1.423
Härtefall	1.918	-	1.688

¹³ Vgl. Fetzner et al., 2003: 19-21.

Zum Erreichen der oben genannten Qualitäts- und Effizienzziele setzt die Pflegeversicherung neben der Qualitätskontrolle durch die Pflegekassen auf die Schaffung eines Marktes für Pflegeleistungen. Hinter der Einführung bzw. Stärkung von Marktelementen steht die Vorstellung, der Wettbewerb schaffe die nötigen Anreize für eine qualitativ hochwertige und effiziente Leistungserbringung. Nach dieser Vorstellung „sorgt die weitgehende Handlungsfreiheit der Anbieter und Nachfrager auf einem Markt dafür, dass der Wettbewerb als Such- und Entdeckungsverfahren eine bestmögliche Bedürfnisbefriedigung gewährleistet.“¹⁴ In welchem Maße ein Markt tatsächlich durch Qualitäts- und Effizienzwettbewerb gekennzeichnet ist, hängt jedoch entscheidend von den institutionellen Rahmenbedingungen sowie der Möglichkeit einer wettbewerblichen Steuerung ab. Insbesondere die möglicherweise eingeschränkte Konsumentensouveränität auf Seiten der Pflegebedürftigen sowie eine fundamentale Informationsasymmetrie zwischen Konsumenten und Anbietern von Pflegeleistungen rechtfertigen Eingriffe in die Handlungsfreiheit der Akteure.¹⁵ Die GPV hat deshalb einen Rahmen geschaffen, der einerseits Marktelemente betont und ausbaut, andererseits aber auch die Aktionsparameter der Pflegekassen, Anbieter und Nachfrager beschneidet.

2.2.1 Handlungsrahmen der Pflegekassen

Eine zentrale Rolle in der Pflegeabsicherung nehmen die Pflegekassen ein. Unter Mithilfe des Medizinischen Dienstes stellen sie den Grad der Pflegebedürftigkeit fest. Gleichzeitig fungieren sie als „Advokaten“ der Pflegebedürftigen und führen Qualitätskontrollen durch. Sie sind aber auch die Kostenträger der Pflegeleistungen, wobei sie die Preise für Pflegeleistungen mit den Leistungsanbietern auf Basis prospektiver Kostenkalkulationen verhandeln. Die GPV stattet die Pflegekassen trotz ihrer zentralen Rolle im Sicherstellungsauftrag einer pflegerischen Versorgung jedoch mit nur unzureichenden Anreizen aus, diesen Sicherstellungsauftrag effizient zu gewährleisten. Ein kassenübergreifender Finanzausgleich sorgt dafür, dass überdurchschnittliche Ausgaben einer Kasse überwältigt werden können, während der Kasse kostensenkende Maßnahmen nicht zu Gute kommen. Ein effizienzfördernder Wettbewerb über die Beitragssätze der Pflegekassen wird durch die Konstruktion eines bundeseinheitlichen und kassenübergreifenden Beitragssatzes somit von vornherein ausgeschlossen.¹⁶

2.2.2 Handlungsrahmen der Leistungsanbieter

Den Leistungsanbietern obliegt die Funktion, „eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde“ (§11(1) SGB XI) zu gewährleisten. Um durch die Pflegekas

¹⁴ Johne, 1997: 68.

¹⁵ Vgl. Johne, 1997: Kapitel 3.

¹⁶ Vgl. Johne, 1997: 134/135.

sen finanziert werden zu können, müssen die Leistungsanbieter einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen abschließen, der die Einhaltung gewisser Qualitätsstandards voraussetzt. Kirchliche, gemeinnützige und private Anbieter sollen nach der GPV einen gleichen Zugang zu solchen Versorgungsverträgen haben, um die Trägervielfalt und damit die marktwirtschaftlichen Aspekte in der Pflegeerbringung zu stärken. Während früher eine Bedarfsprüfung über den Zugang zum Pflegemarkt entschied, tritt an die Stelle der Bedarfsplanung nun der freie Marktzugang. Eingeschränkt wird diese Marktöffnungsklausel jedoch dadurch, dass die GPV die Investitionskostenförderung den Ländern überlässt. Diese können daher durch die Handhabung der Investitionskostenförderung der Pflegeanbieter indirekt bedarfssteuernd eingreifen und den Marktzugang faktisch begrenzen oder erschweren.¹⁷ Trotz dieser Einschränkung hat sich mit der Marktöffnungsregelung seit 1995 tatsächlich eine größere Trägervielfalt und Konkurrenz auf dem Pflegemarkt etablieren können.

Während also eine gewisse Anbieterkonkurrenz entstanden ist, kann von einem Qualitäts- und Preiswettbewerb dennoch nur bedingt die Rede sein. Zwar stellt die GPV eine Abkehr vom früheren Kostenerstattungsprinzip dar. Stattdessen werden einheitliche und trägerübergreifende Preise für Pflegeleistungen nunmehr zwischen Pflegekassen, Sozialhilfeträgern und Anbietern von Pflegeleistungen auf Basis prospektiver Kalkulationen vereinbart. Diese ausgehandelten Preise entsprechen jedoch ebenfalls nicht den Marktpreisen.¹⁸

Für die Finanzierung verschiedener Leistungen der ambulanten Pflegedienste sehen die Pflegekassen zudem bestimmte Leistungsvergütungskomplexe vor. Dabei werden die im Rahmen der Sachleistungen erbrachten Leistungen in Handlungen aus dem Bereich der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und solche aus dem hauswirtschaftlichen Bereich eingeteilt. Der für jede Tätigkeit notwendige Zeitbedarf wird mit Hilfe eines Punkteschemas bewertet. Verschiedene Handlungen bilden dann zusammen ein Modul (z.B. „kleine Pflege“), für das der Anbieter entsprechend den Punkten eine Finanzierung durch die Pflegekassen erhält. Diese Finanzierung auf Basis von Leistungsmodulen bedeutet einen extrem hohen Abrechnungsaufwand. Darüber hinaus führt diese Leistungsvergütung dazu, dass an die Stelle einer Kundenorientierung im Sinne einer Individualisierung der Leistungen eine Standardisierung des Leistungskataloges in Richtung der durch die Pflegekassen refinanzierbaren Leistungen tritt.¹⁹ Diese Entwicklung steht oft in einem Widerspruch zu den individuellen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen. Dies betrifft insbesondere die Personengruppen, deren Pflege

¹⁷ Vgl. Prinz, 1995: 51; Skuban, 2000: 104/105.

¹⁸ Vgl. Skuban, 2000: 70/71.

¹⁹ Vgl. Evers, 1999.

bedarf nicht durch die vorgegebenen Leistungsmodule abgedeckt wird. Zu nennen ist hier insbesondere die große Gruppe der Demenzkranken.

Anbieter von Pflegeleistungen sind aber auch durch die Vorgaben bezüglich räumlicher, sachlicher und personeller Ausstattung eingeschränkt, die als Voraussetzung des Abschlusses eines Versorgungsvertrages einzuhalten sind. Insbesondere die Vorgaben im Bereich der Personalstruktur bedeuten, „dass Leistungsanbieter im Kernbereich ihrer Kosten – dem Personal nämlich – keinerlei Entscheidungsfreiheiten, also auch keine Steuerungsfähigkeiten mehr besitzen; sie exekutieren lediglich „Spielregeln“, losgelöst von betriebswirtschaftlichen Überlegungen oder von der Frage, ob diese Regeln im Blick auf Qualität und Leistungsfähigkeit der jeweiligen Einrichtung sinnvoll oder aber kontraproduktiv sind.“²⁰ Die Einschränkung der Wettbewerbsparameter, die einem Anbieter zur freien Disposition stehen, konterkariert einen möglichen Qualitätswettbewerb.

2.2.3 Handlungsrahmen der Pflegebedürftigen

Eine Steuerung des Pflegemarktes über den Wettbewerb kann nur funktionieren, falls die Nachfrager in der Lage sind, bestehende Leistungsunterschiede ausfindig zu machen und auf mögliche Qualitätsmängel mit Abwanderung zu reagieren. Die Möglichkeiten eines Pflegebedürftigen, als Nachfrager und mündiger Verbraucher auf einem Pflegemarkt zu agieren, sind aufgrund seiner gesundheitlich und nicht selten auch existentiell problematischen Situation jedoch begrenzt.²¹ Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber einige Instrumente festgelegt, die die Marktmacht des Pflegebedürftigen stärken sollen. Neben den bereits erwähnten Qualitätskontrollen durch die Medizinischen Dienste sind es vor allem die Pflegekassen, die durch Aufklärung und Beratung dafür sorgen sollen, dass der Pflegebedürftige bzw. seine Angehörigen in die Lage versetzt werden, souveräner Konsument pflegerischer Leistungen zu sein. Bemühungen seitens der Pflegekassen, beispielsweise mit Hilfe von Preisvergleichslisten Transparenz in den Pflegemarkt zu bringen, greifen jedoch zu kurz. Stattdessen wird vielfach die Notwendigkeit gesehen, eine von den Leistungs- und Kostenträgern unabhängige Betreuung und Beratung zu etablieren, die eine konkrete Hilfestellung bei der Planung und Organisation des Pflegeprozesses gewährleistet und somit auch auf die individuellen Pflegebedürfnisse eingeht.²²

Die Herstellung einer ausreichenden Konsumentensouveränität ist dabei eine grundlegende Bedingung für die Ausübung der Selbstbestimmungs- und Wahlrechte, die den Pflegebedürftigen in der GPV zur Verfügung stehen. So kann der Pflegebedürftige zwischen der Geldlei

²⁰ Skuban, 2000: 106/107.

²¹ Vgl. Gaßmann, 2001: 141.

stung, der Sachleistung und einer Kombination beider Leistungen wählen, wobei die Geldleistung es am ehesten erlaubt, eine den Bedürfnissen des Pflegebedürftigen entsprechende Kombination aus Leistungen zu wählen. Mit der Wahlmöglichkeit der Geld- bzw. Kombinationsleistung stärkt der Gesetzgeber damit die Rolle der Pflegebedürftigen als Nachfrager und Konsumenten. Dies tut er jedoch nur halbherzig, solange nur unzureichende Beratungs- und Informationshilfen zur Seite stehen. Durch die geringe Höhe der Geldleistung im Vergleich zur Sachleistung in der ambulanten Versorgung werden die positiven Effekte einer Geldleistung zudem teilweise konterkariert.²³ Darüber hinaus wird das Pflegegeld hauptsächlich als Gratifikation für pflegende Angehörige verstanden und führt auch aus diesem Grunde nur eingeschränkt dazu, dass Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld die gewünschte Leistungskombination erwerben.²⁴

2.2.4 Zwischenergebnis: Unbefriedigende Qualitäts- und Effizienzicherung

Marktöffnungsregeln auf Seiten der Anbieter und Stärkung der Position der Pflegebedürftigen als Nachfrager und Konsumenten durch die Einführung von Geldleistungen und Informationshilfen sollen dazu beitragen, Anreizstrukturen zu fördern, die eine höhere Effizienz und eine höhere Qualität im Sinne einer stärkeren Kundenorientierung und -zufriedenheit hervorbringen. Auf der anderen Seite entsteht durch die Ausgestaltung des Handlungsrahmens der Akteure des „Pflegemarktes“ eben eines nicht: ein kundenorientiertes und kosteneffizient erbrachtes Leistungsangebot. Pflegebedürftige werden nicht konsequent genug in ihrer Rolle als Nachfrager und Konsumenten gestärkt und Anbieter von Leistungen werden in ihren Gestaltungsmöglichkeiten stark beschnitten. Unter diesen Rahmenbedingungen ist es fraglich, ob ein präferenzgerechtes Leistungsangebot entstehen kann, welches langfristig eine ausreichende pflegerische Versorgung der Bevölkerung sicherstellen kann.²⁵

2.3 Dringender Handlungsbedarf zur Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung

Der Kostendruck auf die Pflegekassen wächst. Steigende Zahlen an Leistungsempfängern und die Zunahme der Nachfrage nach professionellen Diensten sowie die absehbaren Preissteigerungen in dem personalintensiven Sektor der Pflege können bei einer Beibehaltung der Stabilitätsorientierung im Sinne einer Leistungsdeckelung und einer fehlenden Dynamisierung der Leistungen entweder zu einem stark absinkenden Niveau der Pflegeleistungen oder einer Kostenexplosion in Form stark ansteigender Beitragssätze führen.

²² Vgl. Gaßmann, 2001.

²³ Vgl. Busch, 1998: 41/42.

²⁴ Vgl. Klie und Spermann, 2001: 13.

²⁵ Vgl. Johne, 1997.

Vor dem Hintergrund steigenden Kostendrucks und eines Rekorddefizits der GPV von nahezu 400 Mio. € in 2002 hat die Rürup-Kommission jüngst ihre Eckpunkte für einen Umbau der Pflegeversicherung vorgelegt. Demnach soll zum einen die Basis der Beitragszahler verbreitert werden, indem die Rentner ab 2010 zusätzlich 2 % ihrer Altersbezüge in die Pflegeversicherung einzahlen. Gleichzeitig schlägt die Kommission den Übergang zu einem mischfinanzierten System vor. Der Sozialversicherungszweig soll ähnlich wie bei der Riester-Rente um einen Kapitalstock ergänzt werden. Der Beitragssatz solle konstant bleiben, zum Teil aber auf individuelle Vorsorgekonten der Arbeitnehmer fließen, um so eine Teilkapitaldeckung zu erzielen. Zusätzlich sollen Kosten gesenkt werden, indem die Pflege zu Hause attraktiver gemacht werden soll. Die Sätze für die ambulante und stationäre Pflege sollen daher vereinheitlicht werden. Zur Stützung der kostengünstigeren häuslichen Pflege wird zudem die Erprobung eines personengebundenen Budgets befürwortet. Hierbei handelt es sich um eine Geldleistung, die dem Pflegebedürftigen zum Einkauf gewünschter und bedarfsorientierter Pflegedienstleistungen dient. Eine Erprobung dieses Konzeptes war bereits in § 8 Abs. 3 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz, welches zum 1. Januar 2002 in Kraft getreten ist, explizit empfohlen worden.²⁶

Hintergrund des Vorschlages zur Einführung eines personengebundenen Budgets ist das Ziel, im Bereich der ambulanten Versorgung ein kundenorientierteres Versorgungsangebot anzustoßen. Die durch die im SGB XI vorgegebenen relativ starren Versorgungsstrukturen in Form der Leistungskomplexvergütung und der Einschränkung einiger wichtiger Aktionsparameter der Pflegedienste sind dafür bisher wenig zuträglich. Flexiblere und kundenorientierte Pflegeleistungen professioneller ambulanter Dienste sollen dann einen wesentlichen Beitrag zur Reduktion des kostentreibenden Heimsogs leisten, indem es für eine größere Zahl Pflegebedürftiger möglich wird, länger in der kostengünstigeren häuslichen Umgebung zu bleiben. Durch ein personengebundenes Budget erhofft man sich, Rationalisierungspotenziale auszuschöpfen, um so dem Kostendruck auf die Pflegekassen zu begegnen.

In einigen europäischen Ländern haben sich personengebundene Budgets in der Behinderten- und Altenpflege bereits seit geraumer Zeit etabliert. Insbesondere die Niederlande, aber auch Großbritannien und Schweden nehmen hier Vorreiterrollen ein. Die Erprobung personenbezogener Budgets im deutschen Kontext steht jedoch erst am Anfang. In einem nächsten Abschnitt sollen daher die ökonomischen Wirkungen sowie die Voraussetzungen für die Umsetzbarkeit eines PGB diskutiert werden. Zu diesem Zweck wird auf die Erfahrungen bereits bestehender Studien aus dem In- und Ausland zurückgegriffen.

²⁶ Siehe Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages, 2001.

3 Personengebundene Pflegebudgets als alternative Ausgestaltung der gesetzlichen Pflegeversicherung?

3.1 Ökonomische Wirkungen eines personengebundenen Budgets

Ein personengebundenes Budget ist ein am individuellen Hilfebedarf ausgerichteter Anspruch auf Geldleistungen, die der pflegebedürftige Mensch zweckungebunden einsetzen kann, um sich die notwendigen Hilfen auf dem Markt für Pflegedienstleistungen selbst einzukaufen. Auch in der deutschen Pflegeversicherung ist das Element einer Geldleistung als Alternative zu Sachleistungen bei der häuslichen Pflege verankert. Wie bereits kurz diskutiert, wird das Pflegegeld in Deutschland bisher jedoch vielfach als Honorierung für pflegende Angehörige eingesetzt. Zudem ist der Umfang der Geldleistung im Vergleich zur Sachleistung deutlich geringer. Die im SGB XI vorgesehene Geldleistung kann daher nicht mit einem PGB in dem oben definierten Sinne gleichgesetzt werden.²⁷

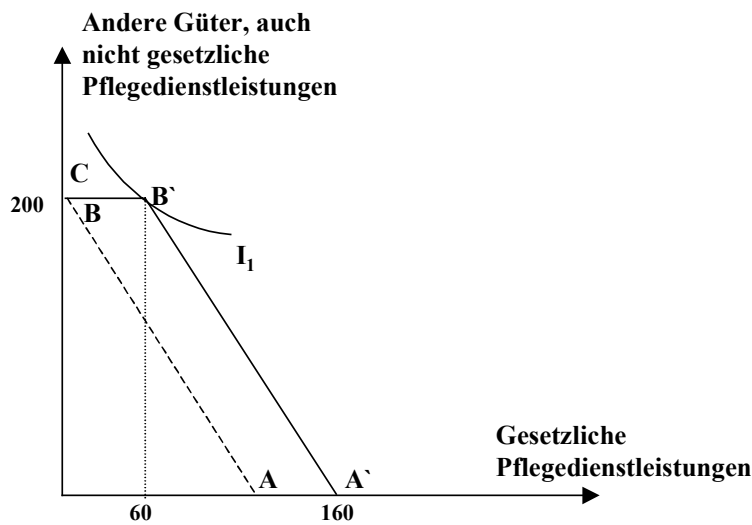
Die Diskriminierung der Geldleistung gegenüber der Sachleistung in der deutschen GPV überrascht jedoch angesichts der theoretischen Überlegenheit dieser Leistungsform aus ökonomischer Sicht. „Frei verwendbare Geldleistungen erlauben es einer pflegebedürftigen Person, sich für diejenige Kombination von Pflegeleistungen zu entscheiden, die ihren Präferenzen am nächsten kommt.“²⁸ Geldleistungen werden daher mit einem Nutzengewinn auf Seiten der Pflegebedürftigen assoziiert. Dies lässt sich auch graphisch anhand von Budgetrestriktionen zeigen, die sich je nach Leistungsform ergeben. Abbildung 2 zeigt zunächst die ökonomische Wirkung einer Sachleistung.

Die Budgetrestriktion ABC in Abbildung 2 spiegelt die Verhältnisse eines reinen Sachleistungssystems wider. Der Pflegebedürftige verfügt über ein eigenes Budget AB, welches durch Sachleistungen in Höhe von 60 Einheiten ergänzt wird (Rechtsverschiebung der Budgetgeraden nach A`B'). Der Pflegebedürftige kann seine finanziellen Ressourcen entweder für gesetzliche Pflegedienstleistungen oder andere Güter ausgeben. Dabei umfassen ‚andere Güter‘ auch mögliche Pflegedienstleistungen, die nicht im Rahmen der gesetzlichen Pflegesachleistungen vorgesehen sind. Dies können unter anderem alternative Pflegearrangements sein, die nicht in dem relativ starren Leistungskatalog gesetzlicher Pflegeleistungen berücksichtigt sind. Das Austauschverhältnis dieser beiden Güter sei hier beispielhaft zwei zu eins.

²⁷ Vgl. Klie und Spermann, 2001.

²⁸ Johne, 1997: 121.

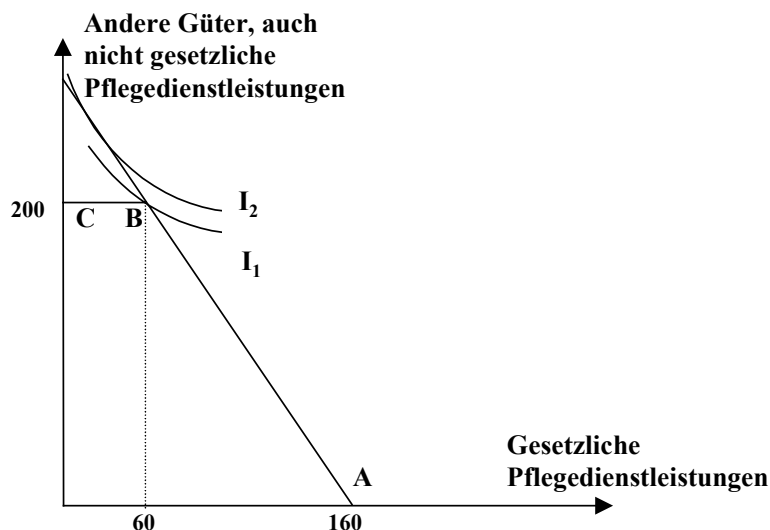
Abbildung 2: Die ökonomische Wirkung einer Sachleistung



Da der Pflegebedürftige die gewährten Sachleistungen am Markt nicht gegen andere Leistungen eintauschen kann, nimmt er diese Sachleistungen voll in Anspruch. Für den hier skizzierten Fall, dass der optimale Bedarf des Pflegebedürftigen nach gesetzlichen Pflegesachleistungen geringer ausfällt als der durch die Versicherung geleistete Umfang der Sachleistungen, setzt der Pflegebedürftige seine gesamten Eigenmittel für andere Güter ein, u.a. auch für Pflegedienstleistungen, die außerhalb des Rahmens der gesetzlichen Sachleistungen liegen.

Im Gegensatz zu einer Sachleistungslösung führt die Gewährung von Geldleistungen in Abbildung 3 dazu, dass der Pflegebedürftige ein geringeres Niveau der gesetzlichen Pflegesachleistungen nachfragt und stattdessen einen Teil des Budgets einsetzt, um auch andere Güter zu erwerben. Der Pflegebedürftige kauft sich nun den seinen Präferenzen entsprechenden maßgeschneiderten ‚Mix‘ an Leistungen ein.

Abbildung 3: Die ökonomische Wirkung einer Einführung eines PGB



Für die Pflegebedürftigen, die sich bei Sachleistungsbezug am Punkt B wiederfinden, bedeutet ein Budget trotz eines unveränderten finanziellen Mitteleinsatzes daher einen Nutzengewinn gegenüber der Sachleistung von I_1 nach I_2 . Dies bedeutet im Gegenschluss, dass ein der Sachleistungslösung vergleichbares Nutzenniveau mit einem geringeren Mitteleinsatz erreicht werden kann. Hier entstehen durch das Pflegebudget Rationalisierungspotenziale.

Die starken Anreize auf Seiten der Pflegebedürftigen, die frei verwendbare Geldleistungen möglichst nutzbringend und ressourcenschonend einzusetzen, übersetzen sich damit direkt in eine steigende Kosteneffizienz gegenüber der Sachleistung. Zudem schafft die Geldleistung die Voraussetzung für eine stärkere Kundenorientierung der Leistungsanbieter, denn das stärkere Interesse der Kunden, einen Qualitäts- und Preisvergleich verschiedener Leistungen vorzunehmen, führt zu einer stärkeren Wettbewerbsorientierung der Leistungsanbieter und damit zu einer Ausdifferenzierung des Leistungsangebotes. Ein solchermaßen kundenorientiertes Leistungsangebot kann darüber hinaus dazu beitragen, dass Pflegebedürftige individuelle Pflegearrangements realisieren können und somit über einen längeren Zeitraum in der häuslichen Pflege verbleiben. Neben einer kurzfristigen Steigerung der Kosteneffizienz sind daher infolge eines sinkenden Heimsogs auch langfristige Effekte auf die Kosteneffizienz denkbar. Darüber hinaus reduziert die Einführung von Pflegebudgets die administrativen Kosten, die bei der Umsetzung eines Sachleistungssystems in nicht unerheblichem Umfang anfallen.²⁹

Die Diskussion ökonomischer Wirkungen zeigt, dass zweckungebundene Geldleistungen positive Auswirkungen auf die Effizienz und die Kundenorientierung der Leistungserbringung haben können. Angesichts der im vorigen Abschnitt bereits erwähnten Einschränkungen für die Betroffenen, als Nachfrager und Konsument auf dem Pflegemarkt zu agieren, bleibt jedoch fraglich, inwiefern sich diese positiven Wirkungen tatsächlich entfalten können. Die hier skizzierte Überlegenheit der Geldleistung gegenüber der Sachleistung im Hinblick auf Effizienz- und Qualitätssicherung ist daher an einige Voraussetzungen gebunden, die es im Folgenden zu diskutieren gilt.

3.2 Voraussetzungen einer qualitäts- und effizienzsteigernden Umsetzung eines PGB

3.2.1 Konsumentensouveränität und Transparenz

Eine effizienz- und qualitätssteigernde Umsetzung eines personengebundenen Budgets setzt voraus, dass die Betroffenen als souveräne Konsumenten und Nachfrager handeln können. Nur so können sie ihre Präferenzen am Markt äußern und das Leistungsangebot im Sinne ihrer Bedürfnisse und Qualitätsansprüche formen.³⁰ Wie bereits zuvor diskutiert, muss jedoch

²⁹ Vgl. Klie und Spermann, 2001.

³⁰ Vgl. Winters, 1996: 50.

insbesondere für die große Gruppe der geistig verwirrten alten Menschen von einer eingeschränkten Kompetenz ausgegangen werden, ihre Bedürfnisse mit Aussicht auf Erfolg am Markt zu artikulieren. Aber auch für die Gruppe der Pflegebedürftigen, die nicht in ihrer Marktfähigkeit eingeschränkt sind, ergeben sich Schwierigkeiten, die vorhandenen Ressourcen nutzenmaximierend einzusetzen. Dies wird unter anderem mit einem Transparenzmangel auf dem Markt für pflegerische Leistungen begründet. Da es sich bei der Pflege um ein so genanntes „Erfahrungsgut“ handelt, dessen Qualität oft erst nach dem Kauf der Leistung offensichtlich wird, kann hier von einer grundsätzlichen Informationsasymmetrie gesprochen werden, die es den Pflegebedürftigen erschwert, Leistungsunterschiede zu erkennen und „auf unzureichende Qualität mit Widerspruch und Abwanderung zu reagieren“³¹. Angehörige von Pflegebedürftigen sind von diesem Transparenzmangel auf dem Pflegemarkt ebenfalls betroffen, denn auch für sie ist es oftmals schwierig, Leistungs- und Qualitätsunterschiede zu erkennen.

Vor diesem Hintergrund wird die Verfügbarkeit von Information, Anwaltschaft und Beratung zum entscheidenden Kriterium für den Einsatz von Geldleistungen als Mittel zu mehr Konsumentensouveränität und Kundenorientierung. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen müssen durch eine gezielte, individuelle und von den Interessen der Leistungs- und Kostenträger unabhängige Beratung und Information in der konkreten Planung und Organisation des Pflegeprozesses unterstützt werden. Die Bereitstellung von Geldleistungen muss konsequent mit umfassenden Beratungsleistungen im Sinne eines Case Management verknüpft werden.³²

Case Management versteht sich als ein umfassendes Unterstützungsmanagement für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Insbesondere soll ein solches Unterstützungsmanagement möglichst frühzeitig greifen, um mögliche Fehlentwicklungen in der Gestaltung des Pflegeprozesses rechtzeitig zu unterbinden. Darüber hinaus obliegt einem Case Management eine umfangreiche Informationsfunktion, Transparenz in das unüberschaubare Angebot zu bringen. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollen zudem möglichst in den Planungs- und Organisationsprozess eingebunden werden, um weitgehende Selbstbestimmungsrechte zu gewährleisten und eine individuelle Umsetzung eines Pflegearrangements unter Einbeziehung der vorhandenen informellen Hilfemöglichkeiten zu entwickeln. Über diese Aufgabenfelder des Case Managements hinaus versucht ein solches Hilfemanagement zudem, die Einhaltung und Entwicklung von Versorgungsqualität in Zusammenarbeit mit den Dienstleistern zu gewährleisten. Case Management nimmt damit auch eine wichtige institutionelle Funktion der Qualitätssicherung ein. Zusätzlich soll das Case Management auch bei der Entwicklung und

³¹ Johne, 1997: 56.

Sicherung der notwendigen pflegerischen Infrastruktur mitwirken.³³ Der Case Manager übernimmt daher einerseits die Vertretung der Betroffenen gegenüber Dienstleistern und Kommunen. Andererseits steht er mit den Pflegebedürftigen und Angehörigen in einem ständigen Dialog zur Umsetzung eines adäquaten und gewünschten Pflegearrangements, welches eine maximale Selbstbestimmung und einen größtmöglichen Erhalt der Selbständigkeit garantiert. Die genaue institutionelle Ausgestaltung eines solchen Case Managements hinsichtlich der Schnittstellen zu anderen Akteuren der Pflegeversicherung und des Aufgabenfeldes ist von zentraler Bedeutung, falls sich die positiven Effekte personengebundener Budgets bezüglich Kosteneffizienz und Kundenorientierung entfalten sollen. Auch ist zu klären, mit welchen finanziellen Kosten der Einsatz eines Case Managements verbunden ist. Doch selbst bei einer optimalen und finanzierbaren Ausgestaltung eines Case Managements ist zu erwarten, dass nicht alle Pflegebedürftige ein personengebundenes Budget mittels eines Case Managers verwalten können oder wollen. Für diese Gruppe sollte weiterhin ein Sachleistungsbezug möglich sein.

3.2.2 Effizienz eines PGB trotz der Gefahr des Moral Hazard

Ein zentraler Aspekt in der Diskussion um die optimale Leistungsform einer Pflegeversicherung sind die möglichen effizienzschädigenden Folgen von Verhaltensänderungen, die sich aufgrund der Versicherung ergeben. Liegt eine Informationsasymmetrie zwischen den Vertragspartnern der Versicherung bezüglich der Ursachen des Schadensfalls vor, verringern sich die Anreize auf Seiten der Versicherten, den Schadensfall durch entsprechendes Verhalten möglichst zu verhindern. Zudem können Anreize entstehen, den Schadensfall willentlich herbeizuführen oder vorzutäuschen. Darüber hinaus kann es nach Eintritt des Schadensfalls auch „ex post“ zu einem moralischen Risiko (Moral Hazard) kommen, ein stärkeres Schadensmaß vorzutäuschen. In der Pflegeversicherung sind diese Formen des moralischen Risikos gleichermaßen denkbar.³⁴ Neben den Versicherten selbst können auch deren Angehörige moralischen Risiken unterliegen. Dabei hängt die Gefahr moralischer Risiken in der Pflegeversicherung stark von der Ausgestaltung der Versicherungslösung und auch von der gewährten Leistungsform ab.³⁵

So wird das moralische Risiko, einen Schadensfall vorzutäuschen, sowohl auf Seiten der Versicherten als auch auf Seiten der Angehörigen bei der Gewährung von Sachleistungen weit niedriger eingeschätzt als bei einem möglichen Bezug ungebundener Geldleistungen, da

³² Vgl. Gaßmann, 2001; Evers, 1995.

³³ Vgl. Wissert, 1998a.

³⁴ Vgl. Typisierung moralischer Risiken bei Pflegebedürftigkeit in Mager, 1995: 120.

³⁵ Vgl. Winters, 1996: 89-93; Mager, 1995.

Sachleistungen im Gegensatz zu Geldleistungen Leistungen umfassen, die nur einem wirklich Pflegebedürftigen Nutzen stiften. Diese stärkere Missbrauchsanfälligkeit eines Geldleistungssystems bezieht sich sowohl auf die moralischen Risiken, den Versicherungsfall vorzutäuschen, als auch auf das ex-post Risiko, ein stärkeres Schadensausmaß anzugeben.

Die zentrale Frage bei der Diskussion um moralische Risiken eines Geldleistungssystems ist jedoch, inwiefern überhaupt Möglichkeiten des Missbrauchs bestehen. Die Möglichkeit, das Schadensrisiko „Pflegebedürftigkeit“ gezielt zu beeinflussen, wird aufgrund der Komplexität der Ursachen von Pflegebedürftigkeit als sehr gering eingeschätzt. „Ist es ex ante praktisch unmöglich, das Schadensrisiko gezielt zu beeinflussen, so ist das Verhalten der Versicherten ex post insoweit steuerbar, wie die Bedarfsfeststellung und mit ihr die Leistungsgewährung nach objektiven Maßstäben vorgenommen werden kann ...“³⁶ Bei einer zweckmäßigen Gestaltung der Versicherungslösung können nennenswerte Anreize zum Moral Hazard daher durch eine möglichst objektive Anspruchsprüfung für Pflegeleistungen deutlich reduziert werden. Zwar ist es denkbar, dass der dabei existierende Ermessensspielraum einen übermäßigen Bezug von Leistungen im Sinne des Moral Hazard möglich macht. Dies kann aber nur dann in nennenswertem Maße geschehen, falls die bedarfsfeststellende Instanz ihrerseits ein Interesse an einer unnötigen Leistungsausweitung hat. Solche effizienz mindernden Anreizstrukturen sollten bei der institutionellen Ausgestaltung der bedarfsfeststellenden Instanz vermieden werden.

Neben der Gefahr eines aufgrund der Versicherungslösung unberechtigt ansteigenden Leistungsvolumens ist es zudem nicht auszuschließen, dass Geldleistungen ohne Zweckbindung nicht für Pflegedienstleistungen eingesetzt werden.³⁷ Eine solche Zweckentfremdung von Geldleistungen durch den Pflegebedürftigen wird jedoch in dem Moment unwahrscheinlich, in dem die Versicherungsleistung die Kosten der Pflegebedürftigkeit nicht voll, sondern nur teilweise finanziert. Im Fall eines solchen Eigenanteils ist davon auszugehen, dass das Pflegebudget vollständig für pflegerelevante Dienstleistungen ausgegeben werden muss und darüber hinaus noch eigene Mittel zur Abdeckung des Pflegebedarfs notwendig sind. Eine Zweckentfremdung der Mittel wäre unter solchen Umständen nur dann denkbar, falls der Pflegebedürftige seine eigenen Bedürfnisse vernachlässigt. Im Falle demenziell Erkrankter, die ihre Bedürfnisse teilweise selber nicht einschätzen können, ist diese Gefahr tatsächlich gegeben. Wenn das Case Management in Zusammenarbeit mit dem familiären Umfeld hier keine Abhilfe schaffen kann, ist eine Sachleistung einem Pflegebudget vorzuziehen.

³⁶ Winters, 1996: 98/99.

³⁷ Vgl. Evers, 1995; Mager, 1995.

Aber auch durch pflegende und betreuende Angehörige ist die Gefahr der Vernachlässigung oder unzureichenden Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger nicht gänzlich von der Hand zu weisen und erhöht sich bei umfangreichen Geldleistungen. Partielle Effektivitätseinbußen, die dadurch entstehen, dass Angehörige die zweckungebunden Geldmittel nicht im Sinne des Pflegebedürftigen einsetzen bzw. bei eigener Pflegeleistung diese nur in nicht zufrieden stellendem Maße erbringen, sind vom Staat letztlich nur schwer zu kontrollieren und sanktionieren.³⁸ Aus dieser Problemlage erwächst daher das Argument, der häuslichen Pflege die professionelle Pflege zur Seite zu stellen und eine Kombination von Geld- und Sachleistungen der reinen Geldlösung vorzuziehen. Diese Sachleistung könnte jedoch auch in Form eines Case Managements bestehen, welches mit dem Bezug von Geldleistungen gekoppelt wird und eine gewisse Kontrolle über die Mittelverwendung ausübt. Dadurch könnten die effizienz- und qualitätsmindernden Wirkungen des Missbrauchs möglicherweise minimiert werden.

3.2.3 Aktivierung einer adäquaten (regionalen) Infrastruktur pflegerischer Versorgung

Eine kundenorientierte und kosteneffiziente Versorgung der Pflegebedürftigen hängt nicht nur von der Möglichkeit der Pflegebedürftigen ab, ihre Bedürfnisse am Markt zu artikulieren. Darüber hinaus muss auch eine ausreichende Angebotsstruktur existieren, diese Bedürfnisse tatsächlich umsetzen zu können. Mittel- und langfristig ist zu erwarten, dass sich die Angebote an die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen anpassen und neue Angebote an ambulanten Hilfen entstehen. Eine solche Anpassung des Leistungsangebotes wird aber nur dann eintreten, wenn eine kritische Zahl an Pflegebedürftigen an dem System personengebundener Budgets teilnimmt und somit eine ausreichend starke Nachfrage nach differenzierten Angeboten generiert.³⁹ Personengebundenen Budgets darf daher keine Randbedeutung neben einem dominierenden Sachleistungssystem zukommen.

Aus diesen Gründen bedarf es einer Aktivierung der Anbieterstruktur, um die lokale Umsetzbarkeit eines Pflegebudgets in Pflegeleistungen insbesondere in der Einführungsphase eines solchen Budgets zu unterstützen. Zu diesem Zweck müssen zum einen die Handlungsspielräume der Anbieter von Pflegeleistungen so ausgestaltet sein, dass Arbeits- und Organisationsstrukturen entstehen können, die die notwendige Flexibilität der Leistungserbringung ermöglichen. Feste Vorgaben bezüglich des Personalschlüssels und anderer betriebswirtschaftlicher Kenngrößen sind diesem Ziel abträglich. Qualitätskontrollen auf Basis solcher strukturellen Faktoren sollten daher abgelöst werden durch Kontrollen der Ergebnisqualität. Kun

³⁸ Vgl. Winters, 1996: 111/112.

³⁹ Vgl. Forschungsinstitut für Wirtschaftspolitik, 2001: 30.

denbefragungen und auch Befragungen der Angehörigen und Case Manager erlangen in diesem Zusammenhang eine zentrale Bedeutung.⁴⁰

Zusätzlich zu der Gestaltung ausreichender Handlungsspielräume für die Anbieter von Pflegeleistungen bedarf es einer gezielten Ausrichtung der kommunalen bzw. regionalen Altenhilfe auf die Unterstützung differenzierter Hilfeangebote. Die Förderung von Investitionskosten sollte möglichst eine Vielfalt von Wohn- und Betreuungsformen unterstützen. Zudem gilt es, eine pflegerische Infrastruktur zu schaffen, um häusliche Pflegearrangements unter Einsatz personengebundener Budgets in stärkerem Maße zu ermöglichen. Die Vernetzung verschiedener Hilfeangebote sowie kommunaler Initiativen der Altenbetreuung (z.B. Nachbarschaftshilfen) steht daher im Zentrum einer Neuausrichtung der kommunalen Altenhilfe.⁴¹ Solche kommunalen bzw. regionalen Strukturen sind neben weitgehenden Handlungsspielräumen der Leistungsanbieter eine wichtige Voraussetzung der Funktionsfähigkeit eines PGB.

3.2.4 Zwischenergebnis: PGB als ein Gesamtkonzept eines Hilfesystems pflegerischer Versorgung

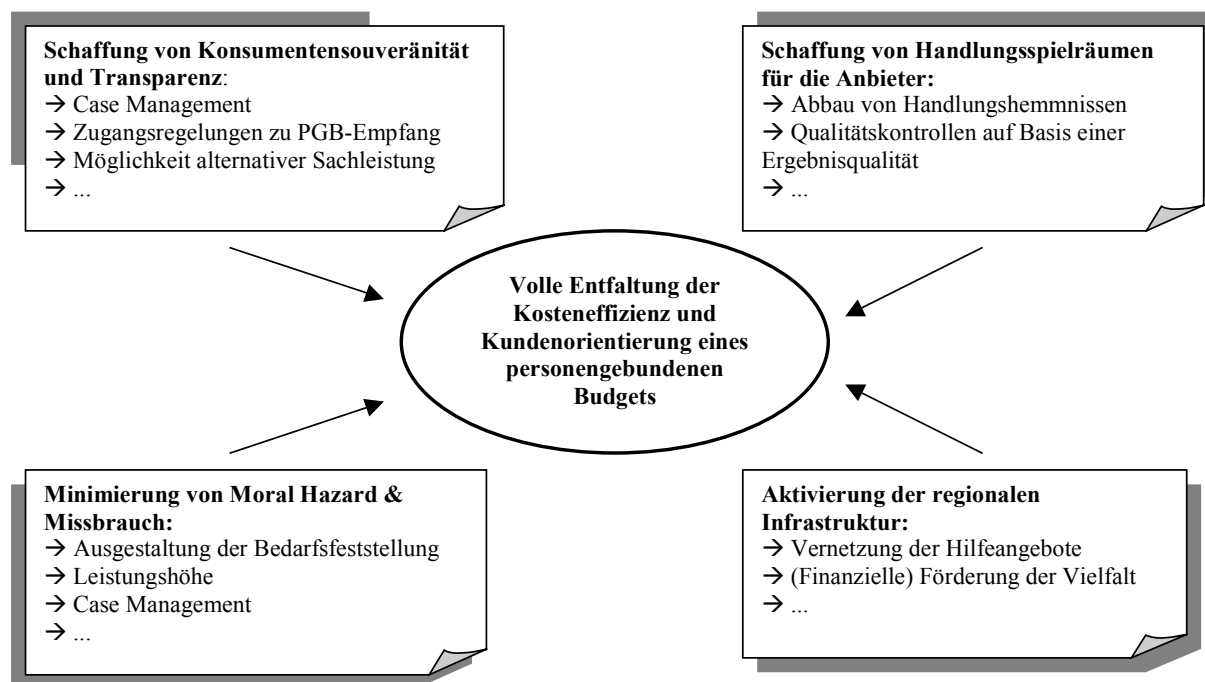
Zweckungebundene Geldleistungen können unter bestimmten Voraussetzungen positive Auswirkungen auf die Kosteneffizienz und die Kundenorientierung der Leistungserbringung haben. Durch den Einkauf der für sie optimalen Kombination von Pflegedienstleistungen nehmen Pflegebedürftige direkt Einfluss auf die Entstehung einer kundenorientierten Leistungsstruktur und fördern den Preis- und Qualitätswettbewerb unter den Leistungsanbietern. Angesichts eingeschränkter Konsumentensouveränität, mangelnder Transparenz und moralischer Risiken bleibt jedoch fraglich, inwiefern die effizienz- und qualitätssichernde Kontrolle tatsächlich dem Nachfrager überlassen werden kann.⁴² Sowohl auf Seiten der Nachfrager als auch auf Seiten der Anbieter müssen daher die notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden, um die wünschenswerten Wirkungen personengebundener Budgets auf die Effizienz und Qualität der Leistungserstellung zu ermöglichen. Ohne die Schaffung hinreichender Rahmenbedingungen liefe das Konzept Gefahr, eher partielle Effizienz- und Qualitätseinbußen zu bewirken. Die Funktionsfähigkeit eines PGB hängt dementsprechend von vielen Stellgrößen ab, die in Abbildung 4 nochmals im Überblick gezeigt werden.

⁴⁰ Vgl. Wissert, 1998b.

⁴¹ Vgl. Evers, 1995; Schmidt und Winkler, 1998.

⁴² Vgl. Winters, 1996: 98.

Abbildung 4: Voraussetzungen für Kosteneffizienz und Kundenorientierung eines PGB



Die im folgenden Abschnitt vorgestellten Fallstudien aus dem In- und Ausland gehen teilweise unterschiedlich mit diesen Stellgrößen der Ausgestaltung eines Systems personengebundener Budgets um. Die daraus resultierenden Erfahrungen sollen deshalb dahingehend aufgearbeitet werden, inwiefern sich bereits eine optimale Ausgestaltungsform personengebundener Budgets abzeichnet und inwiefern ein darüber hinausgehender Forschungsbedarf bezüglich der Wirkungen eines Pflegebudgets besteht.

4 Nationale und internationale Erfahrungen aus Behinderten- und Altenhilfe

Personengebundene Budgets werden im europäischen Ausland zum Teil schon seit einiger Zeit sowohl in der Behinderten- als auch in der Altenhilfe eingesetzt. Insbesondere die Niederlande, Großbritannien und Schweden haben mit diesem Hilfesystem bereits umfangreichere Erfahrungen sammeln können.⁴³ Aber auch in Deutschland gab es bereits Modellprojekte zur Erprobung personenbezogener Budgets: ein Modellprojekt in Rheinland-Pfalz in der Behindertenhilfe sowie das Modellprojekt „Wohnen und Pflegen im Verbund“ in Frankfurt a.M.. Die Erfahrungen dieser fünf Programme mit der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen und den Wirkungen eines PGB auf Hilfebedürftige und Leistungsanbieter sowie auf die Kosteneffizienz der Leistungserstellung sollen in diesem Abschnitt näher untersucht werden. Jedes dieser Programme wurde durch Studien⁴⁴ begleitet, die hinsichtlich dieser Aspekte Anhaltspunkte liefern, aber letztlich noch viele Fragen offen lassen.

Zunächst geben Tabellen 2 und 3 einen kurzen Überblick über die Eckdaten der Programme. Die Tabellen zeigen die große Spannweite der verschiedenen Ansätze, personengebundene Budgets in die Praxis umzusetzen. Während zum Beispiel einige Ansätze mit den Zugangsvoraussetzungen, aber auch mit der Zweckbindung der Geldmittel sehr restriktiv umgehen, werden diese Rahmenbedingungen in anderen Modellen weit weniger stark reglementiert. Hinter diesen Programmunterschieden verbirgt sich letztlich ein unterschiedlicher Umgang mit den Problemen mangelnder Konsumentensouveränität, mangelnder Markttransparenz, moralischer Risiken sowie weiterer Voraussetzungen der Funktionsfähigkeit eines PGB.

4.1 Schaffung von Konsumentensouveränität und Markttransparenz

Deutlich unterschiedlich behandeln die Programme die Sicherstellung einer ausreichenden Konsumentensouveränität und Markttransparenz. Das niederländische Modell gewährt zum Beispiel recht umfangreiche Möglichkeiten, ein PGB zu beziehen. Keine Personengruppe mit entsprechendem Hilfebedarf ist von dem Leistungskatalog ausgeschlossen. Demgegenüber werden Anspruchsvoraussetzungen für ein PGB im britischen Modell sowie in dem Modellversuch in Rheinland-Pfalz eher restriktiv gehandhabt, um so von vornherein sicherzustellen, dass Budgetempfänger über ausreichende Fähigkeiten verfügen, das Budget selbst oder mit einer überschaubaren Hilfestellung für sich einzusetzen. Gleichzeitig versuchen alle Pro

⁴³ Auch andere Länder wie z.B. Finnland, Dänemark und Österreich haben Geldleistungen in ihren Leistungskatalog aufgenommen. Für einen Überblick siehe Evers et al., 1992 sowie Tilly und Wiener, 2001.

⁴⁴ Für Großbritannien siehe Department of Health, 1996; Evans und Hasler, 1996; Westecker, 1998; Frühauf et al., 2000. Für die Niederlande siehe Westecker, 1998; Frühauf et al., 2000; Korporaal, 1999. Für Schweden siehe Frühauf et al., 2000; Ratzka, 1998. Für das Modellprojekt Frankfurt a.M. siehe Evers, 1999 und für das Modellprojekt Rheinland Pfalz siehe Forschungsinstitut für Wirtschaftspolitik, 2001.

gramme, die Budgetempfänger durch Beratungsmöglichkeiten zu unterstützen und so unter anderem das Transparenzproblem zu lösen. Der Umfang dieser Hilfestellungen scheint jedoch unterschiedlich stark ausgeprägt zu sein, wobei Programme mit einer weniger restriktiven Selektion der Teilnehmereberechtigten tendenziell ein umfangreicheres Beratungs- und Hilfsnetzwerk anbieten. Das niederländische Modell sieht zum Beispiel von den Leistungsträgern und Krankenkassen unabhängige Berater der sozialpädagogischen Dienste vor, die die Funktion eines Case Managers übernehmen und aus dem PGB zu bezahlen sind. Zudem gibt es ein dichtes Netz an Interessenvertretungen und weiteren Hilfeinitiativen. Andere Programme, wie z.B. das Modellprojekt Rheinland-Pfalz, sehen zwar Beratungshilfen durch die Kostenträger sowie durch die Behindertenverbände vor, bieten aber kein umfangreiches und unabhängiges Case Management an.

Alle diese Ansätze versuchen letztlich, durch die Sicherstellung einer ausreichenden Konsumentensouveränität und Transparenz die Rolle des Budgetempfängers als selbstbestimmter Leistungsnachfrager zu stärken. Die programmbegleitenden Studien kommen diesbezüglich zu dem Ergebnis, dass dies in der Tat vielfach gelingt. Bezieher eines PGB sehen sich im Vergleich zu Beziehern von Sachleistungen stärker in der Lage, selbstbestimmt die von ihnen gewünschten Wohn- und Hilfeformen einzukaufen. Bezüglich des britischen Programms kommt eine Begleitstudie beispielhaft zu dem Ergebnis: „[The research project] found that direct payments offer disabled people a higher degree of choice and control ... [P]eople receiving direct payments had markedly higher levels of overall satisfaction with their support arrangements than service users.“⁴⁵ Es zeigte sich in diesen Studien jedoch auch, dass die Art des Beratungsmanagements einen wesentlichen Einfluss auf die Wirkungen eines PGB nimmt. So wurde in der Begleitstudie zum Modellprojekt Rheinland-Pfalz festgestellt, dass die Einstellung einer behinderten Case Managerin einen stark positiven Effekt auf die tatsächliche Inanspruchnahme eines PGB durch potenziell Anspruchsberechtigte hatte.⁴⁶ Auch andere Studien verweisen auf die positive Wirkung einer Beratung durch Menschen in einer vergleichbaren Lebenssituation (peer counseling).

⁴⁵ Evans und Hasler, 1996: 4.

⁴⁶ Vgl. Forschungsinstitut für Wirtschaftspolitik, 2001: 32.

Tabelle 2: Eckdaten personengebundener Budgets im Ausland

	Großbritannien	Niederlande	Schweden
Zeitraum	Community care direct payments act seit 1996	AWBZ (Allg. Gleichbehandlungsgesetz) seit 1996	Assistance Benefit Act seit 1994
Personenkreis/ Zugangregelungen	Menschen mit nachgewiesenem Hilfebedarf im Alter von 18 bis 65 Jahren in den teilnehmenden Kommunen.	Menschen jeden Alters mit einer körperlichen, psychischen oder geistigen Behinderung und einem Hilfebedarf länger als drei Monate.	Menschen mit einer „stark herabgesetzten Funktionsfähigkeit“ unter 65 Jahren und einem Hilfebedarf von >20 Stunden/Woche.
Zahl der Budgetempfänger	z.B. 358 in Hampshire, 100 in Wiltshire; keine Angaben zu Gesamtzahl	8.168 Empfänger eines PGB (1999); lange Wartelisten	Etwa 7.000 Empfänger (1998)
Feststellung des Hilfebedarfs	Örtliches Sozialamt legt Hilfebedarf, Budgethöhe und eventuellen Bedarf an Beratungshilfen fest; Antragsteller kann PGB versagt werden, falls Budgetempfänger nicht nachweisen kann, die Direktzahlung alleine oder mit Hilfe verwalten zu können.	1) Antrag bei regionaler Krankenkasse 2) Interdisziplinäres und unabhängiges regionales Indikations-Organ (RIO) stellt Hilfebedarf 3) Krankenkassen genehmigen Bedarf	- Beurteilung des Hilfebedarfs (h/Woche) durch Mitarbeiter der staatlichen Sozialversicherung, keine medizinische Begutachtung; - Menschen > 65 Jahren verhandeln mit lokalen Behörden über Budget; sie haben keinen rechtlichen Anspruch auf Direktzahlungen
Leistungsarten	Wahlmöglichkeit zwischen a) Sachleistungen und b) Direktzahlungen (PGB), falls örtliches Sozialamt Direktzahlungen für den Hilfebedürftigen grundsätzlich vorsieht.	Nach Bedarfsfeststellung und Genehmigung, Wahlmöglichkeit zwischen a) Sachleistungen (Hilfe in Natura) b) Personengebundenes Budget (PGB) Variante: Personenfolgendes Budget (PFB)	- Grundsatz „Geld- vor Sachleistungen“
Leistungsumfang	- Höhe der Direktzahlungen und einkommensabhängige Zuzahlung wird mit örtlichem Sozialamt verhandelt. - Obergrenze bilden die Kosten einer stationären Unterbringung.	Einteilung in Budgetkategorien (bemessen an wöchentlichem Hilfebedarf in Stunden): - 5.200 – 41.400 + Grundbetrag 2.400 hfl/Jahr - PGB 80% der Hilfe in Natura - Ek.-abh. Eigenanteil von max. 250 hfl./ Woche	- Einkommensunabhängige Höhe der Direktzahlungen wird mit den Sozialbehörden u.a. durch Vertreter verhandelt - Über 65-jährige verhandeln mit den lokalen Behörden über Höhe evtl. Direktzahlungen
Zweckbindung des Budgets	Ja, Mittel dürfen nur für mit dem Sozialamt vereinbarten Zweck verwendet werden. Buchführungszwang und Kontrollen durch die Sozialämter.	Ja, da Budget auf Konto der Sozialen Versicherungsbank und nicht direkt an den Budgetinhaber gezahlt wird. Budgetinhaber hat lediglich Verfügungsrechte und muss die Bank anweisen, Zahlungen an Hilfedienste auszuführen.	Ja. Direktzahlungen werden an Budgetempfänger direkt ausgezahlt oder auf Geheiß an zuständigen Dienst überwiesen. Monatliche Offenlegungspflicht der verwendeten und nicht verwendeten Mittel gegenüber der Sozialversicherung.
Betreuung und Beratung	Festlegung der notwendigen Beratungshilfen bei der Bedarfsfeststellung durch den Sozialarbeiter (Case Manager). Angehörige, Interessenvertretungen und unabhängige Beratungshilfen können als Beratungshilfen vereinbart werden.	Keine Koppelung von PGB und Beratungsleistungen. Zahlreiche Angebote durch Interessenvertretungen sowie sozialpädagogische Dienste (SD). Diese müssen aus dem PGB bezahlt werden.	Beratung im Sinne eines Case Management nicht explizit vorgesehen. Beratungsleistungen (Feststellung des Bedarfs, Hilfe bei Antragstellung, Hilfe beim Umgang mit Dienstleistern etc.) stattdessen durch dichtes Netz von Behindertenorganisationen.
Finanzierung	Finanzierung im Rahmen des lokalen Sozialamtsetats, der für die Behindertenhilfe vorgesehen ist. Sozialamtsetat speist sich aus Geldern des Bundes und Kommunalsteuern.	Regierung genehmigt jährlich Gesamtetat für PGB, welcher nach der Anzahl der Einwohner auf die Kreise verteilt wird, die dieses regionale Budget verwalten.	Steuerfinanzierte Sozialversicherung

Tabelle 3: Eckdaten personengebundener Budgets in Deutschland

	Modellversuch Rheinland-Pfalz	Modellversuch Frankfurt a.M.
Zeitraum	1.9.1998 bis 31.12.00 in vier ausgewählten Kreisen	1.9.97 bis 31.12.98 in Frankfurt a.M.
Personenkreis	Behinderte mit vollstationärem Betreuungsbedarf und ausreichenden intellektuellen Fähigkeiten, das PGB mit nur geringer Hilfestellung zu verwalten sowie zur Förderung eines geeigneten Umfelds	Pflegebedürftige, desorientierte, verwahrloste Menschen mit mehrfach täglichem Betreuungsbedarf sowie ältere suchtmittelabhängige oder psychisch kranke Menschen; Leistungsbedarf zwischen 5000 und 7000 DM/Monat
Zahl der Budgetempfänger	Von 365 begutachteten Personen erfüllen 119 die Anspruchsvoraussetzungen und erhalten das PGB.	24 Budgetempfänger
Feststellung des Hilfebedarfs	Medizinische Dienste der Pflegekassen	Medizinische Dienste der Pflegekassen, Caritasverband
Leistungsarten	Sachleistung oder PGB	Pauschale Geldleistung an die zuständigen Pflegedienste (kein echtes PGB!)
Leistungsumfang	- Einkommens- und vermögensabhängige pauschalierte Geldleistung je nach Pflegestufe: Stufe I: 400-600 DM/Monat Stufe II: 800 – 1000 DM/Monat Stufe III: 1300 – 1500 DM/Monat	Fixe Pauschale von 6000 DM/Monat
Zweckbindung des Budgets	Nein.	Ja. Pauschale wird an einen von zwei teilnehmenden Pflegediensten gezahlt.
Betreuung und Beratung	Möglichkeit der Beratungshilfe durch Kostenträger (Sozialamt), Behindertenverbände, Selbsthilfeorganisationen sowie bei Leistungsanbietern; kein konsequentes Case Management	Case Manager (Sozialarbeiter des Caritasverbands) finanziert durch 5% der Pauschale pro Projektteilnehmer und Monat. Beratungsmöglichkeiten durch die allgemeinen Sozialen Dienste, städtische Beratungs- und Vermittlungsstellen, Betreuungsvereine etc.
Finanzierung	Für die Modellkommunen wird ein Finanzrahmen in Form eines regionalen Budgets vorgegeben. Dieses Budget muss Eingliederungshilfen, Hilfe zur stationären, teilstationären und ambulanten Versorgung, ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt für behinderte Menschen sowie die Leistungen nach dem persönlichen Budget abdecken.	Finanzierung durch das Sozialamt der Stadt Frankfurt a.M.

Hier zeigen sich direkte Zusammenhänge zwischen der konkreten Ausgestaltung der Beratungs- und Hilfsnetzwerke einerseits und der Funktionsfähigkeit eines PGB andererseits. Solche Zusammenhänge wurden in den bestehenden Studien bisher nicht ausreichend beleuchtet. Zwar zeigen die vorliegenden Studien, dass es möglich ist, einen Großteil der Hilfebedürftigen durch Beratungsangebote und -netzwerke grundsätzlich in die Lage zu versetzen, personengebundene Budgets für sich nutzbringend und effektiv einzusetzen. Die Studien geben jedoch keine detaillierten Antworten auf die Frage, welche Form des Unterstützungsmanagements am ehesten eine verbesserte und kosteneffizientere Versorgung für die Budgetempfänger mit sich bringt. So wird beispielsweise an dem britischen Programm bemängelt, dass der restriktive Zugang zu Geldleistungen einen hohen bürokratischen und administrativen Aufwand bedeutet.⁴⁷ Der Versuch, Rahmenbedingungen für die Funktionsfähigkeit personenbezogener Budgets zu schaffen, kann daher effizienzmindernde „Nebenwirkungen“ haben, die es in einer Evaluierung der Programme zu berücksichtigen gilt.

4.2 Minimierung von Moral Hazard und Missbrauch

Der Gefahr moralischer Risiken begegnen die Programme auf ähnliche Weise. Alle Ansätze stützen die Bedarfsfeststellung auf eine möglichst objektive Instanz wie z.B. das regionale Indikationsorgan in den Niederlanden. Zudem müssen die Hilfebedürftigen in fast allen Programmen einkommensabhängige Zuzahlungen leisten, so dass niemals der gesamte finanzielle Hilfebedarf durch das PGB abgedeckt ist. Wie im vorigen Abschnitt diskutiert, dämmen diese Maßnahmen die Gefahr einer übermäßigen Leistungsausdehnung infolge moralischer Risiken stark ein. Fast alle Ansätze implementieren darüber hinaus die eine oder andere Form der Zweckbindung der Geldmittel und schließen damit auch eine Zweckentfremdung der Geldmittel nahezu aus. Das britische Modell setzt diese Zweckbindung am rigidesten durch, indem der Verwendungszweck zuvor vereinbart und die entsprechende Verwendung anschließend durch Buchführungszwang und Kontrollen sichergestellt wird. Aber auch im niederländischen Modell erhält der Budgetempfänger lediglich weitgehende Verfügungsrechte über das an die Soziale Versicherungsbank überwiesene Budget.

Zwar ist mit solchen Ansätzen die Gefahr des Missbrauchs der Mittel weitgehend gebannt, doch gehen solche Lösungen zu Lasten der Konsumentensouveränität, das Budget entsprechend der eigenen Präferenzen einzusetzen. Ob jedoch eine offenerere Zweckbindung tatsächlich mit nennenswerten Missbraucherscheinungen einhergeht, ist empirisch eine ungeklärte Frage. Eine unnötig rigide Zweckbindung der Mittel kann bei gleichem Mitteleinsatz zu einem schlechteren Versorgungsniveau der Budgetempfänger und damit zu Effizienzeinbußen

⁴⁷ Vgl. Westecker, 1998: 44.

führen. Beispielsweise haben die Budgetempfänger im niederländischen Modell aufgrund der Verwaltungsmühen der Sozialen Versicherungsbank zeitweise keinen Überblick über den verbleibenden Budgetumfang. Bezüglich solch effizienzmindernder Nebeneffekte des Versuches der Unterbindung moralischer Risiken findet sich in den bisherigen Evaluierungen der Programme jedoch nur eine Randnotiz.

4.3 Schaffung von Handlungsspielräumen für die Leistungsanbieter

Zur Aktivierung einer differenzierten und bedarfsorientierten Angebotsstruktur enthalten die Programme verschiedene Maßnahmen, um den Leistungsanbietern größere Handlungsspielräume zu eröffnen. So versucht das Modellprojekt in Frankfurt a.M., Handlungsspielräume dadurch zu schaffen, dass der Leistungsanbieter das von einem Budgetempfänger erhaltene Geld über die Zeit einteilen kann. Der bei Pflegebedürftigen zeitlich stark schwankende Bedarf nach Hilfeleistungen kann so besser ausgeglichen werden und führt zu einer steigenden Planungssicherheit auf Seiten der Leistungsanbieter.⁴⁸ Die Leistungsanbieter empfanden diese Handlungsspielräume als hilfreich, um besser auf die Kundenwünsche der Pflegebedürftigen eingehen zu können. Ein Großteil der Pflegepersonen empfand die Arbeit im Vergleich zur vorhergehenden Leistungskomplexvergütung zudem als befriedigender.

In Schweden wiederum schuf man einen größeren Handlungsrahmen für die Leistungsanbieter, indem man die verschiedenen Formen der Unterstützung (z.B. hauswirtschaftliche und pflegerische Tätigkeiten) nicht mehr unterschiedlichen Dienstleistern zuweist. Stattdessen soll die persönliche Assistenz ganzheitlich und am Individuum und seinen Bedürfnissen orientiert geschehen. Durch diesen ganzheitlichen Ansatz kann der Leistungsanbieter über verschiedene Hilfebedarfe hinweg disponieren. Sowohl Hilfebedürftige als auch Leistungserbringer äußerten sich zu diesem Arbeitsmodell sehr zufrieden.⁴⁹

Darüber hinaus sehen einige Programme explizit vor, dass Budgetempfänger als direkte Arbeitgeber von Leistungsanbietern fungieren. Bereits vorbereitete Verträge sollen es dem Budgetempfänger erleichtern, individuelle Absprachen mit den Leistungsanbietern zu treffen. Die Erfahrungen der Studien zeigen durchweg, dass es mit diesen Ansätzen tatsächlich gelungen ist, Freiräume für kreative und beiderseits zufrieden stellende Leistungserbringung zu schaffen. Solche Ansätze verändern darüber hinaus das Verhältnis zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden. Mit dem Einsatz personengebundener Budgets können daher neue Beschäftigungs- und Organisationsstrukturen bei den Leistungsanbietern entstehen. Die Auswirkungen

⁴⁸ Vgl. Evers, 1999.

⁴⁹ Vgl. Frühauf et al., 2000.

der Einführung eines PGB auf die Leistungsanbieter wurden in den bisherigen Studien jedoch nur sehr oberflächlich untersucht.

4.4 Aktivierung einer bedarfsorientierten Angebotsstruktur

Neben der Schaffung von Handlungsspielräumen für die Leistungserbringer betonen insbesondere die deutschen Modellprogramme die notwendige Aktivierung einer ausreichenden regionalen Infrastruktur durch verschiedene Formen der Investitionsförderung. So sollen im Modellprojekt Rheinland-Pfalz ambulante und stationäre Versorgungsformen durch entsprechende Anschubfinanzierungen gefördert werden.⁵⁰ Die Schaffung entsprechender Anreizstrukturen auf Seiten der Länder und Kommunen reichten jedoch nicht aus, ein differenziertes Leistungsangebot hervorzubringen. „Als Ursachen dafür können genannt werden, dass die absolute Zahl der Budgetempfänger zu gering und damit die nachgefragten Hilfeleistungen zu heterogen sind ...“⁵¹

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, unter welchen regionalen Rahmenbedingungen ein PGB funktionsfähig sein kann oder ob bestimmte ländliche und bevölkerungsarme Räume für die Umsetzung eines PGB nur bedingt in Frage kommen. Dies hängt unter anderem auch mit dem Anteil der Budgetempfänger in einer Region zusammen, der wiederum von den Zugangsregelungen und der Ausgestaltung des Unterstützungsmanagements beeinflusst wird. Diesen vielfachen Abhängigkeiten wurde in den bisherigen Studien nicht Rechnung getragen. Ein tieferes Verständnis dieser Zusammenhänge scheint jedoch notwendig, will man von einzelnen Modellprojekten auf die flächendeckende Anwendbarkeit eines PGB schließen.

4.5 Volle Entfaltung von Kosteneffizienz?

Alle Programme haben neben einem Anstieg der Kundenzufriedenheit insbesondere eine verbesserte Kosteneffizienz im Blick. Die Gewährung eines PGB soll bei gleichen Kosten ein höheres Versorgungsniveau ermöglichen als die Gewährung einer Sachleistung. Gleichzeitig sollen die Kosten für das PGB unter den Kosten einer stationären Unterbringung liegen. Die programmbegleitenden Studien bestätigen größtenteils, dass der Einsatz eines PGB im Vergleich zu einem Sachleistungseinsatz kosteneffizienter geschieht. Die britische Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die pflegerische Versorgung eines Budgetempfängers etwa 30-40% kostengünstiger ist als die Versorgung durch Sachleistungen. Dies läge unter anderem an deutlich reduzierten administrativen Kosten, die bei Direktzahlungen nur etwa 5 bis 15 %, bei Sachleistungen hingegen 20 bis 30 % ausmachten.⁵² Deutlich reduzierte administrative Kos

⁵⁰ Vgl. Forschungsinstitut für Wirtschaftspolitik, 2001.

⁵¹ Forschungsinstitut für Wirtschaftspolitik, 2001: 30.

⁵² Vgl. Evans und Hasler, 1996.

ten findet auch das Modellprojekt in Frankfurt a.M.. Durch die Geldleistung vereinfachten sich die Abrechnungsmodalitäten gegenüber der Leistungskomplexvergütung des Sachleistungssystems erheblich und führten zu Kosteneinsparungen.⁵³ Das Modellprojekt Rheinland-Pfalz kommt darüber hinaus zu dem Ergebnis, dass das persönliche Budget rund 50 bis 70 % billiger ist als die stationäre Unterbringung.⁵⁴

Die bestehenden Studien unterstreichen damit deutlich, dass das PGB auf individueller Ebene kurzfristig zu mehr Kosteneffizienz führt. Kosteneffizienz lässt sich jedoch auch aus anderen Perspektiven betrachten. So muss eine steigende Kosteneffizienz auf der Ebene der Budgetteilnehmer noch keine steigende Kosteneffizienz des Gesamtsystems bedeuten. Denkbar wären indirekte Auswirkungen der Einführung eines PGB auf das Versorgungsniveau der Nicht-Teilnehmer an einem solchen Programm. So speist sich das PGB im niederländischen Modell beispielsweise aus einem regionalen Etat, welcher auch andere Bereiche der Behinderten- oder Altenhilfe abdecken muss. Dadurch kommt es zu einer gewissen Konkurrenz bezüglich der Mittelverwendung auf der regionalen Ebene und es können Verdrängungseffekte zur bestehenden Behindertenhilfe und deren institutionellen Einrichtungen resultieren.⁵⁵

Auch vernachlässigen die Studien die Frage nach dem Effekt eines PGB auf den Heimsog. Zwar weist die Studie zum Modellprojekt Rheinland-Pfalz darauf hin, dass mit Hilfe eines PGB tatsächlich der Wechsel in eine stationäre Einrichtung verzögert werden konnte.⁵⁶ Abgesehen von solchen anekdotischen Hinweisen, bleibt eine Evaluation des Effektes eines PGB auf den Heimsog in den bestehenden Studien jedoch aus. Inwiefern ein personengebundenes Budget tatsächlich dazu beiträgt, dass Budgetempfänger länger in der kostengünstigeren häuslichen Pflege verbleiben, ist jedoch ein wichtiger Aspekt der langfristigen Kosteneffizienz eines PGB, der nicht vernachlässigt werden sollte.

5 Umfangreicher Forschungsbedarf zum personengebundenen Budget

Die hier vorgestellten Programme zur Umsetzung personengebundener Budgets in der Behinderten- und/oder Altenhilfe versuchen auf zum Teil unterschiedliche Weise einen Rahmen zu schaffen, der die Funktionsfähigkeit eines PGB gewährleistet. Da es jedoch keine Vergleichsstudien zwischen verschiedenen Ausgestaltungsmöglichkeiten eines PGB gibt, bleibt die Frage unbeantwortet, unter welchen Bedingungen ein PGB eine größtmögliche Kosteneffizienz und eine größtmögliche Verbesserung des Versorgungsniveaus der Pflegebedürftigen bewirkt.

⁵³ Vgl. Evers, 1999.

⁵⁴ Vgl. Forschungsinstitut für Wirtschaftspolitik, 2001.

⁵⁵ Vgl. Westecker, 1998: 54.

⁵⁶ Vgl. Forschungsinstitut für Wirtschaftspolitik, 2001: 19.

Die Ausgestaltung der Rahmenbedingungen eines Modellversuchs zur Erprobung eines personengebundenen Budgets im Kontext der deutschen GPV sollte dennoch die Erfahrungen der vorliegenden Studien bezüglich der Wahl der Zugangsregelungen, der Zweckbindung der Geldmittel, der Ausgestaltung des Case Managements und weiterer Stellgrößen so weit wie möglich nutzen.

Die Notwendigkeit einer erneuten Erprobung eines PGB im Kontext der deutschen Pflegeversicherung entspringt dabei mehreren Gründen. Zum einen weisen die bisherigen deutschen Modellprogramme eine viel zu geringe Fallzahl auf, um verlässliche Aussagen treffen zu können. Zum anderen geben die begleitenden Studien der Programme nur ein unvollständiges Bild der direkten und indirekten Wirkungen eines PGB. Die verschiedenen Wirkungskanäle gilt es daher im Rahmen einer umfassenden Evaluationsstudie zu erfassen. Die im Folgenden beschriebenen Teilgebiete sollten berücksichtigt werden.

5.1 Mikroökonomische Evaluation

Bei einer mikroökonomischen Evaluation handelt es sich um eine Evaluation des personengebundenen Budgets auf der Ebene des Individuums. Ziel ist es, den Erfolg eines solchen Budgets anhand vorher zu definierender Kriterien zu beurteilen. Als Erfolgskriterien bietet es sich im Falle des PGB an, neben den anfallenden Kosten der pflegerischen Versorgung eines Pflegebedürftigen auch das damit erreichte Versorgungsniveau zu erheben, um so ein Maß für die Kosteneffizienz des PGB ermitteln zu können. Dabei wird man nicht umhin kommen, sich bei einer Beurteilung des erreichten Versorgungsniveaus neben objektiven Maßstäben (z.B. Anzahl der Versorgungsstunden durch einen professionellen Dienstleister) auch auf subjektive Auskünfte des Pflegebedürftigen und der Angehörigen zu stützen, um auch den subjektiv erreichten Nutzen der pflegerischen Versorgung zu erfassen. Das subjektiv empfundene Versorgungsniveau kann nur über Befragungen der Pflegebedürftigen und in eingeschränktem Maße auch der Angehörigen festgestellt werden. Für einen solchen Zweck müssen spezielle Befragungen verschiedene Dimensionen der Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung erheben. Erste Anhaltspunkte für die Gestaltung einer solchen Befragung gibt Wissert (1998b). Ein weiteres Erfolgskriterium zur Bewertung eines PGB ist darüber hinaus die Verweildauer des Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege, da die Reduzierung des Heimsogs ein wesentlicher Aspekt einer sich langfristig entfaltenden Kosteneffizienz ist.

Bezüglich der Evaluation des PGB auf der individuellen Ebene zeigen die bisherigen Erfahrungen der hier vorgestellten Programme, dass das PGB einen wichtigen Schritt in Richtung einer flexibleren, bedarfsgerechteren und kosteneffizienteren Pflegesicherung in häuslicher Umgebung sein kann. Von einer ausreichenden empirischen Evidenz einer steigenden Kos

teneffizienz und eines verbesserten Versorgungsniveaus kann jedoch nur bedingt die Rede sein, da verschiedene methodische Herausforderungen einer solchen Evaluation nur unzureichend berücksichtigt werden.

Die meisten Studien stützen ihre Erkenntnisse auf Befragungen der Teilnehmer und Leistungsanbieter im Sinne eines Vorher-Nachher-Vergleichs. Bei einem solchen Vergleich kann jedoch nicht direkt auf den Erfolg des Bezuges eines PGB geschlossen werden, da es nicht sicher ist, ob sich ein verbessertes Versorgungsniveau nicht auch ohne den Einsatz des Pflegebudgets eingestellt hätte. Aber auch ein Vergleich der Budgetbezieher mit einer Kontrollgruppe kann zu falschen Ergebnissen führen, falls eine Positivselektion in die Gruppe der Budgetbezieher vorliegt. Werden beispielsweise in die Gruppe der Budgetempfänger überproportional viele Pflegebedürftige mit guten geistigen Fähigkeiten und einem intakten familiären Umfeld zugeordnet, während in der Kontrollgruppe der Anteil der Demenzkranken deutlich höher ist, führt ein Vergleich der Wirkungen beider Gruppen zu verzerrten Resultaten. Um einen adäquaten Vergleich zwischen der Teilnehmer- und der Kontrollgruppe zu gewährleisten, müssen sich die beiden Gruppen in ihren beobachtbaren und unbeobachtbaren Eigenschaften möglichst ähnlich sein, um die kontrafaktische Situation zu simulieren. Mit kontrafaktischer Situation wird die Unmöglichkeit bezeichnet, denselben Pflegebedürftigen gleichzeitig mit einem personenbezogenen Budget und mit entsprechenden Sachleistungen zu beobachten. Die Kontrollgruppe simuliert daher die Situation des Budgetempfängers bei alternativem Erhalt von Sachleistungen. Wenn wie bei einem sozialen Experiment eine zufällige Einteilung einer Zielgruppe in eine Gruppe von Budgetbeziehern und eine Gruppe von Sachleistungsbeziehern erfolgt, ist diese kontrafaktische Situation perfekt gegeben, so dass die Wirkung des Pflegebudgets durch einen einfachen Vergleich der Erfolgsindikatoren beider Gruppen erfolgen kann.

Häufig ist es jedoch so, dass die Auswahl der Bezieher eines PGB von diversen beobachtbaren und nicht-beobachtbaren Faktoren abhängt, so dass z.B. infolge einer Positivselektion in die Teilnehmergruppe eine Selektionsverzerrung vorliegt. Auch unter diesen nicht-experimentellen Bedingungen ist es jedoch möglich, mit Hilfe entsprechender ökonometrischer Verfahren zu adäquaten Ergebnissen zu kommen, indem die kontrafaktische Situation auf statistischem Wege simuliert wird.⁵⁷

Nur wenn es gelingt, die kontrafaktische Situation entweder durch ein soziales Experiment oder durch ökonometrische Methoden zu simulieren, können die Wirkungen eines Pflegebud

⁵⁷ Zu nennen sind die Instrument-Variablen Technik, der Heckman Selektionsschätzer, der Differenz-von-Differenzen Schätzer sowie das so genannte Matching Verfahren. Für eine Übersicht und Einführung siehe Blundell und Dias, 2000.

gets auf die Kosteneffizienz oder den Verbleib in der häuslichen Pflege evaluiert werden. Auch können so nicht nur die durchschnittlichen Effekte des Bezugs eines PGB im Vergleich zum Bezug anderer Leistungsformen evaluiert werden. Darüber hinaus erlaubt dieser Ansatz auch die Identifikation heterogener Wirkungen auf die Bezieher eines solchen Budgets. Solche heterogenen Wirkungen eines PGB sind deshalb denkbar, weil bestimmte Charakteristika, wie z.B. das häusliche Umfeld oder der Grad der Pflegebedürftigkeit, Rückwirkungen auf die Wirkungen eines Pflegebudgets haben.

Notwendig ist daher eine mikroökonomische Evaluation der Wirkung personengebundener Budgets auf den Pflegebedürftigen. Zu diesem Zweck gilt es, die Erprobung eines PGB möglichst als ein soziales Experiment zu gestalten, bei dem der Bezug eines Budgets innerhalb einer vorher definierten Zielgruppe zufällig ausgewählt wird. Von einer ausreichenden Fallzahl von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern gilt es dann einen Datensatz aufzubauen, der eine Reihe individueller und haushaltsbezogener Faktoren möglichst zu verschiedenen Zeitpunkten vor und während des Einsatzes personengebundener Budgets erfasst. Im Rahmen dieser Erhebungen gilt es auch, das mit dem Pflegebudget umgesetzte Versorgungsniveau wie oben beschrieben festzustellen. Die Informationen über die Zeit erlauben es, neben den kurzfristigen Wirkungen eines PGB auf die Pflegebedürftigen auch die mittel- und langfristigen Wirkungen auf den Verbleib in der häuslichen Pflege zu evaluieren. Die bisherigen Studien betrachten jedoch hauptsächlich kurzfristige Wirkungen eines PGB. Der Forschungsbedarf für eine fundierte Evaluierung ist dementsprechend groß.

5.2 Indirekte Effekte und makroökonomische Evaluation

Bei jeder zu evaluierenden Maßnahme muss immer auch nach indirekten und teilweise unbeabsichtigten Effekten auf die Nicht-Teilnehmer an der Maßnahme gefragt werden. Im Falle der Evaluierung personengebundener Budgets stellt sich beispielsweise die Frage, welche indirekten Auswirkungen auf das Versorgungsniveau und die Kosten der Versorgung von Nicht-Teilnehmern des Programms entstehen. Führen beispielsweise Verdrängungseffekte der Einführung eines PGB auf die Förderung der etablierten institutionellen Infrastruktur zu einer Nutzenminderung und steigender Kosteneffizienz auf Seiten der Nicht-Teilnehmer? Oder profitieren sie indirekt von einer Verbesserung der ambulanten pflegerischen Infrastruktur, die durch den Einsatz personengebundener Budgets angestoßen wird? Solche möglichen indirekten Effekte eines PGB finden in den bisherigen Studien zwar Erwähnung, werden aber nicht hinreichend evaluiert. Um daher fundierte Aussagen über die gesamtwirtschaftlichen Wirkungen der Einführung eines PGB auf die Gesamtkosten und das Versorgungsniveau des gesamten Hilfesystems zu machen, ist eine makroökonomische Evaluation notwendig. Eine solche

Evaluation betrachtet die Entwicklung der Gesamtkosten der Versorgung, den Versorgungsgrad der Pflegebedürftigen (z.B. Versorgungsquote), den Heimsog etc. auf einer übergeordneten regionalen Ebene gegeben den Einsatz personengebundener Budgets. Über die regionale Variation des Mitteleinsatzes (z.B. unterschiedlicher Anteil der Budgetempfänger an allen Pflegebedürftigen) ist es dann möglich, die Gesamtwirkung der Maßnahme zu identifizieren.

Eine solche Evaluation setzt voraus, dass eine hinreichende Zahl an Regionen an einer Maßnahme teilnimmt und eine ausreichende Varianz des Mitteleinsatzes besteht. Im konkreten Fall der Erprobung eines PGB bedeutet dies, dass personengebundene Budgets in einer möglichst großen Anzahl verschiedener Gemeinden einzuführen sind. Aufgrund dieses umfangreichen Datenbedarfs war eine makroökonomische Evaluation bisher kaum möglich. Lediglich im Kontext der britischen Direktzahlungen, bei der teilweise starke Unterschiede der Ausgestaltung der Programme bestehen und mittlerweile fast ein Drittel der Gemeinden Direktzahlungen gewährleisten, wäre eine solche Evaluation bereits zum jetzigen Zeitpunkt denkbar. Für den Fall einer Erprobung des PGB im deutschen Kontext wäre es trotz des Aufwandes zu empfehlen, ein Modellprogramm von Anfang an in einer möglichst großen Zahl von Gemeinden zu erproben.

5.3 Rahmenbedingungen des regionalen Kontextes (Erweiterte Mikroevaluation)

Eine weitere in den Studien bisher wenig beachtete Frage bezieht sich auf die Auswirkungen des regionalen Kontextes auf die Möglichkeit, ein Pflegebudget kosteneffizient und nutzenstiftend einzusetzen. Zwar wird in einigen Studien davon gesprochen, dass die Funktionsfähigkeit eines PGB von bestimmten regionalen Rahmenbedingungen, wie z.B. dem Umfang und der Art des bestehenden Leistungsangebotes, abhängen. Evaluiert wurden diese Aspekte bisher jedoch nicht. Eine zentrale und bislang unbeantwortete Frage lautet daher, welche regionalen Rahmenbedingungen gegeben sein müssen, um zu gewährleisten, dass ein Pflegebudget lokal tatsächlich kosteneffizient und nutzbringend in Leistungen umgesetzt werden kann und sich somit der Heimsog reduziert. Anders ausgedrückt, ist die Funktionsfähigkeit eines PGB abhängig von bestimmten regionalen Charakteristika wie z.B. dem Grad der Verstädterung der Region, der regionalen Ausgestaltung der Investitionskostenförderung sowie dem Vorhandensein einer vernetzten und ausreichenden kommunalen Altenpflege?

Zur Beantwortung dieser Frage ist es notwendig eine Mikroevaluation durchzuführen, die auch den regionalen Kontext berücksichtigt. Zu diesem Zweck bietet es sich an, eine so genannte Mehrebenenanalyse anzuwenden, bei der die Wirkungen des regionalen Kontextes auf den Erfolg des Einsatzes eines PGB auf der individuellen Ebene identifiziert werden können.

Eine solche Analyse ist dann durchführbar, wenn ein Mikrodatsatz mit regionalen Informationen verknüpft werden kann. Erprobt man, wie vorgeschlagen, ein Modellprogramm in einer möglichst großen Anzahl an Gemeinden und erfasst man neben den notwendigen Mikrodaten auch die regionalen Charakteristika, ist eine solche Analyse realisierbar und sollte im Rahmen einer umfassenden empirischen Pflegeforschung nicht fehlen.

5.4 Beschäftigungswirkungen

Ein weiterer Aspekt geht etwas über die eigentliche Evaluation eines Modellprogramms zur Erprobung des Pflegebudgets hinaus, hat jedoch eine nicht zu unterschätzende gesellschaftspolitische Relevanz. Die Rede ist von den möglichen beschäftigungspolitischen Implikationen der Einführung eines PGB. Bereits im vorherigen Abschnitt zu den Erfahrungen mit dem PGB in der Behinderten- und Altenhilfe wurde diskutiert, dass die Einführung einer solchen Leistungsart Auswirkungen auf die Organisations- und Arbeitsstruktur der Leistungsanbieter haben kann. Die Flexibilisierung des Leistungsangebotes, die durch ein PGB angestoßen werden soll, bewirkt mit der Herausbildung differenzierter Leistungsformen auch eine Umstellung der Organisation des Pflegeprozesses. Solche Veränderungen können sich auf die Personalstruktur und damit auch auf die Beschäftigung im Bereich der ambulanten Pflege auswirken. Insbesondere im Niedriglohnsektor könnten so eventuell dringend benötigte Beschäftigungsverhältnisse entstehen. Solche Beschäftigungseffekte könnten insbesondere auch dadurch angestoßen werden, dass das Berufsbild „Pflege“ durch die Einführung eines PGB attraktiver wird. Die Befragungen von Leistungsanbietern in den bestehenden Studien deuten bereits in diese Richtung. Dies könnte sich sowohl positiv auf die Zahl der Auszubildenden in diesem Bereich als auch auf die Zahl der in diesem Bereich dauerhaft verbleibenden Beschäftigten auswirken. Bisher sind die Pflegeberufe infolge eines stark verbreiteten Burn-Out-Syndroms durch extrem hohe Berufsaussteigerzahlen gekennzeichnet.⁵⁸ Eine indirekte Verbesserung des Images der Pflegeberufe sowie ein direkter Beschäftigungsanstoß durch die Einführung eines PGB kann unter solchen Umständen auch dazu beitragen, den Pflegenotstand zu begrenzen.

Zur Einschätzung der Effekte eines PGB auf die Organisations- und Angebotsstruktur der Leistungsanbieter und der damit einhergehenden Beschäftigungseffekte ist es notwendig, in einer Art Monitoring-Verfahren Daten der Leistungsanbieter bezüglich Personal-, Kosten-, Organisationsstruktur etc. zu erheben. Auch könnte ein solches Monitoring dazu dienen, eventuelle Entwicklungshemmnisse zu identifizieren, die die Herausbildung einer präferenz

⁵⁸ Vgl. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, 2002.

orientierten Angebotsstruktur behindern und somit der Funktionsfähigkeit eines PGB abträglich sind.

6 Fazit: Plädoyer für eine Evaluationsstudie zur Umsetzbarkeit eines PGB im Kontext der deutschen GPV

Der Reformbedarf in der gesetzlichen Pflegeversicherung ist groß. Die demographische und gesellschaftliche Entwicklung führt in absehbarer Zeit entweder zu einer erheblichen Kostenexplosion in Form stark steigender Beitragssätze oder einer Leistungsimplosion in Form eines sinkenden Versorgungsniveaus. Will man das derzeitige Versorgungsniveau bei annähernd gleichen Beitragssätzen halten, muss die Kosteneffizienz der erbrachten Leistungen erheblich ansteigen. Die Einführung eines personengebundenen Budgets als alternative Leistungsart zu Sachleistungen in der häuslichen Pflege kann theoretisch dazu beitragen, dass ein vergleichbares Leistungsniveau auch mit geringeren Kosten realisiert werden kann. Diese steigende Kosteneffizienz ergibt sich in der ökonomischen Theorie aus der Möglichkeit, mit Hilfe eines Pflegebudgets eine optimale Mischung an Pflegedienstleistungen in Anspruch nehmen zu können und somit bei gleichem Mitteleinsatz ein höheres, weil den Pflegebedürfnissen stärker entsprechendes, Nutzenniveau zu erreichen. An die Stelle des starren Leistungskatalogs der gesetzlichen Sachleistungen, welcher sich infolge der Leistungskomplexvergütung herausgebildet hat, tritt so ein bedarfsorientiertes und flexibles Leistungsangebot, das dazu beiträgt, die Möglichkeiten einer häuslichen Pflege zu verbessern und somit auch den Heimsog zu reduzieren. Im Idealfall kann ein Pflegebudget daher nicht nur kurzfristig Kosten sparen und das Versorgungsniveau anheben, sondern auch langfristig positive Effekte induzieren.

Die Vorteilhaftigkeit eines PGB gegenüber Sachleistungen hängt jedoch davon ab, ob es gelingt, die Probleme mangelnder Markttransparenz, eingeschränkter Konsumentensouveränität, moralischer Risiken und eines bis dato unzureichenden Leistungsangebotes durch eine geeignete Ausgestaltung der institutionellen Rahmenbedingungen in den Griff zu bekommen. Andernfalls kann der Einsatz personengebundener Budgets auch zu steigender Ineffizienz der pflegerischen Versorgung führen. Die bereits bestehenden ausländischen und inländischen Programme zur Umsetzung eines PGB setzen daher in unterschiedlichem Maße auf gezieltes Unterstützungsmanagement (Case Management), Beschränkungen des Zugangs zu Direktzahlungen, Zweckbindungen der Geldleistungen sowie Maßnahmen zur Aktivierung einer adäquaten Infrastruktur, um somit die Funktionsfähigkeit eines Pflegebudget zu gewährleisten. Ein Modellprogramm zur Erprobung des Pflegebudgets sollte daher auf die Erfahrungen im Kontext dieser Studien zurückgreifen, um möglichst vielversprechende Modellvarianten

zu identifizieren, die es dann zu implementieren und umfassend zu evaluieren gilt. Zwar gibt es bereits Modellprogramme zur Erprobung personengebundener Budgets im deutschen Kontext, aufgrund geringer Fallzahlen und einer nur sehr partiellen Evaluierung besteht jedoch noch ein umfassender Forschungsbedarf.

Im Rahmen einer solchen Evaluierung gilt es, die direkten und kurzfristigen Effekte eines PGB auf die Budgetempfänger, d.h. seine Wirkung auf Kundenzufriedenheit, Versorgungsniveau und Kosten auf der individuellen Ebene, zu betrachten. Daneben ist auch die Frage zu beantworten, inwiefern ein Pflegebudget die Wahrscheinlichkeit einer stationären Unterbringung tatsächlich reduzieren hilft und somit auch langfristig Kosteneffizienz induziert. Solche individuellen Effekte können zudem von dem regionalen Kontext abhängen, in dem der Pflegebedürftige das Budget in Pflegeleistungen umzusetzen versucht. Darüber hinaus sollten auch die indirekten Effekte auf Nicht-Empfänger eines solchen Budgets evaluiert werden. Diese gesamtwirtschaftliche Perspektive ist notwendig, will man die Gesamtkosten der Einführung eines Pflegebudgets abschätzen. Aus dieser gesamtwirtschaftlichen Perspektive ergibt sich überdies ein zusätzlicher Forschungsbedarf bezüglich der Effekte auf die Arbeits- und Organisationsstruktur der Leistungsanbieter und der damit einhergehenden Beschäftigungseffekte.

Die 5 Mio. €, die das Pflegeergänzungsgesetz den Pflegekassen zur Erprobung personengebundener Budgets im Rahmen des § 8 Abs. 3 zur Verfügung stellt, könnten daher sinnvoll genutzt werden. Eine weitere Erprobung im Stile der vorangegangenen deutschen Modellprojekte zum PGB würde jedoch wenig zusätzliche Erkenntnisse liefern. Die Erprobung eines PGB sollte daher von vornherein so konzipiert sein, dass eine umfassende Evaluierung sowohl auf mikroökonomischer als auch auf makroökonomischer Ebene möglich wird. Zu diesem Zweck muss die Einführung eines Pflegebudgets in einer möglichst großen Zahl an Gemeinden und mit einer Einbindung möglichst vieler Budgetempfänger geschehen. Umfangreiche Mikrodaten sind dabei zu verschiedenen Zeitpunkten sowohl von den Budgetempfängern, einer Kontrollgruppe von Nicht-Empfängern sowie von den Leistungsanbietern zu erheben.

Unter diesen Voraussetzungen lassen sich die Gesamtwirkungen eines Pflegebudgets zufrieden stellend identifizieren. Nur so ist es letztlich auch möglich, verlässliche Aussagen darüber zu treffen, in welchem Maße die Einführung eines PGB einen Beitrag zur Lösung der Probleme der sozialen Pflegeversicherung leisten kann.

7 Literaturverzeichnis

Blundell, R. und M. C. Dias (2000), Evaluation Methods for Non-Experimental Data, *Fiscal Studies*, Bd. 21, Nr. 4, 427-468.

Busch, B. (1998), *Sachleistung versus Geldleistung in der sozialen Pflegeversicherung: Ökonomische und juristische Aspekte*, Wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des Grades eines Diplom-Volkswirts an der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften und Statistik der Universität Konstanz, Konstanz.

Höfer, M. A. (2001), Systemfehler. Pflegeversicherung, *Capital*, 25/2001, 39-42.

Department of Health (1996), *Community Care (Direct Payments) Act 1996. Policy and Practice Guidance*, London.

Meyer-Timpe, U. (2002), Risse im Denkmal, *Der Spiegel*, 47/2002, S. 52 – 58.

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (2002), *Pflege-Thermometer 2002. Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Pflegepersonalwesens in Deutschland*, Köln.

Hauch-Fleck, M-L. (2001), Martyrium tut Not. Fünf Jahre Pflegeversicherung: In deutschen Heimen werden alte Menschen schlecht behandelt. Genug Geld ist da – aber das Management versagt, *Die Zeit*, 26.07.2001, S.17-19.

Evans, J. und F. Hasler (1996), *Direct Payments Campaign in the U.K.*, Presentation for the ENIL Seminar in Stockholm, 9.-11. Juni 1996 (www.Independentliving.org/docs2/enildirectpayments.html, Stand: 12.06.03).

Evers, A. (1995), Die Pflegeversicherung. Ein mixtum compositum im Prozeß der politischen Umsetzung, *Sozialer Fortschritt*, Bd. 44, Nr. 2. S. 23-28.

Evers, A. (1999), *Flexibel, pfleglich, kostensparend – ein innovatives Konzept ambulanter Hilfe und Pflege. Endbericht zum Modellprojekt „Wohnen und Pflegen im Verbund in Frankfurt am Main*, Gießen.

Evers, A., K. Leichsenring und B. Pruckner (1992), *Pflegegeld in Europa. Pflegegeldregelungen in ausgewählten Ländern*, Schriftenreihe „Soziales Europa“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Wien.

Fetzer, S., S. Moog und B. Raffelhüschen (2003), *Die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung: Diagnose und Therapie*, Diskussionsbeiträge des Instituts für Finanzwissenschaft der Albert-Ludwig-Universität Freiburg im Breisgau, Bd. 106/03, Freiburg im Breisgau.

Forschungsinstitut für Wirtschaftspolitik an der Universität Mainz e.V. (2001), *Selbst bestimmen. Hilfe nach Maß für Behinderte. Abschlussbericht zum Modellprojekt des Landes Rheinland-Pfalz*, Mainz.

Frühauf, Th. et al. (2000), *Persönliches Budget. Empowerment für Betroffene oder Etikettenschwindel zugunsten von Sparmaßnahmen?* (www.lebenshilfe.de/fachfragen/fachd/fd1_00/scherpb.htm, Stand: 22.11.02)

Gaßmann, R. (2001), *Forschung und Beratung im Pflegemarkt – Neue Herausforderungen durch das Pflege-Versicherungsgesetz*, *Sozialer Fortschritt*, Bd. 6, S. 140-146.

Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages (2001), *Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PflEG)*, Drucksache 941/01 vom 16.11.01.

Johne, G. (1997), *Qualitätssicherung und Wettbewerb bei Pflegeleistungen. Eine ökonomische Analyse der Anreizstrukturen unter alternativen institutionellen Bedingungen*, Trierer Schriften zu Sozialpolitik und Sozialverwaltung, Band 15, Frankfurt.

Klie, Th. und A. Spermann (2001), *Attraktiver als Pflegegeld*, *Forum Sozialstation*, Nr. 111, S. 12-15.

Korporaal, D. (1999), *Das Persönlich Gebundene Budget (PGB). Die Bestimmungen, die Durchführung und das Netzwerk*, in: Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe u.a. (Hrsg.), *Soziale Sicherheit für behinderte Menschen. Ein Weißbuch der Forderungen und Perspektiven*, Freiburg, S. 58-66.

Mager, H.-C. (1995), *Moral Hazard in der (sozialen) Pflegeversicherung?*, in: Fachinger, U. und H. Rothgang (Hrsg.), *Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes*, Sozialpolitische Schriften, Bd. 68, Berlin. S. 115-138.

Mager, H.-C. (1999a), *Pflegebedürftigkeit im Alter: Dimensionen und Determinanten*, in: Eisen, R. und H.-C. Mager (Hrsg.), *Pflegebedürftigkeit und Pflegeversicherung in ausgewählten Ländern*, Opladen, S. 30-77.

Mager, H.-C. (1999b), Pflegebedürftigkeit – ein intra- und intergenerationelles Entscheidungsproblem, in: Eisen, R. und H.-C. Mager (Hrsg.), *Pflegebedürftigkeit und Pflegeversicherung in ausgewählten Ländern*, Opladen, S. 80-108.

Moldenhauer, Meinolf (2001), Herausforderungen und Reformbedarf der Pflegeversicherung, *Arbeit und Sozialpolitik*, Bd. 3-4, S. 30-36.

Prinz, Aloys (1995), Die Auswirkungen des Gesetzes über die Pflegeversicherung auf das Angebot an Pflegeleistungen, in: Fachinger, U. und H. Rothgang (Hrsg.), *Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes*, Sozialpolitische Schriften, Bd. 68, Berlin. S. 27-54.

Ratzka, A. (1998), *Brief Description of the Swedish Personal Assistance Act of 1994 (LASS) for the International Survey of Personal Assistance Schemes*,
(www.independentliving.org/docs1/ratzka1998lass.html, Stand: 04.06.03)

Rothgang, H. (1997), *Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse*, Frankfurt.

Rothgang, H. und W. Schmähl (1995), Die langfristige Entwicklung von Ausgaben und Beitragsatz in der gesetzlichen Pflegeversicherung, in: Fachinger, U. und H. Rothgang (Hrsg.), *Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes*, Sozialpolitische Schriften, Bd. 68, Berlin. S. 155-176.

Schmidt, R. und A. Winkler (1998), Kundenorientierung und Fürsorge. Zur Einführung in die Themenstellung des Buches, in: Schmidt, R. und A. Winkler (Hrsg.), *Ansätze zur Weiterentwicklung der ambulanten pflegerischen Versorgungsstruktur*, Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung, Bd. 5, Regensburg. S. 3-10.

Skuban, R. (2000), *Die Pflegeversicherung. Eine kritische Betrachtung*, Wiesbaden.

Tilly, J. und J. M. Wiener (2001), *Consumer-Directed Home and Community Services: Policy Issues*, The Urban Institute, Occasional Paper Number 44, Washington D.C.

Westecker, M. (1999), *Die Selbstbestimmung finanzieren. Erfahrungen mit dem persönlichen Budget in Großbritannien und den Niederlanden*, Dokumentation von Seminaren und Vorträgen einer Studienreise der Behindertenbeauftragten der Freien und Hansestadt Hamburg nach London und Utrecht im November 1998. Hamburg.

Winters, St. (1996), *Die kollektive Vorsorge für den Pflegefall im Alter. Eine Untersuchung am Beispiel der gesetzlichen Pflegeversicherung in den Niederlanden.*, Finanzwissenschaftliche Schriften, Bd. 73, Frankfurt am Main.

Wissert, M. (1998a), Case Management im professionellen Interessengeflecht: Konkurrenz für die Sozialarbeit?, in: Schmidt, R. und A. Thiele (Hrsg.), *Konturen der neuen Pflegelandschaft. Positionen, Widersprüche, Konsequenzen*, Beiträge zur Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung, Bd. 4, Regensburg. S. 157-170.

Wissert, M. (1998b), Kundenbefragung als Instrument verbraucherorientierter Qualitätsentwicklung, in: Schmidt, R. und A. Winkler (Hrsg.), *Ansätze zur Weiterentwicklung der ambulanten pflegerischen Versorgungsstruktur*, Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung, Bd. 5, Regensburg. S. 61-70.