



FIFAS
Freiburger Institut für
angewandte
Sozialwissenschaft e.V.

Begleitforschung zur Einführung eines persönlichen Pflegebudgets mit integriertem Case Management

Schlussbericht des Freiburger Instituts für angewandte Sozialwissenschaft e.V.

Baldo Blinkert
unter Mitarbeit von Christine Schings und Jürgen Spiegel

Freiburg, 24.5.2008

Freiburger Institut für
angewandte Sozialwissenschaft –
FIFAS e.V.

Erasmusstr. 16
79098 Freiburg

Tel.: 0761 / 28 83 64
Fax: 0761 / 29 27 493
E-Mail: info@fifas.de
Web: www.fifas.de

Danksagungen

Die von uns durchgeführte soziologische Begleitforschung war nur möglich durch eine große Zahl von Beteiligten, die dabei geholfen haben, die Wege geebnet haben, die als Diskussionspartner zur Verfügung standen und die mit uns als interviewte Personen zusammengearbeitet haben. Wir könnten also im Prinzip eine ähnliche „Hilfe-Helfer-Matrix“ für die Durchführung dieser Forschung erstellen, wie wir das zur Beschreibung von Pflegearrangements vorgeschlagen haben und in die Zellen dieser Matrix dann unseren Dank eintragen.

Dankbar sind wir den Spitzenverbänden der Pflegekassen, die das Projekt gefördert haben und den Mut zu diesem Sozialexperiment hatten. Besonders hervorheben möchten wir die hervorragende Zusammenarbeit mit den Herren Paul-Jürgen Schiffer und Klaus Dumeier, die als kritische und anregende Diskussionspartner mit dazu beigetragen haben, dass wir den roten Faden nicht verloren haben.

Gerne blicken wir auch zurück auf die Gespräche und Arbeitstagungen mit den Kollegen und Kolleginnen aus den anderen an der Begleitforschung beteiligten Instituten: Melanie Arntz, Alexander Spermann und Stephan Thomsen vom Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW) haben aus der Sicht der Ökonomie und mit großer methodischer Kompetenz wichtige Impulse für den interdisziplinären Charakter dieser Forschung geleistet. Leider konnte Alexander Spermann aus beruflichen Gründen seine Mitarbeit an dem Projekt nicht fortsetzen. Ihm verdanken wir vor allem in der Anfangsphase wegweisende Vorschläge für das hier realisierte Forschungsdesign.

Mit den Kolleginnen und Kollegen vom Arbeitskreis Gerontologie und Pflege von der Evangelischen Fachhochschule für Sozialarbeit in Freiburg (AGP) – Sabine Behrend, Thomas Pfundstein, Birgit Schumacher und Annerose Siebert – gibt es über den „Freiburger Forschungsverbund soziale Sicherheit im Alter“ schon eine lange Tradition des gemeinsamen Forschens, die nun in der Begleitforschung in der gewohnt anregenden und kollegialen Weise fortgesetzt werden konnte.

Besonders hervorheben möchten wir das Engagement von Thomas Klie, dem Leiter und „Motor“ dieses Projektes. Thomas Klie hat nicht nur die Idee zur experimentellen Einführung eines Pflegebudgets entwickelt und ausgearbeitet, sondern mit seiner Kompetenz und Kommunikationsbereitschaft die von verschiedenen Disziplinen getragenen Forschungen auf das zentrale Erkenntnisziel gebündelt: Herauszufinden, welchen Beitrag das persönliche Pflegebudget leisten könnte, um im Rahmen einer Reform der Pflegeversicherung die durch den demografischen und sozialen Wandel erwartbaren Probleme bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu bewältigen.

Unser Dank gilt auch den bei FIFAS tätigen studentischen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen Sabine Blum, Katharina Hentschel und Mario Störkle, die uns wertvolle Hilfe bei der Organisation und beim Datenmanagement geleistet haben.

Danken möchten wir auch den Case Managerinnen an den sieben Standorten, die nicht nur ihrer eigentlichen Aufgabe als Beraterinnen in einer überzeugenden Weise nachgekommen sind, sondern sich auch als Forscherinnen betätigt haben. Erst durch die von ihnen geleistete sorgfältige Erfassung von Informationen in den Interviews mit den pflegebedürftigen Personen und ihren Hauptpflegepersonen konnte eine valide Datenbasis für diesen Forschungsbericht geschaffen werden. Darüber hinaus haben wir durch die Case Managerinnen auf verschiedenen Tagungen und in Arbeitsgesprächen wertvolle Anregungen für die Interpretation unserer Ergebnisse erhalten. Auch die Organisation vor Ort, u.a. die Rekrutierung von externen Interviewern, wurde hervorragend von den Case Managerinnen geleistet.

Ganz besonders bedanken möchten wir uns aber bei den pflegebedürftigen Menschen und bei ihren Vertrauenspersonen für die Mitarbeit an diesem Projekt und für die Offenheit und Geduld, mit der sie uns Informationen über ihre persönliche Situation gegeben haben. Wir hoffen, dass die von uns durchgeführte Begleitforschung einen Beitrag dazu leistet, die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen zu verbessern.

Freiburg, 24.5.2008
Baldo Blinkert
Christine Schings
Jürgen Spiegel

Inhaltsverzeichnis

	Einleitung	1
Teil I:		
Fragestellung, Methoden und Daten der Begleitforschung		
1	Fragestellungen und Methoden der sozialwissenschaftlichen Begleitforschung	5
1.1	Ausgangslage und Hintergrund: demographischer und sozio-kultureller Wandel – zunehmende Diskrepanz zwischen Bedarf und Chancen	5
1.2	Das Pflegebudget mit integriertem Case Management	9
1.3	Der soziologische Beitrag zur Begleitforschung	11
1.4	Die Methoden der Begleitforschung	13
1.4.1	<i>Panelstudie innerhalb eines Sozialexperiments</i>	13
1.4.2	<i>Sondererhebung: Die Annaberg-Unna-Studie</i>	19
	<i>Zusatzerhebungen bei einer „virtuellen Vergleichsgruppe“</i>	21
	<i>Schwierigkeiten mit der Bereitstellung der Daten des RAI-Assessment-Instruments</i>	
2	Datenlage: Ersterhebung, Folgerhebungen, Überprüfung der Repräsentativität, Überprüfung der Randomisierung	25
2.1	Verfügbare Daten	25
2.2	Überlegungen und Überprüfungen zur Validität der Daten	29
2.2.1	<i>Externe Validität der Daten: Generalisierbarkeit</i>	29
2.2.2	<i>Interne Validität der Daten: Vergleichbarkeit von Programm- und Vergleichsgruppe</i>	35
2.2.3	<i>Interne Validität der Daten: Verzögerte Durchführung der Befragungen?</i>	38
2.2.4	<i>Interne Validität: Wurde das erhoben, was erhoben werden sollte?</i>	39
3	Eintritt und Ausstieg aus dem Projekt	41
3.1	Gründe für den Eintritt in das Budgetprojekt	41
3.2	Beendigung der Teilnahme und Abbruchgründe	44
3.3	Dauer des Leistungsbezugs und der Projektteilnahme	46
Teil II:		
Situation der Pflegebedürftigen und der Pflegenden		
Ergebnisse aus den Ersterhebungen		
4	Situation der Pflegebedürftigen: Vorschläge und Ergebnisse zur Beschreibung von Pflegearrangements	52
4.1	Beschreibung von Pflegearrangements: Das Akteur-Sektoren-Modell	53
4.2	Basis für Beschreibungen: die Hilfe-Helfer-Matrix	56
4.3	Hilfebeziehungen, Akteure und Sektoren in einem „durchschnittlichen“ Pflegearrangement	59
4.4	Beschreibung von Pflegearrangements durch Zeit und Geld	62
4.4.1	<i>Zeit</i>	63
4.4.2	<i>Geld</i>	65
4.4.3	<i>Geld pro Zeit: „Stundensätze“ der Sektoren</i>	67
	<i>Exkurs: Vergleich der FIFAS- Klassifikation mit anderen Klassifikationen</i>	

4.5	Pflegearrangements: vorhergehende Leistungsart	71
4.5.1	<i>Pflegearrangements der Leistungsarten – Zahl der Helfer, Zusammensetzung der Helfer</i>	72
4.5.2	<i>Pflegearrangements der Leistungsarten – Zeit und Geld</i>	73
5	Situation der Pflegebedürftigen: „Bedarf und Chancen“ – ein Vorschlag zur Erklärung von Pflegearrangements	77
5.1	Bedarf: Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit	80
5.1.1	<i>Die Messung von Pflegebedürftigkeit Pflegebedürftigkeit im Sinne von SGB XI Demenz</i>	80
5.1.2	<i>Pflegebedürftigkeit und Pflegearrangements Pflegebedürftigkeit und Leistungsart vor Eintritt in das Projekt: Geld-, Sach-, Kombileistungen Pflegebedürftigkeit – Zahl und Zusammensetzung der am Pflegearrangement Beteiligten Pflegebedürftigkeit und für die Versorgung aufgewendete Zeit Zusätzlicher Aufwand durch Demenz?</i>	88
5.2	Chancen: Soziales Umfeld	94
5.2.1	<i>Chancen und Restriktionen: Unterstützungsnetzwerke Die Klassifikation von Unterstützungsnetzwerken Unterstützungsnetzwerk und Pflegebedürftigkeit Unterstützungsnetzwerke und Pflegearrangements</i>	94
5.2.2	<i>Chancen und Restriktionen: Soziale Milieus der Hauptpflegepersonen – Status und Lebensentwurf Klassifizierung von sozialen Milieus Soziale Milieus und Pflegearrangements</i>	102
5.2.3	<i>Chancen und Restriktionen: Raumstrukturtypen Unterscheidung von Raumstrukturtypen Raumstrukturtypen und Pflegearrangements</i>	110
5.2.4	<i>Chancen und Restriktionen: Wie günstig ist das soziale Umfeld für eine häusliche Versorgung? Klassifizierung des sozialen Umfelds Soziales Umfeld und Pflegebedürftigkeit Soziales Umfeld und Pflegearrangements</i>	117
5.3	Überprüfung des Erklärmodells „Bedarf und Chancen“ <i>Effekte von Bedarf und Chancen auf die Struktur von Pflegearrangements Abschließender Kommentar: Soziale Ungleichheit in der Pflege</i>	125
6	Pflegearrangements und die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen	133
6.1	Zufriedenheit mit der Versorgung	133
6.1.1	<i>Was sind die Gründe für Unzufriedenheit mit der Versorgung?</i>	136
6.1.2	<i>Fehlende Hilfen</i>	137
6.1.3	<i>Welche Hilfen werden vermisst?</i>	137
6.2	Zufriedenheit mit der Lebensqualität	139
7	Situation der Pflegenden: Belastungen und Lebensqualität der Hauptpflegepersonen	141
7.1	Belastungen <i>Die Messung von Belastungen Belastungen und Pflegeaufwand</i>	141
7.2	Zufriedenheit der Hauptpflegeperson mit der Lebensqualität <i>Die Messung von Lebensqualität Zufriedenheit mit der Lebensqualität und Belastungen</i>	146

Teil III

Auswirkungen des Pflegebudgets auf die Situation von Pflegebedürftigen und Pflegenden

8	Methodische Vorbemerkungen <i>Statistische Methoden und Modelle</i> <i>Evaluationskriterien</i>	150
9	Bedarf und Chancen: Veränderung der Rahmenbedingungen?	160
9.1	Bedarf: Veränderung der Pflegebedürftigkeit	161
9.2	Chancen: Veränderungen des sozialen Umfelds?	165
10	Die Veränderung von Pflegearrangements durch die Einführung des persönlichen Pflegebudgets	171
10.1	Veränderung der Zahl und der Zusammensetzung der Akteure	172
10.2	Veränderung der Zeitbeiträge der Sektoren zum Pflegearrangement	178
10.3	Effekte des Pflegebudgets unter Berücksichtigung der vor Eintritt in das Projekt gewählten Leistungsart	183
10.4	Effekte des Budgets unter „schwierigen Bedingungen“ <i>Schwierige Bedingungen: starke Pflegebedürftigkeit und Demenz</i> <i>Schwierige Bedingungen: ein für die häusliche Versorgung ungünstiges soziales Umfeld</i> <i>Schwierige Bedingungen: die Konstellation „starke Pflegebedürftigkeit und ungünstiges Umfeld“</i>	189
10.5	Die Bedeutung des formellen Sektor 2 aus der Sicht der Pflegebedürftigen und in der Stellungnahme einer Akteurin aus diesem Sektor	201
10.6	Verändertes Nachfrageverhalten – neue Leistungen	207
10.6.1	<i>Veränderte Anbieter</i>	208
10.6.2	<i>Was für bezahlte Leistungen werden von „anderen Anbietern“ bezogen?</i> <i>Kategorie 1: Pflege im engeren Sinne</i> <i>Kategorie 2: Hauswirtschaftliche Hilfen</i> <i>Kategorie 3: „Betreuung“</i> <i>Kategorie 4: Teilhabe, Würde und Wellness</i>	212
10.7	Effekte des Pflegebudgets: Veränderung von Pflegearrangements unter Geldgesichtspunkten	217
11	Veränderung der Situation der Pflegenden	228
11.1	Wer sind die Hauptpflegepersonen?	228
11.2	Zeitaufwand der Hauptpflegepersonen für die Pflege	230
11.3	Veränderung der subjektiv empfundenen und berichteten Belastungen	232
11.4	Veränderung der Lebensqualität der Hauptpflegeperson	234
12	Kann das Pflegebudget eine stationäre Versorgung verhindern oder verzögern?	237
13	Schlussbetrachtung <i>Situation der Pflegebedürftigen und Pflegenden</i> <i>Effekte des persönlichen Budgets</i> <i>Mit welcher Inanspruchnahmequote kann für das persönliche Budget gerechnet werden?</i>	241
	Literatur	246

Anhang

- A Tabellenverzeichnis
- B Abbildungsverzeichnis
- C Interviewtexte:
 1. Ersterhebung bei der pflegebedürftigen Person
 2. Ersterhebung bei der Hauptpflegeperson
 3. Folgerhebungen bei der pflegebedürftigen Person
 4. Folgerhebungen bei der Hauptpflegeperson

Anlagen

- I Auswertungsbericht zur „Vorfeldbefragung“
- II Bericht zur Annaberg-Unna-Studie
- III Pflegebedürftigkeit im demographischen und sozialen Wandel.
Szenarien zur Beschreibung möglicher Entwicklungen unter
verschiedenen Bedingungen

Einleitung

In einem Forschungsbericht kann man nie über alles berichten. Und wenn man das versucht, kommt meistens ein schlechter Bericht zustande: Man sieht dann den Wald vor lauter Bäumen nicht. Um das zu vermeiden, gehen wir in unserem Bericht selektiv vor: wir berichten nicht alles, was vielleicht aus irgendwelchen Gründen interessant sein mag, sondern konzentrieren uns auf das, was wir aus der Perspektive des von uns wissenschaftlich begleiteten Sozialexperiments als wesentlich betrachten.

Unser Bericht ist in der folgenden Weise gegliedert:

Der Teil I beginnt mit einer Darstellung der dieser Forschung zugrunde liegenden Fragestellung, mit der Beschreibung des dazu entwickelten Forschungsdesigns und der verwendeten Methoden (Kap. 1). Im Anschluss daran wird die „Datenlage“ erläutert: Umfang und Art unserer Stichprobe; Vergleich mit der Grundgesamtheit der häuslich versorgten Pflegebedürftigen; Überlegungen und Untersuchungen zur internen und externen Validität der Daten (Kap. 2). Das Kapitel 3 beschreibt die Gründe der Teilnehmer für den Eintritt in das Projekt und für die Beendigung der Teilnahme.

Der Teil II konzentriert sich auf die Ersterhebungen, d.h. auf die beim Eintritt in das Projekt möglichst zeitnah durchgeführten Befragungen bei den pflegebedürftigen Personen und den Personen, die für die Versorgung in erster Linie Verantwortung übernommen haben – die „Hauptpflegepersonen“. Auf diese Weise wurden Bedingungen, Orientierungen und Einschätzungen erhoben, die wir als Ausgangsbasis und Vergleichsmaßstab für Änderungen betrachten können, die eventuell durch das Pflegebudget ausgelöst wurden. Dieser Teil beginnt mit einer Beschreibung der Situation der Pflegebedürftigen und der Pflegenden zum Zeitpunkt der Ersterhebung: Es wird dargelegt, wie die Versorgungssituation von pflegebedürftigen Menschen und der für ihre Versorgung Verantwortlichen unabhängig von der neuen Leistungsart „Pflegebudget“ aussieht. Die in diesem Zusammenhang gewonnenen Informationen sind gewissermaßen die „Baseline“ für unsere Frage nach den Effekten des Budgets. Es soll ja gezeigt werden, ob sich etwas verändert hat und in welchem Umfang solche Veränderungen erfolgen. Um für die Darstellung der dabei bedeutsamen Aspekte einen roten Faden zu haben, gehen wir von einem Modell aus, das sowohl empi-

risch-analytisch brauchbare Beschreibungen wie auch Erklärungen ermöglicht. Es geht vor allem um die folgenden zwei Fragen:

1. Wie lassen sich Pflegearrangements unter verschiedenen Gesichtspunkten beschreiben und erklären? (Kap. 4, 5 und 6)
2. Welche Bedeutung haben Versorgungsverpflichtungen für die Pflegenden? Mit welchen Belastungen ist die Pflege verbunden? Welche Bedeutung haben Belastungen für die subjektive Einschätzung der Lebensqualität? (Kap. 7)

Der „eilige Leser“, der an diesen im Prinzip wichtigen Vorarbeiten weniger interessiert ist und schnell wissen möchte, welche Auswirkungen das Pflegebudget für die Situation pflegebedürftiger Menschen und für die Pflegenden hat, kann diesen Teil II überspringen.

In Teil III dieses Berichtes geben wir Antworten auf die zentralen Fragen der Begleitforschung: Wie werden Pflegearrangements durch das Pflegebudget verändert? Was bedeutet das für die Qualität der Pflege? Mit welchen ökonomischen Konsequenzen für Umfang und Struktur von Ausgaben für Versorgungsleistungen sind diese Veränderungen verbunden (Kap. 8 bis 10)? Verändert das Pflegebudget die Belastungen von Pflegenden? Verändert sich die subjektive Einschätzung der Lebensqualität (Kap. 11)? Kann auf diese Weise – durch die Veränderung von Pflegearrangements und von Belastungen – der Übergang in eine stationäre Versorgung verzögert oder ganz vermieden werden (Kap. 12)? In diesen Kapiteln vergleichen wir Ergebnisse für die Programmgruppe mit Ergebnissen für die Vergleichsgruppe und arbeiten heraus, was sich im Verlauf des Projektes verändert hat.

Was die Darstellung von Ergebnissen angeht, verfolgen wir eine „Strategie der maximalen Lesbarkeit“: Im Textteil des Berichts bevorzugen wir eine anschauliche Darstellungsweise: Tabellen mit Prozentwerten oder Mittelwerten, nach Möglichkeit leicht lesbare Diagramme. Den auf diese Weise dargestellten Ergebnissen liegen jedoch oft weniger anschauliche Methoden der Datenanalyse zugrunde. Die Kennwerte dieser Analysen berichten wir für den interessierten Leser lediglich im Anhang zu den einzelnen Kapiteln oder in Anmerkungen. Auf diese Weise wird einerseits die Lesbarkeit des Berichtes auch für diejenigen gewährleistet, die sich nur ungern mit den Spezialthemen statistischer Analyseverfahren beschäftigen, und andererseits sollen

auch die Ansprüche derjenigen einigermaßen berücksichtigt werden, die einen solchen Bericht methodenkritisch hinterfragen möchten.

Teil I: Fragestellung, Methoden und Daten der Begleitforschung

1. Fragestellung und Methoden der sozialwissenschaftlichen Begleitforschung

1.1 Ausgangslage und Hintergrund: demographischer und soziokultureller Wandel – zunehmende Diskrepanz zwischen Bedarf und Chancen

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

Die Bevölkerungsvorausrechnungen gehen vom derzeitigen Bevölkerungsstand aus und von plausiblen Annahmen über die Veränderung zentraler Parameter wie Geburten- und Sterbeziffern, Lebenserwartung und Wanderungen. Bei allen Unsicherheiten muss wohl die folgende Entwicklung als in hohem Maße wahrscheinlich gelten: Der Bevölkerungsumfang wird sich deutlich verringern und der Altersaufbau wird sich verändern. Der Anteil älterer Menschen wird steigen, die Anteile der jüngeren Menschen – Kinder und Jugendliche – und der Anteil der Menschen im Erwerbsalter werden sinken (Statistisches Bundesamt, 2006). Diese Veränderungen werden mit Sicherheit auch die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen tangieren. Sie werden die ihnen verfügbaren, gewählten oder auferlegten Pflegearrangements beeinflussen. Von demographischen Faktoren hängt es ab, wie viele pflegebedürftige Menschen zu versorgen sind, aber von den gleichen Faktoren hängt es auch ab, wie viele Versorgende zur Verfügung stehen und wer diese sein werden.

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

Beratungsstellen. Von überaus großer, aber schwer einzuschätzender Bedeutung ist schließlich der kulturelle und soziale Kontext von Pflegebedürftigkeit: der Stellenwert, den Pflegebedürftigkeit in ihren unterschiedlichen Ausprägungen in der Kultur besitzt¹, die Art und Weise, ob und wie Solidarität praktiziert wird, sowie Wertorientierungen und Lebensentwürfe, die mehr oder weniger günstig für die Übernahme von Versorgungsverpflichtungen sein können (vgl. dazu Blinkert/Klie, 2000). Zu diesen Faktoren gehören aber auch strukturelle Bedingungen, wie die Bedeutung von Erwerbsarbeit für den Lebensentwurf, mit der Arbeitswelt verbundene Flexibilitätserfordernisse, soziale und geographische Mobilität und damit verbundene Wahrscheinlichkeiten für Versorgungsleistungen aus dem primären sozialen Umfeld (vgl. dazu u.a. Bauman, 2003; Beck, 1983; Rosa, 2005; Sennett, 1998).

Mit einem Simulationsmodell (Blinkert, 2008; Anlage III) konnten wir zeigen, mit welchen Entwicklungen zu rechnen ist – „ceteris paribus“, wenn alles gleich bleibt, wenn nichts geschieht:

Bis 2050 wird sich die Zahl der pflegebedürftigen Menschen mit großer Wahrscheinlichkeit mehr als verdoppeln, auf eine Zahl von rund 4,6 Millionen. Parallel dazu könnte sich das „informelle Pflegepotential“ in Deutschland auf einen Wert von ca. 60 % des derzeitigen Niveaus reduzieren. Als „informelles Pflegepotential“ betrachten wir die im sozialen Unterstützungsnetzwerk vorhandenen nichtberuflichen Helfer – in erster Linie Ehegatten bzw. Lebenspartner und Kinder. Im weiteren Sinne können auch Freunde, Bekannte oder Nachbarn dazugehören. Ihr Beitrag zur Sicherung der Versorgung mag im Einzelfall wichtig sein, spielt insgesamt aber unter quantitativen Gesichtspunkten mit weniger als 10 % derzeit nur eine geringe Rolle.² Für dieses Pflegepotential lässt sich eine gesamtgesellschaftliche Größe definieren und schätzen, die darüber Auskunft gibt, in welchem Umfang Ressourcen verfügbar sind, die eine häusliche Versorgung ohne professionelle Hilfe ermöglichen. Dieses gesellschaftliche informelle Pflegepotential ist vor allem von den folgenden Faktoren abhängig:

- von der Zahl der älteren Menschen, die nicht allein sondern mit einem Partner zusammenleben; das ist gewissermaßen das Pflegepotential der Gatten bzw. Partner.

¹ Zur kulturellen Bedeutung von Pflegebedürftigkeit im Zusammenhang mit Zivilisierungs- und Modernisierungsprozessen vgl. Norbert Elias (2002).

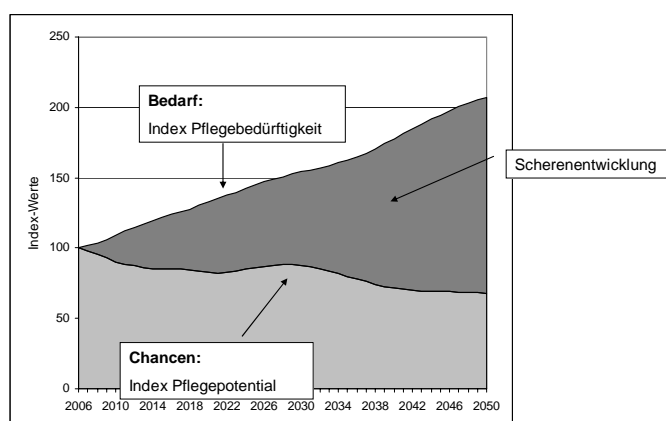
² In der Stichprobe der Begleitforschung haben Freunde, Bekannte und Nachbarn nur einen Anteil von 8 % an der gesamten Versorgungszeit.

- von der Zahl der Menschen, die sich in einem Alter befinden, das es ihnen ermöglicht, ältere und pflegebedürftige Angehörige zu unterstützen; hier handelt es sich im Wesentlichen um das Pflegepotential der Kindergeneration, für das jedoch zu berücksichtigen ist, in welchem Umfang Zeit und Ressourcen durch Erwerbstätigkeit gebunden sind.
- von der Bereitschaft, Versorgungsverpflichtungen im Sinne einer „Nahraumsolidarität“ zu übernehmen; eine Bereitschaft, die sozial verteilt, kulturell geprägt und damit auch Veränderungen unterworfen ist (Blinkert/Klie, 2004).

Alle diese auf das informelle Pflegepotential einwirkenden Faktoren sind veränderlich. Sie verändern sich durch den demographischen Wandel, aber auch im Verlauf des sozio-kulturellen Wandels: Wir müssen mit einer steigenden Zahl alleinlebender älterer Menschen rechnen, mit steigenden Erwerbsquoten für Männer und Frauen und mit einer weiteren Abnahme der zahlenmäßigen Bedeutung der sozialen Milieus, in denen die Bereitschaft zur Übernahme von Verpflichtungen im Rahmen einer häuslichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen am größten ist. Die Tendenz dieser Entwicklungen ist eindeutig: Die „Schere“ öffnet sich. Wir müssen mit einer steigenden Diskrepanz zwischen Bedarf (Zahl der Pflegebedürftigen) und Chancen (informelles Pflegepotential) rechnen:

Abbildung 1-1

Zahl der Pflegebedürftigen und informelles Pflegepotential
– Schätzwerte für die Entwicklung von 2006 bis 2050



Diese erwartbaren Entwicklungen werfen Fragen auf, für die es noch immer keine befriedigenden Antworten gibt (Blinkert/Klie, 2004; Kruse, 2007):

- Wer soll die Versorgung der wachsenden Zahl von pflegebedürftigen Menschen übernehmen?
- Wie wird sich die Qualität der Pflege entwickeln?
 - Wie kann die Versorgung und Betreuung der stark zunehmenden Zahl von demenzerkrankten Pflegebedürftigen gesichert werden?
 - Wie soll ein Begriff von Pflegebedürftigkeit aussehen, um die in unserer Kultur geltenden Vorstellungen über Menschenrechte und ein menschenwürdiges Leben adäquat zum Ausdruck zu bringen?
- Wie ist eine an hohen Ansprüchen orientierte Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu finanzieren (Rothgang/Preuss, 2007; Häcker/Raffelhüschen, 2007)?
- Welche Chancen hat der bislang nicht hinterfragte Grundsatz „ambulant vor stationär“? Wie sinnvoll ist die scharfe institutionelle und fiskalische Trennung zwischen einer stationären und einer häuslichen Versorgung?
- Unter welchen Bedingungen wird die häusliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen noch möglich sein?
 - Was für unterstützende Infrastrukturen sind dazu notwendig?
 - Welche Regelungen für die Erwerbstätigkeit sind erforderlich, damit häusliche Versorgung möglich wird?
 - Welche neuen Leistungsarten werden benötigt, um häusliche Pflege zu ermöglichen?
- Welche Chancen bestehen, den zivilgesellschaftlichen Sektor stärker in die Versorgung pflegebedürftiger Menschen einzubinden?
- Welche Veränderungen sind erforderlich, um genügend Menschen dazu zu motivieren, sich beruflich für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu engagieren? Das betrifft
 - die Ausbildung für pflegende Berufe
 - aber auch ihre gesellschaftliche Anerkennung.

1.2 Das Pflegebudget mit integriertem Case Management

Vor diesem Hintergrund wurde in sieben Regionen von Deutschland – mit der konzeptionellen und politischen Unterstützung und mit der finanziellen Förderung durch die Pflegekassen – versuchsweise ein persönliches Pflegebudget mit integriertem Case Management eingeführt (Klie/Spermann, 2001). Die wesentlichen Merkmale des Pflegebudgets lassen sich mit den folgenden Stichworten beschreiben (ausführlich bei Klie, 2007):

- Beim Pflegebudget handelt es sich um eine Geldleistung in Höhe der Sachleistung zum bedarfsgerechten Einkauf von Pflegedienstleistungen.
- Die Geldbeträge sind zweckgebunden an frei wählbare Pflegedienstleistungen legaler Anbieter.
- Es erfolgt eine Beratung durch Case Manager, die auch die Qualität der Pflegedienstleistungen überprüfen.³

Das persönliche Pflegebudget ist also in erster Linie eine Alternative zu den im SGB XI verankerten Sachleistungen. Von diesen unterscheidet es sich jedoch dadurch, dass Pflegedienstleistungen frei wählbar und nicht an den zwischen Pflegekassen und Pflegediensten vereinbarten Leistungskatalog gebunden sind. Auf diese Weise soll pflegebedürftigen Menschen und denjenigen, die für ihre Versorgung die Verantwortung übernommen haben, die Möglichkeit gegeben werden, ein bedarfsgerechtes und auf die individuelle Situation zugeschnittenes Pflegearrangement zu entwickeln. Die damit verbundene unmittelbare Zielsetzung lässt sich mit den folgenden Stichworten beschreiben:

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

³ Eine ausführliche Darstellung der Funktion des Case Managements erfolgt im Berichtsteil des AGP.

Entlastung der Pflegenden beitragen und auf diese Weise dem zu erwartenden „Heimsog“ entgegenwirken.

Die mittelbaren Ziele ergeben sich daraus, dass erwartet werden kann, dass die Einführung eines persönlichen Pflegebudgets auch Veränderungen im Bereich der Infrastrukturen anstoßen wird:

- Erwartbar ist, dass neben den Pflegediensten „neue Anbieter“, vielleicht auch neue Organisationen entstehen und zum Zuge kommen:
 - Dienstleister, die in einer flexiblen und individualisierten Weise ihre Leistungen anbieten;
 - Aktivierung und Mobilisierung von Unternehmen, die ökonomische Chancen in dem Feld der Versorgung pflegebedürftiger Menschen entdecken;
 - Neue Berufsgruppen, die unterhalb der Schwelle einer pflegefachspezifischen Ausbildung ihre Kompetenzen in die Versorgung einbringen können.
- Erwartbar ist auch, dass sich eine neue Beratungskultur entwickelt, was auch durch die Verbindung des Pflegebudgets mit einem Case Management angestoßen wird.

Das Pflegebudget berücksichtigt mit seiner Ausrichtung und mit den damit verbundenen Zielsetzungen den erwartbaren demographischen und sozio-kulturellen Wandel in vielfältiger Weise, ohne dass jedoch der Anspruch vertreten werden könnte, damit eine Antwort für alle anstehenden Probleme gefunden zu haben:

- Das Budget bietet neue Möglichkeiten für die Realisierung häuslicher Pflegearrangements.
- Seine grundsätzliche Ausrichtung passt in eine ökonomische und kulturelle Welt, die zunehmend durch Flexibilisierung und Individualisierung geprägt ist
 - in der Arbeits- und Berufswelt,
 - aber auch in der Werteorientierung der Menschen, sowohl der Pflegebedürftigen wie auch der Pflegenden.
- Durch das Pflegebudget wird ein Wandel des Begriffs der Pflegebedürftigkeit angestoßen, der auch unter schwierigen demographischen und sozialen Bedingungen einen hohen Versorgungsstandard verbindlich macht.

1.3 Der soziologische Beitrag zur Begleitforschung

Die Begleitforschung zur Einführung des Pflegebudgets ist ein interdisziplinär durchgeführtes Sozialexperiment. Beteiligt sind Ökonomen, Sozialpädagogen, Juristen, Betriebswirtschaftler, Gerontologen und Soziologen. Der soziologische Beitrag zur Begleitforschung lässt sich im Wesentlichen unter zwei Gesichtspunkten beschreiben: Zum einen durch die in das Projekt eingebrachte „soziologische Perspektive“ und zum anderen dadurch, dass anerkannte Methoden der empirischen Sozialforschung zum Einsatz kommen.

Die „soziologische Perspektive“ besteht darin, dass ergänzend zur Einzelfallbetrachtung eine strukturelle Sichtweise vorgeschlagen wird, mit den dafür erforderlichen Begrifflichkeiten und Erkläransätzen. Damit wird gleichzeitig auch ein „roter Faden“ in die Begleitforschung eingebracht, der eine „geordnete Berichterstattung“ ermöglicht und sich nicht in der Aufzählung von vielleicht interessanten Details verliert. Die vorgeschlagenen Strukturkonzepte beziehen sich auf die eingangs dargestellte Scherenentwicklung, auf das zunehmende Auseinanderklaffen von Bedarf und Chancen. Diese Entwicklungen betreffen sowohl die Makroebene der ökonomischen, demographischen und sozialen Strukturen, wie auch die Mikroebene des Entscheidens und Handelns.⁴ Auf der Makroebene tragen demographischer und sozialer Wandel dazu bei, dass Versorgungsbedarf und Versorgungschancen sich auseinander entwickeln. Das findet seine Entsprechung auf der Mikroebene der um Problemlösungen bemühten Individuen und Bedarfsgemeinschaften. Bedarfslagen ergeben sich hier aus der Art und der Stärke von Pflegebedürftigkeit. Chancen oder Restriktionen zur Versorgung entstehen im sozialen Umfeld der Beteiligten, das zwar nicht durch die Sozialstruktur determiniert ist, aber doch in einer unübersehbaren Weise in gesellschaftlichen Strukturen verankert ist. Wir werden zeigen, dass soziale Unterstützungsnetzwerke, soziale Milieus und das mit Regions- oder Raumtypen verbundene „soziale Klima“ von ganz erheblicher Bedeutung für die Struktur von Pflegearrangements sind.

Wir haben den Eindruck, dass eine solche strukturelle Sichtweise von Pflegebedürftigkeit bisher vernachlässigt wurde und sind überzeugt davon, dass sie zu neuen und wichtigen Erkenntnissen führen kann.

⁴ Zur Verschränkung von Mikro- und Makro-Ebene vgl. Giddens (1997).

In methodischer Hinsicht ermöglicht die empirische Sozialforschung eine Vielfalt von Zugängen: verschiedene qualitative und quantifizierende Formen von Beobachtungsmethoden, Inhaltsanalysen und Methoden der Befragung und darauf bezogene Methoden der qualitativen und quantifizierend-statistischen Datenanalyse. FIFAS konzentriert sich in seinem Beitrag auf die Durchführung von Befragungen bei den pflegebedürftigen Personen und bei den Hauptpflegepersonen zu verschiedenen Zeitpunkten: Nach einer Erstbefragung wurden alle sechs Monate Folgebefragungen durchgeführt. Die Auswertung der dabei gewonnenen Informationen erfolgt überwiegend mit statistischen Methoden, wird aber ergänzt durch die Einbeziehung „qualitativer Daten“, die zur Veranschaulichung statistisch beschreibbarer Unterschiede und Entwicklungen dienen.

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

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

1.4 Die Methoden der Begleitforschung

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

1. Panelstudie innerhalb eines Sozialexperiments.
2. Sondererhebung in zwei repräsentativen Stichproben der 40- bis 65-Jährigen in den Regionen Annaberg und Unna.
3. Befragungen im Vorfeld der Begleitforschung bei Budgetinteressierten.
4. Geplant war eine weitere Studie – „virtuelle Kontrollgruppe“ – die sich jedoch nicht realisieren ließ.
5. In die Auswertungen sollten auch die laufend erhobenen Daten des RAI-Homecare-Assessments einbezogen werden, was jedoch aufgrund methodischer Probleme des RAI-Datenmanagements nur in geringem Umfang realisiert werden konnte.

1.4.1 Panelstudie innerhalb eines Sozialexperiments

Durch ein Sozialexperiment lässt sich überprüfen, ob eine gezielt durchgeführte Intervention mit den erwarteten Konsequenzen im Hinblick auf bestimmte Kriterien (Zielvariablen) verbunden ist.⁵ Die versuchsweise Einführung eines persönlichen Pflegebudgets mit integriertem Case Management ist eine solche Intervention.

Ein solches Experiment besteht darin, dass mindestens je eine Programm- und eine Vergleichs-(Kontroll-)gruppe gebildet werden. Wenn Programm- und Vergleichsgruppe sich hinsichtlich der Verteilung relevanter Merkmale nicht unterscheiden, kann aus verschiedenen Vergleichen auf einen eventuellen Effekt der Intervention geschlossen werden. Wichtig sind vor allem die folgenden Vergleiche: Vergleich zwischen den Messwerten für das Kriterium zwischen Programm- und Vergleichsgruppe zu verschiedenen Zeitpunkten und Vergleich der Veränderung des Kriteriums in der Programmgruppe mit der Veränderung des Kriteriums in der Vergleichsgruppe. Diese Vergleiche führen zu interpretierbaren Ergebnissen, wenn sich die beiden Gruppen

⁵ Zur ausführlichen Darstellung der Methode des Sozialexperiments und ihrer Realisierung im Rahmen der Begleitforschung vgl. den Berichtsteil des ZEW; vgl. auch Arntz, Spermann (2005).

nur durch die Intervention unterscheiden und alle anderen relevanten Bedingungen gleich verteilt sind. Diese Voraussetzung ist im Allgemeinen erfüllt, wenn die Zuweisung von Teilnehmern zur Programm- und Vergleichsgruppe zufällig erfolgt und wenn die Gruppen „groß genug“ sind. Ein solches Verfahren der zufälligen Zuordnung zu Gruppen nennt man „Randomisierung“.⁶

Für die Begleitforschung erfolgte die experimentelle Einführung eines persönlichen Pflegebudgets in sieben Regionen von Deutschland – in den Stadt- und Landkreisen Annaberg, Erfurt, Unna, Kassel, Marburg-Biedenkopf, Neuwied und München.

Die Regionen wurden so ausgewählt, dass verschiedene raumstrukturelle und regionale Gesichtspunkte berücksichtigt werden konnten: alte vs. neue Bundesländer, ländliche Regionen vs. städtische Regionen.

In diesen Regionen wurden Pflegebedürftige und diejenigen, die für sie Verantwortung übernommen haben, über die Möglichkeit zur Wahl eines Pflegebudgets anstelle der bisher im SGB XI verankerten Leistungen informiert.⁷ Diejenigen, die ihr Interesse bekundet haben, wurden angeschrieben und mit ihnen wurde ein Vertrag abgeschlossen. Die Interessenten mussten sich in diesem Vertrag u.a. auch dazu verpflichten, an der Begleitforschung teilzunehmen. Alle wurden vorher darüber informiert, dass aus Forschungsgründen erst durch ein Zufallsverfahren entschieden wird, ob jemand das Budget erhält und damit in die Programmgruppe kommt, oder ob das nicht der Fall ist. Auch die der Vergleichsgruppe zugewiesenen Interessenten mussten sich zur Teilnahme an der Begleitforschung bereit erklären und haben das auch getan.

Uns war klar, dass diese Art der Rekrutierung und der Zuweisung zur Programm- bzw. Vergleichsgruppe problematisch war. Andere Rekrutierungsverfahren waren aber aus Sicht der Pflegekassen aus administrativen und datenschutzrechtlichen Gründen nicht realisierbar. Die Rekrutierung von Teilnehmern und ihre zufällige Zuordnung zu den beiden Gruppen ist vor allem mit den folgenden Problemen verbunden:

1. Es stellt sich die Frage, ob aus ethischen Gründen die rein zufällige Zuordnung von Interessenten zur Programm- und Vergleichsgruppe überhaupt vertretbar ist.
2. Es hätte der Fall eintreten können, dass sich nur bestimmte Gruppen von Pflegebedürftigen für das Pflegebudget interessieren.

⁶ Zur Diskussion der „externen“ und „internen Validität“ vgl. Kapitel 2 in diesem Bericht.

⁷ Über die Art und Weise der Information, Verpflichtungserklärung usw. vgl. den Berichtsteil des AGP.

3. Es musste damit gerechnet werden, dass die der Vergleichsgruppe zugewiesenen Teilnehmer aus Enttäuschung oder Verärgerung die Teilnahme vorzeitig abbrechen.

Zu 1) Sprechen ethische Gründe gegen eine zufällige Zuweisung der mit dem Pflegebudget verbundenen Chancen an pflegebedürftige Menschen? Die Ablehnung des Budgets betrifft ja Menschen in einer existentiell schwierigen Situation. Insofern könnte man den Standpunkt vertreten, dass es unethisch ist, ihnen die mit dem Budget verbundenen Möglichkeiten durch ein reines Zufallsverfahren vorzuenthalten oder einzuräumen. Andererseits aber ist zu bedenken, dass sich ja bei denen, die der Vergleichsgruppe zugeteilt wurden, die Situation nicht *verschlechtert* hat. Zu berücksichtigen bei dieser Frage nach der ethischen Vertretbarkeit ist auch, dass nur durch ein methodisch einwandfrei durchgeführtes Sozialexperiment geklärt werden kann, ob das Pflegebudget mit den erwarteten Konsequenzen verbunden ist. In einigen sehr wenigen dramatischen Fällen – z.B. Übergang von einer stationären in eine häusliche Versorgung, Krankenhausentlassung – sind wir von dem Prinzip der Zufallsauswahl abgewichen. Die Untersuchungsziele wurden auf diese Weise jedoch nicht gefährdet.

Zu 2) Um zu klären, ob und in welcher Weise das Interesse am Budget selektiv ist, wurde in der Anfangsphase eine „Vorfeldbefragung“ durchgeführt (Anlage I). Befragt wurden alle, die von den Case Managerinnen über das Pflegebudget informiert wurden – also auch diejenigen, die dann kein Interesse am Budget gezeigt haben. Aus dieser Gruppe der Informierten und potentiell Interessierten fallen zunächst diejenigen heraus, die aus verschiedenen Gründen nicht zur Teilnahme berechtigt sind (u.a. „keine Pflegestufe“, „lebt in einem anderen Einzugsgebiet“, „ist in privater Pflegeversicherung“). Von den Teilnahmeberechtigten hatte rund ein Drittel kein Interesse, das persönliche Pflegebudget in Anspruch zu nehmen. Diese Gruppe weicht in den folgenden Punkten von den an einer Teilnahme Interessierten ab:

- Die Altersgruppe unter 60 Jahre ist bei den "berechtigten Nichtteilnehmern" häufiger vertreten als bei den Teilnahmebereiten. Bei denen, die das Budget ablehnen, ist also der Anteil der relativ jungen Pflegebedürftigen höher als bei den Teilnehmern.
- Bei den Nichtteilnahmebereiten kommt die Pflegestufe I etwas seltener und die Pflegestufe III etwas häufiger vor als bei den Teilnahmebereiten.

Bei denen, die zwar die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen, sich aber gegen das Pflegebudget entschieden haben, wurde ausführlich nach den Gründen gefragt. Folgendes wird deutlich:

Am häufigsten werden wirtschaftliche Gründe zur Ablehnung des Pflegebudgets genannt: Entgangenes Pflegegeld und entgangene Rentenansprüche für die pflegenden Angehörigen (60 %). An zweiter Stelle steht die Aussage, dass man mit der Versorgung und auch mit den Sachleistungen eigentlich recht zufrieden ist, dass alles so weiter gehen kann wie bisher (20 %). Auch der an dritter Stelle genannte Grund – die hohen Transaktionskosten, der erwartete organisatorische Aufwand – ist erwähnenswert, aber mit nur 6 % vielleicht nicht so bedeutsam, wie erwartet wurde. Die Befürchtung, dass man vielleicht nicht in das Budget-Programm aufgenommen wird geben nur sehr wenige (1 %) als Grund für ihre Nichtteilnahme an. (vgl. Anlage I, „Vorfeldbefragung“) Die Bereitschaft zur Teilnahme ist einerseits also durchaus selektiv, aber andererseits können wir durch einen Vergleich mit der Pflegestatistik und mit repräsentativen Studien belegen, dass in wichtigen Punkten unsere Stichprobe nicht von der Grundgesamtheit der häuslich versorgten Pflegebedürftigen in Deutschland abweicht (s. dazu Kap. 2).

In einem Punkt gibt es jedoch eine sehr deutliche Abweichung: Die Verteilung der Leistungsarten Sach-, Geld- und Kombileistungen entspricht nicht der Verteilung in der Grundgesamtheit. Das war jedoch gewollt, denn ursprünglich sollten nur ehemalige Sachleistungsempfänger für das Pflegebudget rekrutiert werden. Von dieser Konzeption mussten wir jedoch abweichen, weil der Anteil der Sachleistungsbezieher in den Regionen (im Durchschnitt 12 %) viel zu gering gewesen wäre, um Teilnehmer in einer ausreichende Menge zu rekrutieren (s. dazu mehr in Kap. 2).

Zu 3) Führt die zufällige Zuordnung zu den Gruppen dazu, dass die Teilnehmer der Vergleichsgruppe aus Enttäuschung oder Verärgerung vorzeitig ihre Teilnahme beenden oder sogar ihre Kooperation gänzlich verweigern? Für eine kleine Gruppe trifft das sicher zu: Immerhin 36 der für die Vergleichsgruppe Ausgewählten waren nicht bereit, an den laufenden Erhebungen teilzunehmen. Von denen, die zu einer Kooperation bereit waren, haben dann jedoch in der Vergleichsgruppe nicht mehr als in der Programmgruppe ihre Teilnahme abgebrochen: 38 % in der Programm- und 37 % in der Vergleichsgruppe (s. dazu Kap. 3).

Bei den Teilnehmern der Programm- und Vergleichsgruppe wurden nach einer Erstbefragung im Abstand von ca. sechs Monaten regelmäßig Folgebefragungen durchgeführt. Die ersten Interviews konnten Mitte Dezember 2004 durchgeführt werden. Stichtag für die Beendigung der Interviews war der 30.11.2007. Die Befragungen wurden bei der pflegebedürftigen Person und bei einer Referenzperson – der „Hauptpflegeperson“ – durchgeführt. Die Begleitforschung hat damit auch den Charakter einer Panelstudie. Von einer Panelstudie spricht man, wenn Erhebungen zu verschiedenen Zeitpunkten bei den gleichen Objekten (Pflegebedürftigen und „Hauptpflegepersonen“) durchgeführt werden. Durch eine Panelstudie lässt sich untersuchen, ob sich im Zeitverlauf der Teilnahme am Projekt Veränderungen ergeben haben.

Die Befragungen wurden durch persönlich-mündliche Interviews durchgeführt (vgl. dazu die Interviewtexte im Anhang). Da im Rahmen des Sozialexperiments mögliche Effekte des Pflegebudgets sowie Entwicklungen von Personen in Form von Vergleichen verschiedener Teilgruppen gemessen und mit statistischen Methoden analysiert werden sollten, war eine weitgehende Standardisierung der Fragen sinnvoll und notwendig. Bei der Erfassung der Art des Pflegearrangements, der Art der Hilfeleistungen sowie bisher unberücksichtigter Bedarfe wurden jedoch auch offene Fragen in das Erhebungsinstrument einbezogen, um der spezifischen Fragestellung nach der Gestaltung von Pflegearrangements und den Auswirkungen des Pflegebudgets gerecht zu werden. Die Erhebungsinstrumente beruhen z.T. auf eigenen Entwicklungen, z.T. greifen wir auf Methoden zurück, die wir in eigenen Studien bereits erfolgreich anwenden konnten, z.T. haben wir Vorschläge aus anderen breit und repräsentativ angelegten Untersuchungen übernommen um Vergleichsmöglichkeiten zu haben.

Einige der in den Interviews abgefragten Bedingungen, Dispositionen und Einschätzungen werden zu Skalen und Indices zusammengefasst, um zu validen und reliablen Klassifikationen für komplexe Konstrukte zu kommen.

Die Interviews in der Programmgruppe wurden von den Case Managerinnen durchgeführt. Die Datenaufzeichnung erfolgte überwiegend online durch ein dafür entwickeltes Erfassungsprogramm. Die Case Managerinnen wurden für diese Aufgabe ausführlich geschult. Die Interviews in der Vergleichsgruppe wurden von externen Kräften durchgeführt, die wir aus dem pflegfachlichen Bereich rekrutieren konnten

und die intensiv für diese Aufgabe geschult wurden. Dazu gehörte auch, dass diese Interviewer an einer speziell für sie angebotenen Schulung zur Anwendung des RAI-Homecare-Assessment teilgenommen haben.

1.4.2 Sondererhebung in zwei repräsentativen Stichproben der 40- bis 65-Jährigen in den Regionen Annaberg und Unna

Im Vordergrund der Untersuchungen für die Landkreise Unna und Annaberg stand die Frage nach der Bedeutung und Ausprägung von „pflegekulturellen Orientierungen“ (Anlage II). Darunter verstehen wir die Gesamtheit aller Präferenzen und Absichten im Hinblick auf die Versorgung im Falle von Pflegebedürftigkeit: Wo soll gepflegt werden – zuhause oder in einem Heim? Wer soll für die Pflege verantwortlich sein, wer soll an ihr beteiligt sein? Welchen Stellenwert sollen informell geleistete Hilfen gegenüber fachlich-professionellen Leistungen haben? Welche Verpflichtung soll die Allgemeinheit übernehmen? Wer soll die Kosten der Versorgung tragen? Und wie soll eine Bezahlung von Leistungserbringern erfolgen – über die Pflegekasse oder in eigener Verantwortung?

Unsere Untersuchungen für die Landkreise Annaberg und Unna knüpfen an die Vorläufer-Studien in Kassel und Munderkingen an (Blinkert/Klie, 2000, 2004). Diese Forschungen haben bereits deutlich gemacht, dass pflegekulturelle Orientierungen nicht zufällig in der Gesellschaft verteilt sind. Eines der auch pflegepolitisch bedeutsamen Ergebnisse war, dass sich für Pflegebereitschaften eine soziokulturelle Verankerung ausmachen lässt.

Was die Untersuchungen für Unna und Annaberg aber deutlich von den Vorläufern unterscheidet sind zusätzliche Fragestellungen, die sich daraus ergeben haben, dass diese Studien im Zusammenhang mit der von uns übernommenen Begleitforschung zur Einführung eines personenbezogenen Pflegebudgets durchgeführt werden konnten.⁸ Diese Fragen sind eine Erweiterung unseres bisherigen Konzeptes und beziehen sich auf die mit der Einführung eines persönlichen Pflegebudgets verbundenen neuen Versorgungsmöglichkeiten. Wir wollten wissen, wie diese neuen Möglichkeiten als Optionen bei Überlegungen hinsichtlich der eigenen Versorgung im Falle von Pflegebedürftigkeit bewertet werden. Unsere Untersuchungen haben wir auch diesmal – wie in Kassel und Munderkingen – auf die Altersgruppe der jetzt 40- bis 65-Jährigen beschränkt. Das sind Altersgruppen, die sich als „pflegenaher Jahrgänge“ bezeichnen lassen – und zwar in einem doppelten Sinne: In dieser Altersgruppe muss man damit rechnen, dass in absehbarer Zeit Versorgungsverpflichtungen ent-

⁸ Wir sind unserem Auftraggeber außerordentlich dankbar, dass er uns die Möglichkeit zu dieser Erweiterung unserer Begleitforschung eingeräumt hat. Die Ergebnisse der Unna- und Annaberg-Studien zeigen deutlich, wie wichtig es war, die ursprüngliche Fragestellung der Begleitforschung in diesem Sinne zu erweitern.

stehen – derart, dass eine nahe stehende Person pflegebedürftig wird und man entscheiden muss, in welcher Weise eine Versorgung sichergestellt werden kann. Zum anderen aber rücken Personen in diesem Alter einer Lebensphase immer näher, in der mit einem erhöhten Risiko der Pflegebedürftigkeit zu rechnen ist. In Unna konnten wir 475 Personen durch ein persönlich-mündliches Interview befragen, in Anna-berg 530 Personen.

Zusatzerhebungen bei einer „virtuellen Vergleichsgruppe“

Die Erhebungen für das Pflegebudgetprojekt werden bei Programmteilnehmern und einer Vergleichsgruppe durchgeführt. Beide Gruppen bilden keinen repräsentativen Querschnitt der Pflegebedürftigen in Deutschland. Dies liegt in der Anlage des Modellprojektes begründet, die in Kap. 1 und 2 ausführlich beschrieben werden. So sind die Pflegegeldbezieher im Projekt deutlich unterrepräsentiert und es ist auch nicht auszuschließen, dass weitere Selektionseffekte bei der Rekrutierung der Teilnehmer wirksam wurden. Um solche Effekte zu überprüfen und die Frage nach dem potenziellen Interesse der Pflegebedürftigen in Deutschland an einem zukünftigen Pflegebudget als Regelleistung sowie dessen Auswirkungen auf Pflegearrangements realistisch abschätzen zu können, sind Vergleiche der Erhebungsdaten mit repräsentativen Daten von hohem Nutzen.

Leider liegen nur wenige Informationen über die Grundgesamtheit der Pflegebedürftigen in Deutschland vor, die sich zu den im Modellprojekt erhobenen Daten in Beziehung setzen lassen. Aus diesem Grund war eine zusätzliche Datenerhebung bei einer repräsentativen Zufallsstichprobe von Pflegebedürftigen geplant. Diese Erhebung sollte bei jeweils etwa 200 Personen in den sieben Standorten stattfinden und mit den gleichen Erhebungsinstrumenten wie bei den Projektteilnehmern durchgeführt werden, ergänzt durch Fragen, die sich auf das Interesse an einer neuen Leistungsform Pflegebudget beziehen. Die Erhebung sollte angesichts des Personenkreises und der Komplexität des Interviews durch persönlich-mündliche Interviews bei den Pflegebedürftigen zuhause stattfinden.

Der Befragung der repräsentativen Stichprobe sollte nach ca. einem Jahr mindestens eine Folgeerhebung als Panel folgen, um zeitliche Veränderungen abbilden zu können. Auf diese Weise ließe sich besser einschätzen, welche der bei den Pflegebudget-Beziehern beobachteten Veränderungen im Zeitverlauf auf Effekte des Budgets und welche auf andere Einflüsse zurückzuführen sind.

Um diese Zusatzerhebung durchführen zu können, wurde eine Zufallsstichprobe aus der Grundgesamtheit der häuslich versorgten Pflegebedürftigen benötigt. Als Kriterium für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit dient dabei der Bezug von Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung, der administrativ über die verschiedenen Pflegekassen erfolgt. Die nötigen Adressdaten liegen also nur bei den Pflegekassen vor, von denen es in Deutschland ca. 300 gibt. Für eine repräsentative Stichprobenziehung war es – angesichts des organisatorischen Aufwandes – vertretbar, sich auf den Versichertenbestand der größten Kassen zu beschränken.

Bereits im Spätherbst 2005 wurden intensive Kontakte zu den großen Pflegekassen (AOK, Barmer, TK, DAK, etc.) und deren Spitzenverbänden aufgenommen, um eine Stichprobenziehung zu ermöglichen. Prinzipiell waren die Pflegekassen zu einer Kooperation bereit, es gab jedoch Hindernisse für eine rasche Umsetzung des Vorhabens:

- Zunächst einmal mussten datenschutzrechtliche Aspekte einer Weitergabe von Versichertendaten geklärt werden. Es musste eine Zustimmung der Aufsichtsbehörden (auf Bundes- bzw. Landesebene) der Kassen eingeholt werden.
- Des Weiteren gab es bei einigen Kassen Ressourcenengpässe, etwa in den EDV-Abteilungen, die eine schnelle Bearbeitung des Adressabzugs verhinderten.

Die Diskussionen und Verhandlungen mit den Pflegekassen über die Bereitstellung von Versichertenadressen für die geplante Befragung und mit den Bundes- und Landesbehörden über die datenschutzrechtlichen Modalitäten zogen sich bis Frühjahr 2007 hin. Letztlich konnte nur die AOK an den Standorten Neuwied (Rheinland-Pfalz) und München (Bayern) zu einer konkreten Zusammenarbeit gewonnen werden.

Die Bereitstellung der Versichertendaten konnte auch in diesem Modellprojekt im Sinne des §45c des SGB XI nur erfolgen, wenn die Einwilligung des Versicherten zur Weitergabe sei-

ner Daten vorlag. Deshalb wurde von der AOK vorgegeben, dass dieses Einverständnis zunächst mit einem Anschreiben der AOK durch eine unterschriebene Rückantwort eingeholt werden müsste. Diese Mailingaktion wurde zunächst in München durchgeführt. Die Schreiben wurden von der AOK am 23.7.2007 an 1000 Pflegebedürftige in München versandt, mit der Erwartung, dass etwa 300-400 Personen zu einem Interview bereit wären. Die eigentliche Befragung war dann für den 1.10.2007 geplant, es waren bereits Interviewer rekrutiert.

Leider war der Rücklauf des Mailings sehr schwach. Gerade einmal 102 der 1000 Angeschiedenen – also 10 % – haben sich schriftlich zu einer Teilnahme bereit erklärt. Zusätzlich stellte sich heraus, dass der AOK bei der Stichprobenziehung ein Irrtum unterlaufen war. Die Auswahl wurde anhand der Versichertennummer vorgenommen, von der angenommen wurde, dass sie eine Zufallszahl ist. Tatsächlich ist jedoch das Alter darin enthalten. In der Konsequenz wurden in München nur Personen angeschrieben, die vor 1920 geboren sind, also über 87 Jahre alt waren.

Die Erhebung wurde daraufhin, nach intensiver Diskussion zwischen den Projektpartnern und mit Zustimmung der AOK, abgebrochen. Erstens ist bei einem derartig geringen Rücklauf, der zu einem Teil sicherlich an dem ansonsten bei Befragungen nicht notwendigen Verfahren der schriftlichen Einverständnis lag, die Wahrscheinlichkeit hoch, dass eine Selektion bei den Teilnahmebereiten stattfindet, so dass die Repräsentativität der Stichprobe fraglich ist.

Zweitens war die Stichprobe bereits stark verzerrt. Zwar wäre die AOK bereit gewesen, das Verfahren zu wiederholen und eine zweite, korrigierte Stichprobe anzuschreiben, jedoch hätte der zeitliche Verzug, der dadurch eingetreten wäre, bedeutet, dass die Ergebnisse nicht rechtzeitig vorgelegen hätten, um in den Endbericht einzufließen. Auch wäre es in der Projektlaufzeit nicht mehr möglich gewesen, die geplante Panel-Erhebung durchzuführen.

Auch die Möglichkeit, die Erhebung in anderen Standorten (vor allem Neuwied) durchzuführen, wurde aus den genannten Gründen nicht weiter verfolgt.

Schwierigkeiten mit der Bereitstellung der Daten des RAI-Assessment-Instruments

Das RAI-Homecare-Assessment sollte im Pflegebudgetprojekt – neben der Bedarfserhebung für die Pflegeplanung – auch als laufendes Datenerhebungsinstrument dienen. Gerade Fragen der Pflegequalität und Fallverläufe hätten durch den geplanten halbjährlichen Einsatz beantwortet werden können. Außerdem hätten sich reizvolle Vergleichsmöglichkeiten zu anderen RAI-Datenbeständen ergeben, die aus seinem internationalen Einsatz im ambulanten Pflegebereich resultieren.

Das Basis-Datenerhebungsinstrument des RAI ist das MDS (Minimum Data Set), das ggf. modular um weitere Instrumente (z.B. das MMS – Mini-Mental-Status zur Erfassung von Demenz) ergänzt werden kann. Im Pflegebudget-Projekt wurde die Datenerhebung des MDS computergestützt mit einer Software der Euregon AG („SNAP ambulant“) durchgeführt, in der u.a. eine Klientenverwaltung und eine Erhebungsmaske integriert sind⁹. Vorteile durch die Verwendung von Notebooks für die Datenerfassung wurden u.a. darin gesehen, dass die Daten in Echtzeit für regelmäßige Auswertungen zur Verfügung stehen und sich – angesichts der kalkulierten Fallzahlen und der Häufigkeit der Erhebungen (halbjährlich über fünf Jahre hinweg) – deutliche Kostenersparnisse gegenüber einer „Paper and Pencil“-Erhebung ergeben (Druck-, Versand-, Datenerfassungskosten etc.). Außerdem ist eine Fallverwaltung für die Case Managerinnen auf diese Weise sehr viel einfacher. Voraussetzung für einen Echtzeit-Datenzugriff wäre eine Serveranbindung der einzelnen Notebooks der Case Managerinnen gewesen. Diese war in der Planung und in den Vorgesprächen mit Euregon auch vorgesehen und wurde als technisch einfach realisierbar eingeschätzt.

De facto kam diese Serveranbindung jedoch nie zustande. Das lag teilweise an den technischen Problemen, die sich durch die sehr unterschiedlichen Infrastrukturen in den einzelnen Standorten ergaben¹⁰. In der Konsequenz musste deshalb von Euregon ein Datenexport-Programm entwickelt werden und dieses auf jedem einzelnen Notebook ausgeführt werden. Die dadurch erzeugten Dateien mussten (per E-Mail) an FIFAS bzw. den AGP geschickt werden. Danach mussten die 15-20 Einzeldateien zusammengefügt und für die weitere Bearbeitung aufbereitet werden. Dieses Procedere musste jedes Mal durchgeführt werden, wenn Auswertungen mit den aktuellen Datenbeständen vorgenommen werden sollten. Daraus ergaben sich erhebliche Probleme, die sich sehr negativ auf die Datenqualität der RAI-Assessments auswirken und die Bereitstellung eines auswertbaren Datensatzes nahezu unmöglich machen:

- Die Menge der mit der SNAP-Software erzeugten RAI-Daten ist immens. Da das MDS halbjährlich anfällt und jeweils 10 Erhebungszeitpunkte angelegt wurden, die jeweils als eigene Merkmalsreihe abgespeichert werden, hat ein Datensatz mehr als 12.000 einzelne Variablen. Teilweise hat diese Datenfülle zu Systemabstürzen der eingesetzten Computer geführt. Auch die Aufbereitung für die weitere Bearbeitung gestaltete sich bei solchen Datenmengen ausgesprochen aufwändig.
- Die Struktur der gelieferten Einzeldateien war nicht einheitlich. Z.T. hatten sie eine unterschiedliche Anzahl von Merkmalen, was ein Zusammenfügen zu einem Gesamtdatensatz unmöglich macht. Wir vermuten einen Fehler in der Exportsoftware als Grund hierfür, bzw. unterschiedliche im Einsatz befindliche SNAP-Versionen.
- Einige der gelieferten Einzeldateien enthielten zwar die Stammdaten der Klienten (Name, Adresse, etc.), jedoch keine MDS-Assessment-Daten. Eine Nachfrage bei den entsprechenden Case Managerinnen ergab, dass diese jedoch ordnungsgemäß im No-

⁹ Dies gilt nur für die Programmgruppe. Da die Vergleichsgruppenteilnehmer von zusätzlichen Interviewern befragt wurden, die nicht über Notebooks verfügten, kamen hier Papierfragebögen zum Einsatz, die nachträglich über spezielle Eingabesoftware EDV-erfasst wurden.

¹⁰ So verhinderte z.B. die restriktive Firewall einer Kommune den Online-Zugriff auf die dort eingesetzten Notebooks. Auch andere Standorte (z.B. die Münchener Klinik) ließen aus Datenschutzgründen keinen externen Zugriff auf die jeweiligen Netzwerke zu, an denen die Notebooks angeschlossen waren.

tebook erfasst und auch vorhanden waren. Wiederum kommt hierfür ein Fehler des Export-Programms in Frage.

Weitere Einschränkungen der Datenqualität der erhobenen RAI-Daten ergaben sich dadurch, dass die in der SNAP-Software angelegten Eingabemasken keine Fehlerkontrollen und Plausibilitätsprüfungen enthalten, wie sie in professioneller Datenerfassungssoftware Standard sind. So gibt es keine Filterführungen („Wenn weiblich, weiter mit Frage xx“) und keine Beschränkungen des gültigen Wertebereichs einzelner Merkmale (z.B. bei Datumsangaben). Evtl. Fehleingaben werden also nicht abgefangen.

Beim Vergleich verschiedener Erhebungszeitpunkte eines Klienten besteht eine erhebliche Fehlerquelle darin, dass das RAI-Erfassungsformular in 19 einzelne Blöcke (CC, A – R) aufgeteilt ist, die jeweils einzeln ausgefüllt und mit Datum versehen abgespeichert werden. Wenn dann ein Re-Assessment, z.B. nach 6 Monaten, erfolgt, müssten eigentlich *alle* Erhebungsblöcke erneut ausgefüllt werden, auch diejenigen, bei denen sich keine Veränderungen für den Klienten ergaben (z.B. „Kognitive Fähigkeiten“, Block „B“). Es steht jedoch zu befürchten, dass oftmals nur Blöcke mit Veränderungen ausgefüllt wurden, so dass sich für die anderen Bereiche Datenlücken ergeben.

Die geschilderten Probleme führten dazu, dass bereits das Erstellen eines auswertbaren Gesamtdatensatzes aus den einzelnen SNAP-Dateien nahezu unmöglich war. Die Versuche hierzu zeigten auch, dass die darin enthaltenen Datenlücken und Unplausibilitäten eine breit angelegte soziologische Auswertung unter Berücksichtigung auch der Situation in der Vergleichsgruppe nicht zulassen.

2. Datenlage: Ersterhebung, Folgerhebungen, Überprüfung der Repräsentativität, Überprüfung der Randomisierung

2.1 Verfügbare Daten

Für die Analysen zu diesem Bericht stehen Informationen aus 7 Erhebungswellen zur Verfügung – aus jeweils einer Ersterhebung (t_0) und sechs Folgerhebungen (t_1 bis t_6), die in Abständen von jeweils ca. 6 Monaten durchgeführt wurden. Die Erstbefragung der pflegebedürftigen Personen umfasst 706 auswertbare Fälle – 536 aus der Programm- und 170 aus der Vergleichsgruppe.¹¹ Von Folgerhebung zu Folgerhebung nimmt die Zahl der erfassten Fälle aus verschiedenen Gründen kontinuierlich ab.

Tabelle 2-1: Erhebungen bei der pflegebedürftigen Person in der Programm- und Vergleichsgruppe

	Programm- gruppe	Vergleichs- gruppe	insgesamt
Ersterhebung	536	170	706
Folgebefragung 1	374	102	476
Folgebefragung 2	248	55	303
Folgebefragung 3	157	32	189
Folgebefragung 4	102	15	117
Folgebefragung 5	62	3	65
Folgebefragung 6	13	0	13

Aus der Programmgruppe konnten in der sechsten und letzten Folgerhebung nur 13 pflegebedürftige Personen befragt werden, aus der Vergleichsgruppe niemand.

Die Gründe für diese Ausfälle sind sehr unterschiedlich. Als erstes ist zu berücksichtigen, dass es in vielen Fällen überhaupt nicht sinnvoll wäre, von Ausfällen zu sprechen, da bestimmte Folgerhebungen gar nicht möglich waren, weil der Eintritt in das Projekt dafür zu spät erfolgte. Für jemanden, der z.B. Anfang 2007 aufgenommen wurde, wären nur die Folgebefragungen 1 und 2 durchführbar gewesen.¹² Andere Ausfälle sind echte Ausfälle und entstehen durch die Beendigung der Teilnahme am

¹¹ Berücksichtigt sind nur „gültige Fälle“, d.h. Fälle, bei denen eine Erhebung durchgeführt wurde. In der Stammdaten-Datei sind auch weitere Fälle (169) erfasst, deren Status im Projekt jedoch unklar ist und die deshalb nicht bei der Auswertung berücksichtigt wurden.

¹² In der Vergleichsgruppe wurden relativ viele Interviews verzögert durchgeführt (vgl. Kap. 3). Deshalb konnten in vielen Fällen allein aus zeitlichen Gründen keine weiteren Interviews durchgeführt werden. Auf diese Weise entsteht der unzutreffende Eindruck, dass die Ausfallquote bei den Folgerhebungen in der Vergleichsgruppe höher ist als in der Programmgruppe.

Projekt aus verschiedenen Gründen. Einerseits gibt es Ausfälle durch „natürlichen“ Schwund (Todesfälle, schwere Krankheit) und andererseits kommen Ausfälle durch die Veränderung des Pflegearrangements zustande (Übergang von der häuslichen in eine stationäre Versorgung) oder ergeben sich aus Entscheidungen der pflegebedürftigen Person oder anderer für die Versorgungssituation verantwortlicher Personen (z.B. Ausstieg aus dem Projekt, oder Ablehnung der weiteren Teilnahme an der Begleitforschung). Zum Teil sind für Ausfälle aber auch Gründe verantwortlich, die mit dem Erhebungsprozess zusammenhängen – „erhebungstechnische Ausfälle“: u.a. Ausfälle von Interviewern für die Vergleichsgruppe, Überlastung der Case Manager.

Bei 491 Hauptpflegepersonen wurde eine Ersterhebung durchgeführt – in der Programmgruppe 364 und in der Vergleichsgruppe 127 Interviews.

Tabelle 2-2: Erhebungen bei der Hauptpflegeperson in der Programm- und Vergleichsgruppe

	Programm- gruppe	Vergleichs- gruppe	insgesamt
Keine Ersterhebung durchgeführt	172	43	215
Ersterhebung durchgeführt	364	127	491
Folgebefragung 1	229	73	302
Folgebefragung 2	152	39	191
Folgebefragung 3	98	24	122
Folgebefragung 4	62	11	73
Folgebefragung 5	33	1	34
Folgebefragung 6	8	0	8

Von den erstbefragten Pflegebedürftigen (n=706) hatten 188 keine (private) Hauptpflegeperson, bei 13 Fällen war unklar, ob es eine Hauptpflegeperson geben wird und für 4 Fälle liegen keine Angaben vor. Es konnten also nur 501 Hauptpflegepersonen befragt werden, von denen 491 im Rahmen der Ersterhebung auch befragt wurden.

Im Verlauf der Folgeerhebungen sinkt die Zahl der befragten Hauptpflegepersonen auf nur noch 8 in der sechsten und letzten Folgebefragung. Die Gründe sind im Wesentlichen die gleichen wie für die Ausfälle bei den pflegebedürftigen Personen.

Die erhebliche und kaum vermeidbare Reduzierung von Fällen bei den Folgeerhebungen hat Konsequenzen für die Auswertung. Für eine Reihe von Analysen, in de-

nen es um zeitabhängige Veränderungen geht, müssen die Daten stärker zusammengefasst werden. Das betrifft vor allem die Folgeerhebungen 3 bis 6, die zusammengefasst werden müssen und sich dann auf einen breiteren Zeitraum beziehen, bzw. auf einen zeitlichen Abstand zur Ersterhebung von mindestens 18 Monaten.

Ein besonderes Problem ist die relativ geringe Zahl von Fällen in der Vergleichsgruppe. Aufgrund der zufälligen Zuweisung von Interessenten zur Programm- und Vergleichsgruppe war zu erwarten, dass die beiden Gruppen annähernd gleich große Besetzungszahlen haben. Dieses Ziel konnte aus verschiedenen Gründen nicht erreicht werden. Aus projektstrategischen Gründen und wegen des stark verzögerten Beginns wurde für den Standort München entschieden, dass alle Interessenten in die Programmgruppe aufgenommen werden. Für München fehlt also eine Vergleichsgruppe. Ein weiterer Grund kann in der unterschiedlichen organisatorischen Einbindung der Erhebungskräfte für die Programm- und Vergleichsgruppe gesehen werden. Die Interviews in der Programmgruppe wurden von den fest angestellten Case Managerinnen durchgeführt. Für diese Erhebungen konnte also auf einen kontinuierlich verfügbaren und auch arbeitsvertraglich dazu verpflichteten Interviewerstamm zurückgegriffen werden. Für die Erhebungsarbeiten in der Vergleichsgruppe wurden dagegen externe Interviewer und Interviewerinnen rekrutiert. Auf die Qualität der Befragungen hat dieser Unterschied keinen Einfluss, denn die Vorbereitung auf die Erhebungstätigkeit war in beiden Gruppen gleich intensiv. Die für die Vergleichsgruppe rekrutierten Erhebungskräfte hatten auch alle einen fachlichen Hintergrund und waren deshalb für Befragungsgespräche mit pflegebedürftigen Menschen in hohem Maße geeignet. Der wichtige Unterschied besteht jedoch darin, dass es bei den Interviewerinnen der Vergleichsgruppe sehr viel mehr Fluktuationen und Ausfälle gab und dass zeitnahe und rasche Lösungen der damit verbundenen Probleme nicht immer möglich waren. Interviews in der Vergleichsgruppe wurden deshalb häufiger mit Verzögerungen durchgeführt, was dazu geführt hat, dass im Endeffekt auch weniger Folgebefragungen realisiert werden konnten.

Für die Evaluation des Pflegebudgets hat die ungleiche Besetzung von Programm- und Vergleichsgruppe keine direkten Konsequenzen. Vergleiche zwischen den beiden Gruppen erfolgen durch Kennziffern wie Prozentanteile oder Mittelwerte, durch die ungleiche Besetzungszahlen neutralisiert werden. Probleme können sich jedoch ergeben, wenn eine höhere Analysetiefe erreicht werden soll, d.h. wenn es darum

geht, eine größere Zahl von Bedingungen simultan zu kontrollieren. Das wird sehr oft mit anschaulichen Methoden wie Prozent- oder Mittelwertdifferenzen nicht möglich sein, weil die Fallzahlen in den dafür gebildeten Unterstichproben zu gering sind. In solchen Fällen muss entschieden werden, ob der durch weniger anschauliche Methoden gewonnene Erkenntnisgewinn die geringere (intuitive) Verständlichkeit rechtfertigt.

Unterschiede der Datenlage zwischen den Standorten

Die Tabelle 2-3 zeigt, dass es im Hinblick auf die Datenlage zwischen den Standorten ganz erhebliche Unterschiede gibt.¹³

- In München gibt es keine Vergleichsgruppe – aufgrund von Problemen bei der Organisation und Implementation musste das so gehandhabt werden.
- Extrem wenig Erhebungen mit Pflegebedürftigen aus der Vergleichsgruppe gibt es in den Standorten Annaberg, Unna und Kassel.
- In Unna wurden in der Vergleichsgruppe die Folgeerhebungen 4 bis 6 überhaupt nicht durchgeführt; in Annaberg gibt es keine Folgeerhebungen 5 und 6 für die Vergleichsgruppe, was durch einen verzögerten Beginn mit den Ersterhebungen erklärbar ist.
- Standortsspezifische Auswertungen, die auf einem Vergleich zwischen Programm- und Vergleichsgruppe beruhen, sind (mit Einschränkungen) praktisch nur für die Standorte Erfurt, Neuwied und Marburg-Biedenkopf möglich. Aufgrund der geringen Besetzungszahlen in den Standorten halten wir eine standortsspezifische Auswertung jedoch nicht für sinnvoll.

¹³ Vgl. dazu auch den Bericht des AGP zum Thema „Implementation“.

Tabelle 2-3: Erhebungen bei den Pflegebedürftigen in den Standorten

	Anna- berg	Erfurt	Kassel	Mar- burg- Bieden- kopf	Münch- en	Neuwied	Unna	insges
Programmgruppe								
Ersterhebung	29	49	47	65	159	123	64	536
Folgebefragung 1	23	38	33	46	103	94	37	374
Folgebefragung 2	19	23	23	35	52	75	21	248
Folgebefragung 3	12	21	19	22	20	53	10	157
Folgebefragung 4	9	14	13	12	5	45	4	102
Folgebefragung 5	5	8	9	5	1	32	2	62
Folgebefragung 6	2	1	2	1		6	1	13
Vergleichsgruppe								
Ersterhebung	7	30	14	31		75	13	170
Folgebefragung 1	4	15	9	17		50	7	102
Folgebefragung 2	3	9	3	11		24	5	55
Folgebefragung 3	3	5	1	7		15	1	32
Folgebefragung 4	2	2	1	1		9		15
Folgebefragung 5		1				2		3
Folgebefragung 6								
insgesamt								
Ersterhebung	36	79	61	96	159	198	77	706
Folgebefragung 1	27	53	42	63	103	144	44	476
Folgebefragung 2	22	32	26	46	52	99	26	303
Folgebefragung 3	15	26	20	29	20	68	11	189
Folgebefragung 4	11	16	14	13	5	54	4	117
Folgebefragung 5	5	9	9	5	1	34	2	65
Folgebefragung 6	2	1	2	1		6	1	13

2.2 Überlegungen und Überprüfungen zur Validität der Daten

Daten bzw. Informationen sind dann „valide“ (=gültig), wenn sie das beschreiben, bzw. messen, was sie beschreiben sollen, bzw. messen sollen.

Unterschieden wird üblicherweise zwischen „externer“ und „interner“ Gültigkeit: Die externe Validität bezieht sich auf die Generalisierbarkeit der erhobenen Informationen. Interne Validität bedeutet, dass die erhobenen Informationen im Sinne der Fragestellung interpretierbar sind.

2.2.1 Externe Validität der Daten: Generalisierbarkeit

Die Forderung nach „externer Validität“ ist dann erfüllt, wenn die erhobenen Informationen generalisierbar sind. Das betrifft die Erhebungsinstrumente, die Erhebungssituationen, aber auch die realisierte Auswahl. Zu fragen ist deshalb, ob sich Ergebnisse aus unseren Stichproben – Programm- und Vergleichsgruppe – auf Verhältnisse in der Grundgesamtheit aller häuslich versorgten Pflegebedürftigen in Deutschland übertragen lassen. Um diese Frage zu klären, sind für Teilbereiche Vergleiche unse-

rer Stichprobe mit entsprechenden Informationen aus der amtlichen Pflegestatistik, aus dem Mikrozensus und aus repräsentativen Untersuchungen möglich. Das gilt für Alter, Geschlecht, Familienstand, Haushaltsgröße, Pflegestufe und Leistungsbezug.

Bezüglich der Merkmale Alter, Geschlecht und Pflegestufe gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen unserer Stichprobe und der Grundgesamtheit der häuslich versorgten Pflegebedürftigen in Deutschland.

Deutliche und hochsignifikante Unterschiede bestehen jedoch für die folgenden Merkmale:

- Familienstand: Unterrepräsentiert sind Ledige und Verheiratete, überrepräsentiert vor allem Geschiedene bzw. getrennt Lebende.
- Haushaltstyp: Überrepräsentiert sind die Einpersonen-Haushalte und besonders deutlich unterrepräsentiert sind Haushalte mit drei und mehr Personen.
- Art des Leistungsbezugs vor Eintritt in das Projekt: Deutlich überrepräsentiert sind Sachleistungen, deutlich unterrepräsentiert dagegen Geldleistungen.

Tabelle 2-4: Verteilung von Merkmalen in der Stichprobe der Begleitforschung und in der Grundgesamtheit der häuslich versorgten Pflegebedürftigen in Deutschland

	Stichprobe der Begleitforschung (Ersterhebung)	häuslich versorgte Pflegebedürftige in Deutschland		Signifikanz chi-Quadrat-Test ¹⁴
Alter				
unter 60	16 %	19 %		n.s.
60 bis unter 70	14 %	12 %		
70 bis unter 80	26 %	24 %		
80 und älter	44 %	45 %		
		Quelle: Pflegestatistik 2003		
Geschlecht				
Männer	31 %	31 %		n.s.
Frauen	69 %	69 %		
		Quelle: Pflegestatistik 2003		
Familienstand				
ledig	14 %	18 %		< 0,01
verheiratet	28 %	32 %		
verwitwet	46 %	46 %		
geschieden, getrennt lebend	12 %	4 %		
		Quelle: Mikrozensus 1999		
Haushaltstyp				
1 Personen-Haushalt	56 %	39 %		< 0,01
2 Personen-Haushalt	34 %	35 %		
3 und mehr Personen-Haushalt	10 %	26 %		
		Quelle: Mikrozensus 1999		
Pflegestufe				
Stufe 1	55 %	57 %		n.s.
Stufe 2	34 %	33 %		
Stufe 3	11 %	10 %		
		Quelle: Pflegestatistik 2003		
Art des Leistungsbezugs	Stichprobe der Begleitforschung (Ersterhebung)	häuslich versorgte Pflegebedürftige in Deutschland		
Geldleistungen	26 %	73 %	71%	< 0,01
Kombileistungen	17 %	15 %	15%	
Sachleistungen	34 %	12 %	12%	
anderes	23 %	*)	**)	

*) Quelle: H. Rothgang, in: Long-term care for older people in Germany, in: European Study of Long-Term Care Expenditure, PSSRU Discussion Paper 1840. In: A. Comas-Herrera, R. Wittenberg (eds.): PSSRU, LSE Health and Social Care, London School of Economics.

**) Schneekloth, U., Leven, I.; 2003, Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002 - Schnellbericht, München, S. 25

Die Unterschiede zur Grundgesamtheit ergeben sich z.T. aus der Fragestellung des Budgetprojekts und aus den damit verbundenen Selektionsanforderungen. Ursprünglich war vorgesehen, dass ausschließlich Sachleistungsempfängern das persönliche Pflegebudget angeboten wird. Bei der Auswahl von geeigneten Projektteilnehmern für die Programm- und Vergleichsgruppe wurden deshalb zunächst auch vorwiegend Sachleistungsempfänger rekrutiert. Da auf diese Weise – wegen der geringen Sachleistungsquote, die bei ca. 12 % liegt – eine ausreichende Zahl von Projektteilnehmern nicht rekrutierbar war, wurde diese Regel gelockert: Es wurden auch Empfänger von Kombileistungen angesprochen und in einigen Standorten wurden auch

¹⁴ Erwartungswerte in der Stichprobe wurden auf der Basis der Verteilungen in den Referenzstatistiken berechnet.

Geldleistungsempfänger aufgenommen. Der (gewollte) Bias ist jedoch eindeutig und schlägt sich auch in der Verteilung nieder: Der Anteil von (ehemaligen und bei der Vergleichsgruppe: aktuellen) Sachleistungsempfängern ist sehr viel höher als in der Grundgesamtheit. Da das Merkmal Leistungsbezug mit anderen Merkmalen – vor allem mit Bedingungen des sozialen Umfeldes – korreliert, ergeben sich auf diese Weise zwangsläufig auch andere Abweichungen von den Verteilungen in der Grundgesamtheit. Sachleistungen werden besonders häufig von Personen mit eher schwach ausgeprägten informellen Unterstützungsnetzwerken gewählt (Blinkert/Klie, 1999). Der Anteil von Einpersonenhaushalten und von Geschiedenen ist aus diesem Grund in unserer Stichprobe über- und der Anteil von Mehrpersonenhaushalten und von Verheirateten unterrepräsentiert. Wegen der beabsichtigten Überrepräsentanz von Sachleistungsempfängern kann man allein aus der gegebenen Verteilung in unserer Stichprobe jedoch nicht darauf schließen, dass Pflegebedürftige in Einpersonenhaushalten oder geschiedene Pflegebedürftige ein besonderes Interesse am Budget haben.

Für die Evaluation des Pflegebudgets haben die berichteten Abweichungen unserer Verteilung von der Verteilung in der Grundgesamtheit zunächst keine Auswirkungen. Von zentraler Bedeutung für die Evaluation sind Vergleiche zwischen Programm- und Vergleichsgruppe. Wenn durch die randomisierte Zuweisung zu den beiden Gruppen alle relevanten Merkmale gleich verteilt sind, ergeben sich für Vergleiche keine spezifischen methodischen Probleme (dazu im nächsten Abschnitt mehr).

Probleme ergeben sich jedoch, wenn wir mit Ergebnissen aus unseren Stichproben allgemeine Aussagen über die Versorgungssituation von Pflegebedürftigen begründen wollen. Solche Aussagen sind aber ein sehr bedeutsamer „Nebeneffekt“ der Begleitforschung. Im Kontext der Begleitforschung werden Informationen erhoben, die für pflegewissenschaftliche Fragestellungen von großer Bedeutung sind. Wir halten es für wichtig, dass diese Ergebnisse zur Diskussion gestellt werden. Das geht jedoch nur, wenn wir die Abweichungen unserer Stichprobe von der Grundgesamtheit in Rechnung stellen. Die allgemeinen Analysen zur Versorgungssituation von Pflegebedürftigen (Teil II) werden wir deshalb auch auf der Basis einer *gewichteten* Stichprobe durchführen. Die Fälle werden dazu so gewichtet, dass die Verteilung des Merkmals Leistungsbezug annähernd mit der Verteilung dieses Merkmals in der Grundgesamtheit übereinstimmt. Dieser Gewichtung liegt die Annahme zugrunde,

dass sich auch die Verteilung anderer Merkmale, die mit diesen Merkmalen korrelieren könnten, der Verteilung in der Grundgesamtheit annähert.

Wie repräsentativ sind nun die in der Begleitforschung befragten Hauptpflegepersonen für die Grundgesamtheit der Erwachsenen in Deutschland? Zu erwarten ist, dass die Verteilung wichtiger Merkmale für die Stichprobe der Hauptpflegepersonen deutlich von der Verteilung in der Grundgesamtheit „Erwachsene in Deutschland“ abweicht. Diese Abweichungen dürften vor allem das Alter, das Geschlecht und den Familienstand betreffen. Diese Vermutung lässt sich durch einen Vergleich unserer Stichprobe mit der regelmäßig durchgeführten repräsentativen ALLBUS-Studie überprüfen.¹⁵ Der ALLBUS 2004 wurde bei einer Stichprobe von rund 3.000 Erwachsenen durchgeführt und liefert brauchbare Informationen für die Einordnung der von uns befragten Hauptpflegepersonen in die Sozialstruktur Deutschlands.

Der Vergleich zeigt die erwarteten Abweichungen von einer repräsentativen Stichprobe:

- Die unteren Altersgruppen kommen seltener vor und die mittlere Altersgruppe (40 bis 59 Jahre) ist deutlich überrepräsentiert.
- Der Anteil von Ledigen ist bei den Pflegenden sehr viel geringer, der Anteil der Verheirateten höher als in der repräsentativen Stichprobe.
- Frauen sind bei den Pflegenden deutlich überrepräsentiert.

Eine Gewichtung der Stichprobe der Hauptpflegepersonen wäre nicht sinnvoll, weil das Ziel der Begleitforschung ja nicht darin besteht, generalisierbare Aussagen über die soziale Situation erwachsener Deutscher zu begründen.

¹⁵ Die Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS) ist eine Umfrageserie zu Einstellungen, Verhaltensweisen und Sozialstruktur der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Die Erhebungen werden seit 1980 in zweijährigem Abstand durchgeführt. In persönlichen Interviews wird jeweils ein repräsentativer Querschnitt der bundesdeutschen Bevölkerung befragt. Als Serviceleistung für die sozialwissenschaftliche Forschung und Lehre werden die ALLBUS-Daten unmittelbar nach der Aufbereitung und Dokumentation allen interessierten Personen und Institutionen für Analysen zur Verfügung gestellt.

Tabelle 2-5: Verteilung von Merkmalen in der Stichprobe der Hauptpflegepersonen und in der ALLBUS-Studie von 2004

	Stichprobe der Hauptpflegepersonen (ungewichtet, Ersterhebung)	ALLBUS 2004 (gewichtet mit dem Ost-West-Personen-Gewicht)
Alter		
unter 25	1%	12%
25-39	11%	27%
40-59	54%	34%
60-69	19%	16%
70-79	12%	8%
80 und älter	3%	3%
Geschlecht		
Männer	31 %	50 %
Frauen	69 %	50 %
Familienstand¹⁶		
ledig	12 %	24 %
verheiratet	70 %	61 %
verwitwet	7 %	7 %
geschieden, getrennt lebend	11 %	8 %
	100 % = 472 Hauptpflegepersonen	100 % = 2946 Befragte der ALLBUS-Studie 2004

¹⁶ Die Anteile stimmen recht gut mit den von Schneekloth/Leven berichteten Anteilen überein: 65 % verheiratet, 7 % verwitwet, 8 % geschieden, 20 % ledig, Infratest Repräsentativerhebung 2002.

2.2.2 Interne Validität der Daten: Vergleichbarkeit von Programm- und Vergleichsgruppe

Das Konzept der internen Validität bezieht sich auf die Frage, ob die erhobenen Informationen im Sinne der Fragestellung interpretierbar sind. Als einen Aspekt davon muss man in einem Sozialexperiment die Vergleichbarkeit von Programm- und Vergleichsgruppe betrachten. Bei einem Sozialexperiment wird durch eine randomisierte Zuweisung der Probanden zur Programm- und Vergleichsgruppe sichergestellt, dass in den beiden Gruppe alle anderen relevanten Merkmale gleich verteilt sind. Auf diese Weise lässt sich durch einen Vergleich der Messwerte des Kriteriums zwischen Programm- und Vergleichsgruppe zeigen, ob und in welcher Weise eine gezielt durchgeführte Intervention mit Effekten verbunden ist.

Voraussetzung ist, dass die Zahl der Fälle in den beiden Gruppe groß genug ist (i.A. geht man davon aus, dass $n=30$ „groß genug“ ist), dass die Randomisierung effektiv war und dass andere relevante Merkmale in den beiden Gruppen dann tatsächlich gleich verteilt sind. Diese Voraussetzung der Gleichverteilung lässt sich für die gemessenen Variablen überprüfen. Sie ist erfüllt für die Merkmale Geschlecht, Familienstand, Haushaltsgröße, Stabilität des Unterstützungsnetzwerks¹⁷ und Pflegestufe. Die Verteilung dieser wichtigen Merkmale in der Programmgruppe unterscheidet sich nicht signifikant von der Verteilung in der Vergleichsgruppe.

¹⁷ Zur Messung vgl. Kapitel 5.

Tabelle 2-6: Verteilung relevanter Merkmale in der Programm- und Vergleichsgruppe

		Programm- gruppe	Vergleichs- gruppe	Signifikanz Chi-Quadrat- Test
Geschlecht	männlich	30%	34%	n.s.
	weiblich	70%	66%	
Altersgruppen	<60	15%	16%	n.s.
	60-70	13%	18%	
	70-80	26%	29%	
	80 und älter	46%	37%	
Familienstand	ledig	14%	15%	n.s.
	verheiratet	28%	29%	
	geschieden/ trennt lebend	12%	10%	
	verwitwet	46%	46%	
Pflegestufe	Pflegestufe I	54%	56%	n.s.
	Pflegestufe II	34%	35%	
	Pflegestufe III	12%	9%	
Haushalt der pflegebed. Person	Einpers.Haushalt	56%	52%	n.s.
	Zweipersonen-H.	34%	35%	
	Mehrpers.Haush.	10%	12%	
Netzwerk	kein, prek. NW	44%	37%	n.s.
	labiles NW	24%	31%	
	stabiles NW	32%	32%	
vorhergeh. Leistungsart	Geldleistung	23%	44%	ss
	Kombileistung	18%	15%	
	Sachleistung	40%	24%	
	anderes	18%	17%	
insges.		100%	100%	100%

n.s.: nicht signifikant; Irrtumswahrscheinlichkeit > 5 %

ss: sehr signifikant; Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %

Ein hochsignifikanter Unterschied ist jedoch für das Merkmal „vorhergehender Leistungsbezug“ beobachtbar. Dieser Unterschied ist erklärbar und ergibt sich aus verschiedenen im Projektverlauf getroffenen und notwendigen Entscheidungen in den einzelnen Standorten:

Tabelle 2-7: Erhebungen in den Standorten: Leistungsart

Vorhergehende Leistungsart	Anna-berg	Erfurt	Kassel	Marburg-Bieden-kopf	Münch-en	Neuwied	Unna	insges.
Programm-								
gruppe								
Geldleistung		23	3		20	75	4	125
Kombileistung	6	5	5	14	31	19	18	98
Sachleistung	18	20	28	25	80	18	27	216
anderes	5	1	11	26	28	11	15	97
insges.	29	49	47	65	159	123	64	536
Vergleichs-								
gruppe								
Geldleistung		12	2	2		55	4	75
Kombileistung		3	1	11		8	2	25
Sachleistung	1	15	9	11		4	1	41
anderes	6		2	7		8	6	29
insges.	7	30	14	31		75	13	170
alle								
Geldleistung		35	5	2	20	130	8	200
Kombileistung	6	8	6	25	31	27	20	123
Sachleistung	19	35	37	36	80	22	28	257
anderes	11	1	13	33	28	19	21	126
insges.	36	79	61	96	159	198	77	706

Wegen Anlaufschwierigkeiten im Standort München konnten am Budget Interessierte relativ spät in das Projekt aufgenommen werden und deshalb wurden alle in die Programmgruppe aufgenommen. Der Anteil der Sachleistungsempfänger war in München besonders hoch.

Neuwied wurde als ein Standort mit einem hohem Anteil von Geldleistungsempfängern vorgesehen und hat nur relativ wenige Sach- bzw. Kombileistungsempfänger, die auch überwiegend der Programmgruppe angehören. Insgesamt – also Programm- und Vergleichsgruppe zusammengefasst – ist Neuwied der Standort, der die Verhältnisse in der Grundgesamtheit der häuslich versorgten Pflegebedürftigen am besten repräsentiert:

Tabelle 2-8: Vorhergehende Leistungsart und Standort Neuwied

Vorhergehende Leistungsart	Anteil am Standort Neuwied	Geschätzter Anteil in der Grundgesamtheit
Geldleistung	66 %	73 %
Kombileistung	14 %	15 %
Sachleistung	15 %	12 %
anderes	12 %	*
insgesamt	100 %	100 %

Quelle:
H. Rothgang aaO.

Aus diesem Grund würde es sich anbieten, für Analysen bei denen es darum geht, auf die Grundgesamtheit der häuslich versorgten Pflegebedürftigen zu generalisie-

ren, nur den Standort Neuwied zu berücksichtigen. Gegen diese Strategie spricht jedoch, dass differenzierte Analysen wegen der geringen Fallzahl nicht möglich sind. Auch für Evaluationszwecke ist eine solche Beschränkung auf Neuwied nur begrenzt sinnvoll, da die Zahl der Fälle in den Folgerhebungen zu gering ist.

Im Hinblick auf die Leistungsarten lassen sich die größten Abweichungen zur Grundgesamtheit der häuslich versorgten Pflegebedürftigen für den Standort München beobachten. Diese Abweichungen sind das Resultat der bereits dargelegten projektstrategischen Entscheidungen.

Wegen der Unterschiede in den Anteilen von vorher bezogenen Leistungsarten (bzw. aktuellen Leistungsarten in der Vergleichsgruppe) ist es nicht sinnvoll, Ergebnisse für die Programm- und Vergleichsgruppe direkt zu vergleichen. Zu vermuten ist und wird auch durch empirische Studien belegt, dass die Leistungsarten Geld-, Sach- und Kombileistungen in sehr unterschiedlichen sozialen und biographischen Kontexten gewählt werden und auch auf sehr unterschiedliche Bewältigungsstrategien und Pflegearrangements verweisen (Blinkert/Klie, 1999, 2004).

Durch die ungleiche Verteilung der traditionellen Leistungsarten in der Programm- und in der Vergleichsgruppe werden also „Störbedingungen“ wirksam, die es unmöglich machen, den Effekt des Budgets durch einfaches Vergleichen zwischen den Gruppen abzuschätzen. Dieses Problem lässt sich lösen, indem die „Störvariablen“ – Art des vorhergehenden Leistungsbezugs und damit korrelierende Bedingungen – kontrolliert werden. Dazu gibt es verschiedene Möglichkeiten. Wenn die Zahl der Fälle genügend groß ist, kann das durch eine Differenzierung der Ergebnisse nach der vorhergehenden Leistungsart erfolgen. Eine weitere von uns genutzte Möglichkeit besteht darin, die Fälle in der Stichprobe so zu gewichten, dass die traditionellen Leistungsarten in der Programm- und Vergleichsgruppe annähernd gleich verteilt sind.

2.2.3 Interne Validität der Daten: Verzögerte Durchführung der Befragungen?

Die Ersterhebungen sollten zeitnah zur Anmeldung zum Budgetprojekt erfolgen, um auszuschließen, dass eventuelle Effekte des Budgets in die Informationen über die Ausgangssituation eingehen. Dieses Ziel konnte im Wesentlichen erreicht werden: 33 % der Erstbefragungen konnten praktisch ohne zeitliche Verzögerung durchgeführt werden, weitere 24 % innerhalb von zwei Wochen nach Anmeldung zur Teil-

nahme am Projekt. Für die Programmgruppe sind die Verhältnisse noch günstiger: 41 % der Teilnehmer wurden ohne Verzögerung interviewt und 28 % innerhalb von zwei Wochen. Für fast 70 % der Teilnehmer an der Programmgruppe kann also ausgeschlossen werden, dass über die Beratung durch das Case Management ein Einfluss wirksam wurde, der eine valide Einschätzung der Ausgangsbedingungen unmöglich macht. Für die Vergleichsgruppe sind die Verhältnisse ungünstiger: Nur 20 % der Teilnehmer konnten in einem Zeitraum von bis zu zwei Wochen nach Anmeldung zum Projekt interviewt werden. Da für die Vergleichsgruppe jedoch kein Einfluss durch Budget und Case Management möglich ist, ergeben sich aus den Verzögerungen keine weiteren Interpretationsprobleme.

Für die Programmgruppe wurde untersucht, ob sich die verzögert interviewten Teilnehmer in einer auffälligen und signifikanten Weise von den zeitnah Befragten unterscheiden. Dazu wurden Merkmale berücksichtigt, die sich auf die Struktur des Pflegearrangement beziehen: von Angehörigen, Bekannten, Freunden, Nachbarn, von Pflegediensten und sonstigen beruflichen Anbietern in die Pflege investierte Zeit (zur Erläuterung und Messung vgl. Kapitel 4). Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Wir schließen daraus, dass auch für die Fälle, bei denen die Ersterhebung verzögert durchgeführt wurde, gültige Informationen über die Ausgangssituation vorliegen.

2.2.4 Interne Validität: Wurde das erhoben, was erhoben werden sollte?

Im Wesentlichen lässt sich diese Frage mit „ja“ beantworten. Es gibt allerdings ein nicht unerhebliches Problem: Nicht wenige der Pflegebedürftigen sind nicht oder nur mit großen Einschränkungen in der Lage, an einer Interviewsituation teilzunehmen und so zu reagieren, wie wir Forscher uns das vorstellen und wünschen. Das hat verschiedene Gründe: Der wichtigste ist, dass rund 40 % der befragten pflegebedürftigen Personen demenziell erkrankt sind (genauere Einschätzungen sind nicht möglich, vgl. dazu Kap. 5, den Abschnitt über Demenz). Weitere Gründe sind, dass Befragte manchmal schwerhörig sind, schnell müde werden, sich nicht lange genug konzentrieren können usw. In solchen Fällen wurde die Befragung mit einer Vertrauensperson durchgeführt, die in der Regel auch die „Hauptpflegeperson“ ist, in einigen Fällen aber auch ein Betreuer. 28 % der Pflegebedürftigen haben allein an dem Interview teilgenommen. 56 % haben zusammen mit einer anderen Person die Fragen

beantwortet und 16 % der Interviews wurden gänzlich von einer anderen Person geführt.

Im Prinzip sind die über andere Personen erhobenen Daten unproblematisch, wenn es sich um „objektivierbare Informationen“ handelt: z.B. Alter, Geschlecht, Familienstand, Pflegestufe, erhaltene Hilfen. Problematisch sind jedoch Daten, die sich auf Einschätzungen beziehen: z.B. Wie zufrieden ist man mit der Versorgungssituation? Was für Hilfen fehlen? Wie wird die Lebensqualität bewertet? Bei diesen Fragen, sollte die für den Pflegebedürftigen antwortende Person die Antwort aus dessen Sicht geben. Natürlich ist das problematisch und mit erheblichen Zweifeln an der Gültigkeit von Einschätzungen verbunden. Bei der Auswertung und Interpretation werden wir diesen Umstand berücksichtigen. Ebenfalls problematisch ist die folgende Konstellation: Pflegebedürftige, die nach der Einschätzung der Interviewer deutliche Anzeichen von Demenz zeigen, die aber dennoch die Fragen selber beantwortet haben. Das ist bei 16 Interviews (= 2 %) der Fall. Wo das wichtig und sinnvoll ist, werden diese Fälle bei der Auswertung nicht berücksichtigt.

3. Eintritt und Ausstieg aus dem Projekt

3.1 Gründe für den Eintritt in das Budgetprojekt

Das Pflegebudget soll eine flexiblere Bedarfsdeckung ermöglichen. Wir haben in den Interviews zur Ersterhebung danach gefragt, welche Gründe für den Projekteintritt genannt werden. Das erfolgte zunächst in einer „Vorfeldbefragung“ (Anlage I), die aber im weiteren Projektverlauf in die Erstbefragung der Pflegebedürftigen integriert wurde. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich nur auf 440 Pflegebedürftige, denen die Fragen nach den Gründen für die Projektteilnahme bei der Erstbefragung gestellt wurden: eine offene Frage ohne Vorgaben und eine geschlossene Frage mit einer Reihe von potentiell wichtigen Gründen für den Eintritt in das Budgetprojekt. Die Antworten auf die offene Frage haben dazu beigetragen, die Gründe etwas differenzierter zu erfassen und die Aussagen zu den geschlossenen Fragen zu konkretisieren. Die Aussagen zu beiden Fragen wurden zusammengefasst.

Die Gründe für den Eintritt in das Projekt entsprechen voll und ganz den mit der Einführung des persönlichen Pflegebudgets verbundenen Intentionen: Nahezu alle (98 %) geben in verschiedenen Varianten als Grund das höhere Maß an Flexibilität an. Explizit genannt werden vor allem

- mehr Freiheit und Wahlmöglichkeiten,
- die Möglichkeit, Leistungen nachfragen zu können, die im Sachleistungskatalog nicht vorgesehen sind und
- die bessere Finanzierbarkeit von bedarfsgerechten Leistungen.

In der offenen Frage wurde in einigen Fällen ausdrücklich auf einen hohen Betreuungsbedarf hingewiesen, der vor allem in Verbindung mit Demenz entsteht. Auch die Entlastung von Angehörigen und die Sicherung der häuslichen Versorgung wurden bei der offenen Frage als Gründe genannt.

Tabelle 3-1: Gründe für die Teilnahme am Budgetprojekt

	Programm- gruppe	Vergleichs- gruppe	insgesamt
Flexibilität, mehr Wahlfreiheit, bedarfsgerechtere Leistungen	98%	94%	97%
darunter:			
bessere Möglichkeiten zur Finanzierung geeigneter Leistungen	84%	87%	85%
Möglichkeit zur freien Wahl von Leistungen	80%	59%	75%
nicht so eingeschränkte Möglichkeiten wie bei den Sachleistungen	53%	22%	45%
Die besondere Bedarfssituation	64%	41%	59%
darunter (Nennungen zu der offenen Frage):			
Betreuung	11%	6%	10%
Demenz	2%		1%
Entlastung der Pflegenden	7%	10%	8%
Entlassung aus Krankenhaus	1%	1%	1%
Heimvermeidung, Sicherung der häuslichen Versorgung	3%	1%	3%
Beratung/Betreuung durch das Case Management	61%	51%	59%
Anzahl	335	105	440

Neben der erwarteten und auch gewünschten größeren Flexibilität der Versorgung mit Hilfe des persönlichen Pflegebudgets wird auch besonders die Möglichkeit einer intensiven Beratung und Betreuung durch das Case Management¹⁸ als Grund für die Teilnahme genannt: Rund 60 % der Interessenten sagten, das sei ein wichtiger Grund für sie.

Zwischen Programm- und Vergleichsgruppe gibt es nur wenig Unterschiede hinsichtlich der Gründe für einen Eintritt in das Projekt. Der allgemeine Wunsch nach mehr Flexibilität ist in den beiden Gruppen nahezu gleich stark. Das gilt im Prinzip auch für den Grund, dass man sich Beratung und Betreuung durch das Case Management verspricht. Größere Unterschiede gibt es nur bei der negativen Beurteilung der Sachleistungen als Eintrittsgrund, der in der Vergleichsgruppe deutlich seltener vorkommt. Das hat seinen Grund darin, dass es in der Vergleichsgruppe sehr viel weniger Sachleistungsempfänger gibt und die Beurteilung des Sachleistungskatalogs deshalb dann auch eine sehr viel geringere Bedeutung besitzt.

Für den Stellenwert von einigen der genannten Gründe hat die vor Eintritt in das Projekt gewählte Leistungsart eine gewisse Bedeutung:

¹⁸ Natürlich wurde in dem Interview nicht der Begriff „Case Management“ verwendet.

Tabelle 3-2: Gründe für den Eintritt in das Budgetprojekt und vorhergehende Leistungsart

	Vorhergehende Leistungsart			insgesamt
	Geld- leistungen	Kombi- leistungen	Sach- leistungen	
Flexibilität, mehr Wahlfreiheit, bedarfsgerechtere Leistungen	99%	99%	98%	97%
darunter:				
bessere Möglichkeiten zur Finanzierung geeigneter Leistungen	86%	90%	85%	85%
Möglichkeit zur freien Wahl von Leistungen	62%	77%	81%	75%
nicht so eingeschränkte Möglichkeiten wie bei den Sachleistungen	20%	54%	55%	45%
Die besondere Bedarfssituation	41%	69%	70%	59%
<i>darunter (Nennungen zu der offenen Frage):</i>				
<i>Betreuung</i>	11%	9%	14%	10%
<i>Demenz</i>		1%	2%	1%
<i>Entlastung der Pflegenden</i>	17%	15%	1%	8%
<i>Entlassung aus Krankenhaus</i>		1%		1%
<i>Heimvermeidung, Sicherung der häuslichen Versorgung</i>	3%	1%	3%	3%
Beratung/Betreuung durch CM	63%	63%	54%	59%
	100%		100%	100%
Anzahl	76	91	145	431

Das gilt nicht für den allgemeinen Wunsch nach mehr Flexibilität und Wahlmöglichkeiten, der bei Geld-, Kombi- und Sachleistungsbeziehern in gleichem Maße im Vordergrund steht. Eine negative Beurteilung der Sachleistungen ist jedoch bei den Empfängern von Kombi- und Sachleistungen häufiger ein Grund für den Eintritt in das Projekt als bei den Geldleistungsbeziehern. Auch besondere Bedarfssituationen haben für Teilnehmer mit vorgehendem Kombi- und Sachleistungsbezug eine größere Bedeutung. Die explizite Nennung des Grundes „Entlastung von pflegenden Angehörigen“ bei der offenen Frage kommt deutlich häufiger bei Geld- und Kombileistungsbeziehern vor als bei den Sachleistungsempfängern. Auch das ist verständlich, denn Angehörige sind bei Geldleistungsbeziehern im Durchschnitt stärker am Versorgungsprozess beteiligt als bei den Empfängern von Sach- und Kombileistungen.

3.2 Beendigung der Teilnahme und Abbruchgründe

Von den in der Ersterhebung befragten Pflegebedürftigen, haben 38 % (271 von 706) ihre Teilnahme beendet. Die Anteile der Abbrecher sind in der Programm- und Vergleichsgruppe ungefähr gleich groß (38% und 37 %).

Die folgenden Abbruchgründe sind bekannt:

Tabelle 3-3: Abbruchgründe in der Programm- und Vergleichsgruppe

Gründe für die Beendigung der Teilnahme	Pflegebedürftige Person gehört zur Programm-/ Vergleichsgruppe?				insgesamt	
	Programmgruppe		Vergleichsgruppe		Anzahl	
		Anzahl		Anzahl		Anzahl
verstorben	48%	100	32%	20	44%	120
Übergang in ein Pflegeheim	29%	61	30%	19	30%	80
projektspezifische Gründe	8%	17	6%	4	8%	21
darunter:						
gekündigt, da in Vergleichsgruppe Helfer können/wollen nicht durch Budget bezahlt werden	5%	10	6%	4	1%	4
andere Leistungen (z.B. "Hilfe zur Pflege") fallen bei Budgetbezug weg	1%	3			1%	3
Kündigung durch den Projektträger	1%	2			.	1
Organisationsaufwand für Budget zu hoch	.	1			.	1
sonstige Gründe	14%	30	32%	20	19%	50
darunter:						
ohne Angabe von Gründen	4%	9	16%	10	7%	19
keine Pflegestufe mehr	3%	6	5%	3	3%	8
Überlastung wegen gesundheitlicher Verschlechterung			3%	2	1%	2
Wechsel in Programmgruppe			2%	1	.	1
„Sonstige, nicht spezifizierte Gründe“	7%	15	6%	4	7%	19
insgesamt	100%	208	100%	63	100%	271

Bei 30 % der Teilnahmebeendigungen war der Grund der Übergang in ein Pflegeheim – 29 % in der Programm- und 30 % in der Vergleichsgruppe. Sehr hoch ist mit 44 % der Anteil der Verstorbenen: bei den Budgetnehmern mit 48 % deutlich höher als bei den Teilnehmern der Vergleichsgruppe (nur 32 %). Es ist jedoch kaum anzunehmen, dass dieser Unterschied sich durch die Verfügbarkeit über das persönliche Budget erklären lässt. Am plausibelsten ist die Erklärung, dass wir über die Verstorbenen der Vergleichsgruppe keine Informationen haben und die Ausfälle dann unter „sonstige Gründe“ bzw. „ohne Angabe“ (16 %) geführt werden.

Für diejenigen, die nicht verstorben sind und ihre Teilnahme beendet haben, wurde untersucht, ob es eine Beziehung gibt zwischen den Eintrittsgründen und den Gründen für den Abbruch. Das ist nicht der Fall. Die Eintrittsgründe der nicht mehr Teilnehmenden unterscheiden sich nicht von denen der Teilnehmer.

Überforderung durch das Projekt wird so gut wie gar nicht als Grund für den Abbruch genannt (nur von einem Teilnehmer aus der Programmgruppe). Eine gewisse Enttäuschung wird von 6 % der Budgetnehmer (n=13) zum Ausdruck gebracht: Drei sagen, dass andere Leistungen wegen des Budgets wegfallen würden und 10 brechen das Projekt ab, weil sich bestimmte Helfer (vermutlich Angehörige) nun nicht mehr bezahlen lassen. In der Vergleichsgruppe brechen nur vier Teilnehmer ab, weil sie über die Zuordnung zur Vergleichsgruppe enttäuscht sind.

3.3 Dauer des Leistungsbezugs und der Projektteilnahme

Für unsere Auswertungen sind im Prinzip drei „Verweilzeiten“ bedeutsam:

1. Die Dauer des Bezugs von Leistungen nach der Pflegeversicherung (Dauer des vorhergehenden Leistungsbezugs) vor Eintritt in das Budgetprojekt.
2. Die Dauer der Teilnahme am Budgetprojekt (Projektzeit).
3. Die Summe aus den beiden Zeiten ergibt die gesamte Dauer des Leistungsbezugs.

Dauer des Leistungsbezugs vor Eintritt in das Budgetprojekt

Die Dauer des Leistungsbezugs vor Eintritt können wir nur näherungsweise schätzen: Gefragt wurde nach dem Jahr und dem Monat des erstmaligen Bezugs von Leistungen nach der Pflegeversicherung. Die Differenz zum Anmeldetag ergibt dann die Dauer des Leistungsbezugs vor der Teilnahme.¹⁹ Zu berücksichtigen ist jedoch, dass es bei der Angabe des Zeitpunktes der erstmaligen Leistung nach der Pflegeversicherung Ungenauigkeiten geben kann. Das zeigt sich u.a. auch daran, dass in einigen Fällen der Beginn von Leistungen vor dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Pflegeversicherung datiert wurde. Offensichtlich wurde in diesen Fällen so verfahren, dass der Zeitpunkt angegeben wurde, ab dem überhaupt irgendwelche Leistungen zur Sicherung der Versorgung erfolgt sind.²⁰

Mit diesen Vorbehalten und Einschränkungen ergibt sich das folgende Ergebnis: Im Durchschnitt haben die Teilnehmer am Budgetprojekt bereits 33 Monate, also knapp 3 Jahre, Leistungen nach der Pflegeversicherung erhalten.²¹ Dieser Mittelwert ist jedoch nicht sehr aussagekräftig, da die Verteilung der Zeiten sehr „linkssteil“ ist: 41 % haben nur bis zu einem Jahr Leistungen nach der Pflegeversicherung bezogen, 57 % bis zu zwei Jahre:

¹⁹ Der Beginn des Leistungsbezugs wurde nur nach Jahr und Monat erfasst. Um Berechnungen durchführen zu können, wurde einheitlich immer der 1. eines Monats als Tag des Beginns festgelegt.

²⁰ Es ist jedoch nicht rekonstruierbar, ob grundsätzlich in dieser Weise verfahren wurde.

²¹ Wegen fehlender bzw. ungenauer Angaben konnte diese Zeitdauer nur für 540 Erstbefragte (77 % von 706) ermittelt werden.

Tabelle 3-4: Dauer des Leistungsbezugs vor Eintritt in das

	Programm- gruppe	Vergleichs- gruppe	insgesamt	Kumul. Prozente
1 Jahr und weniger	41%	41%	41%	41%
1 bis 2 Jahre	16%	17%	16%	57%
2 bis 4 Jahre	16%	23%	17%	74%
4 bis 6 Jahre	12%	6%	11%	85%
6 bis 8 Jahre	6%	5%	6%	91%
8 bis 10 Jahre	4%	2%	3%	94%
10 Jahre und länger	6%	6%	6%	100%
	100%	100%	100%	
Durchschnitt	34 Monate	31 Monate	33 Monate	
Anzahl	417	123	540	540

Dauer der Teilnahme am Projekt

Die Verweildauer im Projekt lässt sich relativ genau bestimmen. Sie ergibt sich für die Teilnehmer als Differenz zwischen dem Anmeldedatum und dem Stichtag (30.11.2007) und für die Abbrecher als Differenz zwischen Anmeldedatum und Datum des Ausstiegs. Ungenauigkeiten können sich jedoch ergeben, wenn das Abbruchdatum nicht exakt bestimmbar ist wie das z.B. der Fall sein kann, wenn die Teilnahme beendet wurde, weil jemand verstorben ist. Die durchschnittliche Dauer der Teilnahme am Projekt beträgt 14 Monate; ein Viertel der Pflegebedürftigen hat weniger als 6 Monate teilgenommen, rund die Hälfte bis zu 12 Monaten.

Tabelle 3-5: Dauer der Projektteilnahme

	Programm- gruppe	Vergleichs- gruppe	insgesamt	Kumul. Prozente
bis 6 Monate	31%	12%	26%	26%
6 bis 12 Monate	23%	26%	24%	50%
12 bis 18 Monate	16%	24%	18%	68%
18 bis 24 Monate	9%	16%	11%	79%
24 bis 30 Monate	11%	8%	10%	89%
30 bis 36 Monate	10%	14%	11%	100%
	100%	100%	100%	
Durchschnitt	14 Monate	16 Monate	14 Monate	
Anzahl	528	170	698	698

Die geringere Durchschnittsdauer in der Programmgruppe erklärt sich dadurch, dass am Standort München erst relativ spät mit der Rekrutierung von Teilnehmern begon-

nen wurde und alle Interessenten in die Programmgruppe aufgenommen wurden. Die Dauer der Projektteilnahme ist am Standort München mit durchschnittlich 10 Monaten im Vergleich zu den anderen Standorten (13 bis 18 Monate) extrem kurz.

Dauer des Leistungsbezugs insgesamt

Die Gesamtdauer des Leistungsbezugs der Projektteilnehmer ergibt sich als Summe der Dauer des Leistungsbezugs vor Eintritt in das Projekt und der im Projekt verbrachten Zeit.

Tabelle 3-6: Gesamte Dauer des Leistungsbezugs

		Programm- gruppe	Vergleichs- gruppe	insgesamt	Kumul. Prozente
gesamte Dauer des Leistungsbezugs	1 Jahr und weniger	17%	11%	15%	15%
	1 bis 2 Jahre	16%	23%	17%	32%
	2 bis 4 Jahre	30%	32%	30%	62%
	4 bis 6 Jahre	14%	17%	15%	77%
	6 bis 8 Jahre	11%	6%	10%	87%
	8 bis 10 Jahre	5%	2%	5%	92%
	10 Jahre und länger	8%	9%	8%	100%
insges.		100%	100%	100%	
		412	123	535	535

Diese von uns ermittelte Dauer des Leistungsbezugs kann nur näherungsweise und mit Einschränkungen als Indikator für die Dauer der Pflegebedürftigkeit interpretiert werden. Pflegebedürftigkeit kann bereits vor Inkrafttreten der Pflegeversicherung vorgelegen haben und es gibt vielleicht auch Fälle von Pflegebedürftigkeit, bei denen es für eine gewisse Zeit keine Leistungen gegeben hat.

Der Anteil der Zeit der Teilnahme am Projekt an der gesamten Zeit des Leistungsbezugs variiert erheblich. Deutliche Unterschiede zwischen der Programm- und der Vergleichsgruppe sind nicht beobachtbar.

Tabelle 3-7: Anteil der Projektzeit an der gesamten Dauer des Leistungsbezugs

		Programm- gruppe	Vergleichs- gruppe	insgesamt
Anteil der Projektzeit an der gesamten Dauer des Leistungsbezugs	75 bis 100 %	23%	24%	23%
	50 bis 75 %	17%	25%	19%
	25 bis 50 %	25%	24%	25%
	weniger als 25 %	35%	27%	33%
insgesamt		100%	100%	100%
	Anzahl	412	123	535

Für rund ein Viertel der Teilnehmer deckt sich die Zeit der Teilnahme am Projekt fast völlig mit der Dauer des Leistungsbezugs. Die Projektzeit hat einen Anteil von 75 % bis 100 % an der Zeit des Leistungsbezugs. Für rund ein Drittel dagegen hat die Teilnahme am Budgetprojekt unter Zeitgesichtspunkten eher eine marginale Bedeutung: Die Dauer der Projektteilnahme hat nur einen Anteil von 25 % und weniger an der der Dauer des Leistungsbezugs.

Die folgende Tabelle zeigt, dass sich die Standorte zum Teil ganz erheblich hinsichtlich der durchschnittlichen Projektzeiten und Zeiten des Leistungsbezugs vor Eintritt in das Projekt unterscheiden:

Tabelle 3-8: Dauer des Leistungsbezugs und Projektzeit in den Standorten

Standort (Landkreis/ Stadt)	Projektzeit in Monaten, Erst- erhebung durchgeführt	Dauer des Leistungs- bezugs bis zur Projekt- aufnahme, Monate	gesamte Dauer des Leistungs- bezugs	Anzahl der Fälle
Annaberg	17	31	48	36
Erfurt	15	29	45	79
Kassel	17	29	47	61
Marburg-Biedenkopf	15	26	41	95
München	10	29	39	157
Neuwied	17	42	60	194
Unna	12	36	48	76
insgesamt	14	33	48	698

Besonders auffällig ist der Standort München, für den die durchschnittliche Projektzeit deutlich niedriger ist als im Durchschnitt. Die dafür maßgeblichen projektstrategischen Gründe wurden bereits erläutert.

Teil II:

Situation der Pflegebedürftigen und der Pflegenden Ergebnisse aus den Ersterhebungen

Vorbemerkungen

Die im Verlauf der Begleitforschung erhobenen Informationen ermöglichen neben der Evaluation des Pflegebudgets vielfältige Analysen zur Situation der Pflegebedürftigen und der Pflegenden. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse beziehen sich auf die *Ersterhebungen* bei den Pflegebedürftigen und bei den Hauptpflegepersonen und sind unter drei Gesichtspunkten bedeutsam:

1. Da sie sich auf Informationen beziehen, die zum Zeitpunkt der Ersterhebung gewonnen wurden, beschreiben sie die Ausgangssituation der Teilnehmer. Sie beschreiben den Hintergrund und den Kontext, innerhalb dessen das persönliche Budget seine Wirkung entfaltet.
2. Aus diesen Analysen ergeben sich auch Kriterien zur Bewertung des Pflegebudgets: Bedingungen und Konstellationen, für die zu fragen ist, ob und wie sie sich im Verlauf der Teilnahme am Budgetprojekt verändert haben.
3. Die durch die Begleitforschung erhobenen Informationen – vor allem die Erkenntnisse aus der Ersterhebung - sind auch von großer Bedeutung für allgemeine pflegewissenschaftliche Fragestellungen. Sie lassen sich dazu nutzen, ein differenziertes Bild von der Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger zu gewinnen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass unsere Stichprobe für diese Grundgesamtheit nicht repräsentativ ist. Wir gehen jedoch davon aus, dass unsere durch Gewichtung korrigierte Stichprobe generalisierbare Einsichten ermöglicht. Die Fälle der Stichprobe sind dabei so gewichtet, dass die Anteile für die Leistungsarten Geld-, Kombi- und Sachleistungen den Anteilen in der Grundgesamtheit der häuslich versorgten Pflegebedürftigen entsprechen (vgl. dazu Kapitel 2).

Die Situation der Pflegebedürftigen beschreiben wir unter dem Gesichtspunkt der Realisierung von Pflegearrangements. Diese werden zunächst unter den für die Begleitforschung zentralen Aspekten beschrieben (Kap. 4) und im darauf folgenden Kapitel 5 wird ein Vorschlag zur Erklärung vorgelegt. Dabei berücksichtigen wir Bedarfslagen (Pflegebedürftigkeit) und das soziale Umfeld. In Kapitel 6 wird berichtet, welche Bedeutung Pflegearrangements für die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen haben. Die Situation der Pflegenden (Kap. 7) wird unter dem Gesichtspunkt der mit den Versorgungsaufgaben verbundenen Belastungen dargestellt.

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

Die Situation pflegebedürftiger Menschen wird vor allem von zwei Sachverhalten bzw. Konstellationen bestimmt: Zum einen hängen Befindlichkeiten und der Ablauf des Alltags von der Pflegebedürftigkeit selber ab, vom Umfang und von der spezifischen Art der Pflegebedürftigkeit. Und zum anderen ist es von erheblicher Bedeutung, in welcher Weise die Versorgung arrangiert ist. Dieser Gesichtspunkt steht in der Begleitforschung im Vordergrund: Welche Pflegearrangements werden durch das persönliche Pflegebudget ermöglicht und angeregt?

Die Frage nach Pflegearrangements besitzt also zentrale Bedeutung in der Begleitforschung. Diese soll klären, ob die Einführung der Leistungsart Pflegebudget zu Veränderungen geführt hat und in welche Richtung diese Veränderungen gehen. Die Beantwortung dieser Frage und ihre Umsetzung in Forschungsoperationen setzt eine „Theorie der Pflege“ voraus, die es bislang jedoch nicht gibt – zumindest nicht in der für die Zwecke unserer Begleitforschung erforderlichen Ausrichtung und Präzision.

Eine solche Theorie müsste zwei Bedingungen erfüllen: Aus ihr müsste erstens hervorgehen, wie Pflegearrangements sich auf empirisch-analytische Weise beschreiben lassen. Und zweitens müsste sie Ideen liefern, wie sich die derart beschriebenen Arrangements erklären lassen. Zu beiden Punkten haben wir im Verlauf der Begleitforschung Vorschläge entwickelt, die auch als Anregungen zur Entwicklung einer „Theorie der Pflege“ verstanden werden können.²²

²² Zum Stand der Theoriebildung und Forschung im Bereich der Pflege vgl. Schroeter/Rosenthal (2005) sowie Görres/Friesacher (2005).

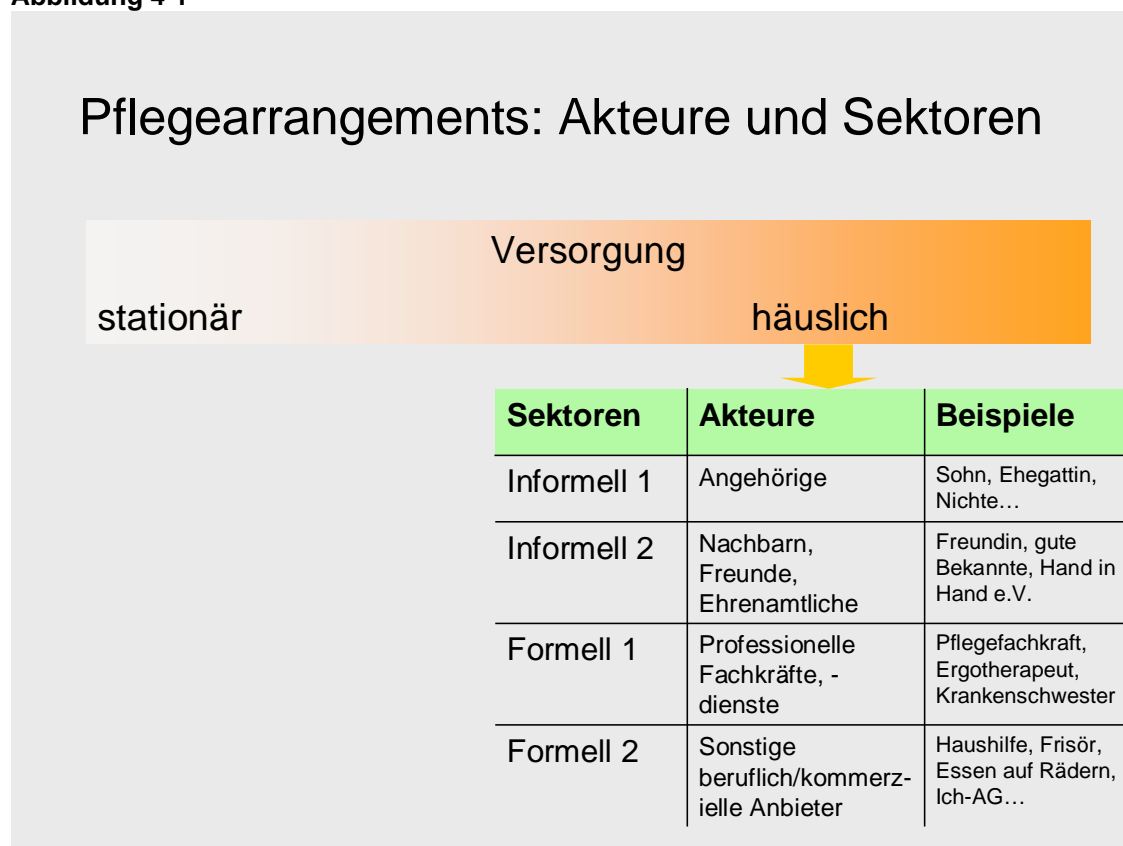
4.1 Beschreibung von Pflegearrangements: Das Akteur-Sektoren-Modell

In verschiedenen empirischen Untersuchungen konnten wir zeigen,²³ dass es sinnvoll ist, wesentliche Aspekte von Pflegearrangements in der folgenden Weise darzustellen:

Eine erste Unterscheidung ist grundlegend: die zwischen einer stationären und einer häuslichen Versorgung, wobei allerdings die z.T. fließenden Übergänge (Kurzzeitpflege, Tagespflege) nicht vernachlässigt werden dürfen.

Die Teilnehmer des Sozialexperiments Pflegebudget werden alle häuslich versorgt – deshalb beziehen sich die weiteren Unterscheidungen nur auf diesen Versorgungstyp.

Abbildung 4-1



Dazu haben wir vier Sektoren unterschieden: zwei informelle und zwei formelle Sektoren.²⁴

²³ Die Untersuchungen wurden vom „Freiburger Forschungsverbund soziale Sicherheit im Alter“ durchgeführt. Beteiligt an diesem Forschungsverbund sind der Arbeitskreis Gerontologie und Pflege der Evangelischen Fachhochschule Freiburg, das Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft und das Institut für Soziologie der Universität Freiburg. Veröffentlichungen über diese Studien – vgl. u.a.: Blinkert/Klie, (1999, 2000, 2004, 2006).

Für die beiden informellen Sektoren ist charakteristisch, dass sie ihre Versorgungsleistungen im Regelfall nicht auf der Grundlage einer fachlichen Ausbildung und unentgeltlich erbringen.

Der *informelle Sektor 1* umfasst die Angehörigen: Ehegatten, Töchter, Söhne, Schwiegerkinder, Nichten, Neffen, Enkel usw., also Akteure, die sich in einem verwandtschaftlichen Verhältnis zur pflegebedürftigen Person befinden.

Der *informelle Sektor 2* wird durch Freunde, Nachbarn, gute Bekannte und ehrenamtlich tätige Personen gebildet.

Dem *formellen Sektor 1* werden Akteure mit professioneller fachlicher Ausbildung zugerechnet: Pflegefachkräfte, die Beschäftigten von Pflegediensten, aber auch Logopäden, Ergotherapeuten, Krankenschwestern und -pfleger. Das spezifische Merkmal der Angehörigen dieses Sektors ist die für die Übernahme von Versorgungsaufgaben qualifizierende Ausbildung. Die Leistungen erfolgen in aller Regel auch nicht unentgeltlich. Sie werden zu einem großen Teil über die Pflegekassen abgerechnet aber zum Teil auch direkt bezahlt.

Zu dem *formellen Sektor 2* werden beruflich Tätige, aber auch kommerziell agierende Unternehmen gerechnet, die Dienstleistungen für Pflegebedürftige erbringen, aber ohne dass dafür eine pflegefachspezifische oder medizinische Ausbildung erforderlich ist. Beispiele sind Haushaltshilfen, Gärtner, Frisöre, Taxiunternehmer, Restaurants und Menübringdienste. Dazu zählen wir aber auch an der Pflege beteiligte Personen, von denen anzunehmen ist, dass sie dafür bezahlt werden und wegen der Bezahlung ihre Leistungen anbieten – z.B. „selbständige Dienstleistende“, „Ich-AGs“ und „Minijobber“.²⁵

Diese Sektoren und Akteure bringen jeweils ihre eigenen Qualitäten in die Gestaltung des Pflegearrangements ein: Professionelle mit ihrem Fachwissen und ihrer handwerklichen aber auch hermeneutischen Kompetenz, sonstige berufliche bzw.

²⁴ Zur ausführlichen Darstellung struktureller Unterschiede zwischen Familienpflege und professioneller Pflege vgl. Zeman (2005).

²⁵ Dieser formelle Sektor 2 fand in der bisherigen pflegefachlichen Diskussion kaum Beachtung, was darauf zurückzuführen ist, dass ein auf Verrichtungen ausgerichteter Begriff von Pflegebedürftigkeit die spezifische Leistungsfähigkeit dieses Sektors nicht berücksichtigen kann. Die Begleitforschung wird zeigen – wie noch deutlich wird –, dass diesem Sektor unter den Bedingungen des Pflegebudgets eine sehr große Bedeutung zukommt.

kommerzielle Anbieter die zur Bewältigung von Alltagsproblemen erforderlichen Dienste, die Angehörigen mit ihrer spezifischen Kenntnis und Nähe zum Pflegebedürftigen und der lebensweltlichen Vertrautheit, Nachbarn und Ehrenamtliche mit ihrem Interesse an der Person des Pflegebedürftigen und in der von ihnen herzustellenden Einbindung des Pflegebedürftigen in soziale Kontexte der Gesellschaft.

4.2 Basis für Beschreibungen: die Hilfe-Helfer-Matrix

Die Beziehungen zwischen Pflegebedürftigen und den von uns unterschiedenen Akteuren und Sektoren lassen sich durch eine „Hilfe-Helfer-Matrix“ beschreiben.

Eine Matrix ist das geordnete Schema ihrer Elemente, wobei außer dem Wert eines Elementes noch seine durch einen Doppelindex gekennzeichnete Position im Schema, seine Zeilennummer und seine Spaltennummer, wesentlich sind.

Die Einheiten einer Hilfe-Helfer-Matrix sind Hilfebeziehungen (R_{ij}), die zwischen Helfern (Akteuren oder Sektoren) (A_i) und bestimmten Hilfen bzw. Versorgungsleistungen (H_j) bestehen. Hilfebeziehungen sind also die Elemente der Matrix. In einer Spalte stehen die Beziehungen des Akteurs/Sektors j für alle Versorgungsleistungen H_1 bis H_n , und in einer Zeile stehen die Beziehungen zu allen Akteuren/Sektoren A_1 bis A_m für eine Versorgungsleistung i .

Abbildung 4-2

Pflegearrangements: Hilfe-Helfer-Matrix: die Zuordnung von Hilfen zu Helfern

Hilfen	Helfer (Akteure, Sektoren)					Zeilen- summen
	A_1	...	A_j	...	A_m	
H_1	R_{11}	...	R_{1j}	...	R_{1m}	
...	
H_i	R_{i1}	...	R_{ij}	...	R_{im}	
...	
H_n	R_{n1}	...	R_{nj}	...	R_{nm}	
Spalten- summen						

Hilfebeziehungen R_{ij} können in einer solchen Matrix unterschiedlich abgebildet werden: ob eine Hilfebeziehung besteht, wie viele Beziehungen bestehen, wie viel Zeit für eine Beziehung aufgewendet wird, ob eine Bezahlung erfolgt und in welcher Höhe.

Die folgende Matrix beschreibt zusammenfassend die Hilfebeziehungen für 706 Pflegebedürftige aus der Ersterhebung der Begleitforschung:

Tabelle 4-1: Hilfe-Helfer-Matrix

	inf. Sektor 1	inf. Sektor 2	form. Sektor 1	form. Sektor 2	unklare Zuordnung	Hilfen: Zahl der Hilfebeziehungen
Körperpflege	1009	81	771	292	52	2205
Hilfe zur Ernährung	670	54	152	216	26	1118
Hilfe zur Hauswirtschaft	1588	162	310	362	96	2518
Hilfe zur Mobilität	1385	131	430	283	50	2279
Behandlungspflege	386	13	317	76	14	806
sonstiges (Betreuung, Teilhabe, Reha, Wellness)	40	3	6	14		63
Sektoren: Zahl der Hilfebeziehungen	5078	444	1986	1243	238	8989

Durchschnitt für die Sektoren – ungewichtete Stichprobe	7,2	0,6	2,8	1,8	0,3	12,7
Durchschnitt für die Sektoren – gewichtete Stichprobe	7,9	0,9	1,6	1,7	0,4	12,5
Anzahl der Akteure/Helfer	924	212	519	277	22	1954
Durchschnittliche Zahl der Helfer – ungewichtete Stichprobe	1,31	0,30	0,74	0,39	0,03	2,77
Durchschnittliche Zahl der Helfer – gewichtete Stichprobe	1,35	0,33	0,48	0,39	0,03	2,56

Eine solche Hilfe-Helfer-Matrix ist von erheblichem analytischem Nutzen. Sie lässt sich mit unterschiedlichen Graden der Differenziertheit erstellen – statt mit umfassenden Hilfekategorien, wie in dem Beispiel, lassen sich einzelne „Verrichtungen“ bzw. Hilfeleistungen berücksichtigen, statt mit Sektoren kann die Matrix für genauer bezeichnete Akteure erstellt werden, z.B. Töchter, Söhne, Ehegatten usw. Die Matrix kann auch für verschiedene Bedingungen der Versorgungssituation von Pflegebedürftigen erstellt werden – z.B. Matrizen für die verschiedenen Pflegestufen, Matrizen für Pflegebedürftige mit stabilem und mit prekärem Netzwerk usw. Und natürlich las-

sen sich auch eigene Matrizen für die Vergleichs- und für die Programmgruppe unter verschiedenen Bedingungen, z.B. zu verschiedenen Erhebungsphasen, erstellen.

Die Eintragungen der Matrix (ihre Elemente) können – je nach Fragestellung und Möglichkeiten – sehr unterschiedlich sein:

- Anzahl von Hilfebeziehungen (wie in Tabelle 4-1)
- Durchschnittliche Zahl von Hilfebeziehungen
- Für Hilfen aufgewendete Zeit (Summen, Mittelwerte)
- Für Hilfen gezahlte Geldbeträge (Summen, Mittelwerte)

Auf diese Weise lassen sich sehr genau unterschiedliche Pflegearrangements und die für sie charakteristischen Strukturen beschreiben.

Die Auswertungen können sich auf die einzelnen Elemente der Matrix beziehen, aber auch auf die Zeilen- und Spaltensummen.

Alles das setzt Daten voraus, für die in der bisherigen Pflegeforschung nur selten Erhebungen durchgeführt wurden.²⁶

²⁶ Ansatzweise wurde eine solche Matrix von Blinkert/Klie (1999) erstellt.

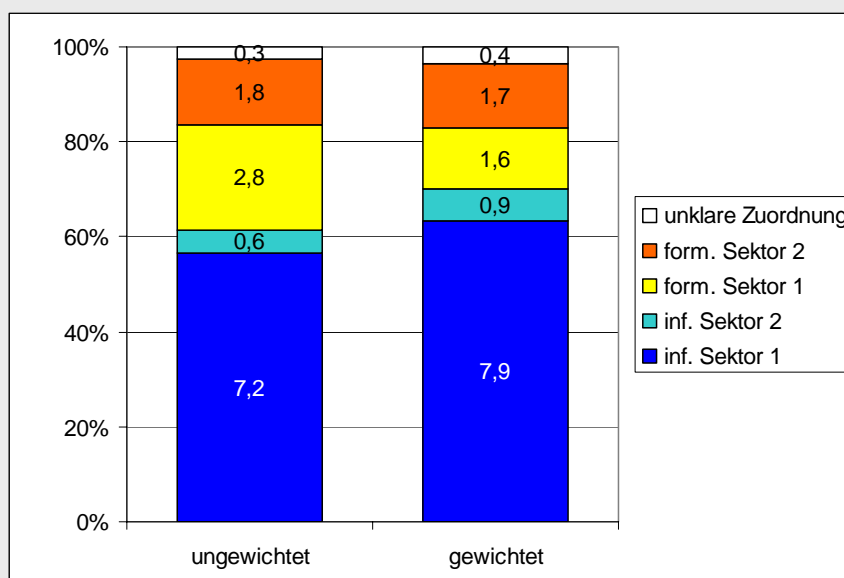
4.3 Hilfebeziehungen, Akteure und Sektoren in einem „durchschnittlichen“ Pflegearrangement

Die Hilfe-Helfer-Matrix unserer Begleitforschung lässt sich sinnvoll nur spaltenweise auswerten: über Vergleiche zwischen den Sektoren. Für eine zeilenweise Auswertung (Vergleiche zwischen Hilfen) wäre eine repräsentative und gewichtete Stichprobe der Aktivitäten („Verrichtungen“, Hilfeleistungen) erforderlich. Für den Bereich „Hilfen zur Mobilität“ z.B. wurden fünf items vorgegeben, für den Bereich „Hilfen zur Ernährung“ nur zwei. Allein aufgrund dieser unterschiedlichen Zahl von Vorgaben, die zudem auch noch unterschiedliche Bedeutungen hinsichtlich Aufwand und Wichtigkeit für die Versorgung haben, sind Vergleiche zwischen den Hilfebereichen (zwischen Zeilen der Matrix) nicht sinnvoll.

Im Durchschnitt berichten die erstbefragten Pflegebedürftigen in der ungewichteten Stichprobe der Begleitforschung über 12 bis 13 Hilfebeziehungen (12,7). Dieser Wert kann auch für die gewichtete Stichprobe (12,5) beobachtet werden. In der Zusammensetzung der Hilfebeziehungen unterscheidet sich jedoch die ungewichtete Stichprobe relativ deutlich von der gewichteten Stichprobe:

Abbildung 4-3

Anteil der Sektoren am „durchschnittlichen“ Pflegearrangement in der ungewichteten und gewichteten Stichprobe – durchschnittliche Zahl von Hilfebeziehungen



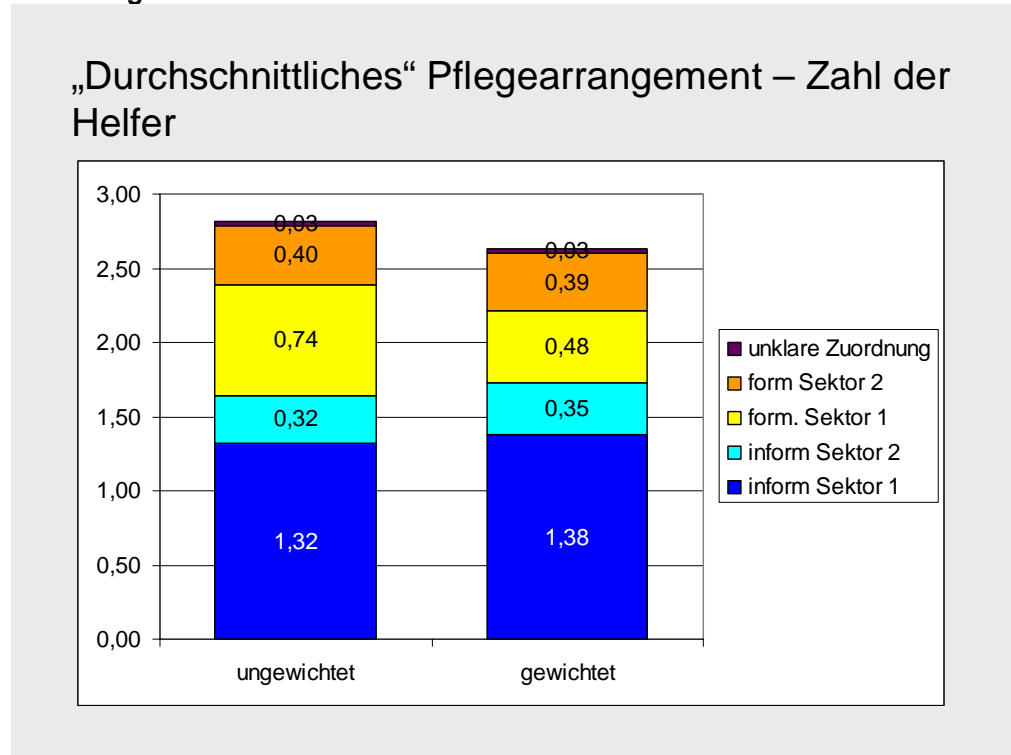
In der ungewichteten Stichprobe haben die Sachleistungen einen deutlich höheren Anteil als in der Grundgesamtheit der häuslich versorgten Pflegebedürftigen. Wenn die Fälle so gewichtet werden, dass die Leistungsarten in der Stichprobe der Verteilung in der Grundgesamtheit entsprechen – wenn also der Sachleistungsanteil durch die Gewichtung sehr viel niedriger und der Geldleistungsanteil höher wird – verändert sich auch die Struktur der Hilfebeziehungen: Die beiden informellen Sektoren gewinnen an Bedeutung und der formelle Sektor 1 (professionelle Fachkräfte) verliert an Bedeutung.

Akteure/Helfer in einem „durchschnittlichen“ Pflegearrangement

Im Durchschnitt verfügen die Pflegebedürftigen der Begleitforschung über zwei bis drei Helfer (Mittelwert: 2,77).²⁷ Am stärksten vertreten ist der informelle Sektor 1, also Helfer aus dem Bereich der Angehörigen; an zweiter Stelle stehen Helfer aus dem formellen Sektor 1, also Pflegefachkräfte. Die durchschnittliche Zahl der Helfer aus dem informellen Sektor 2 (Nachbarn, Freunde, Bekannte, Ehrenamtliche) und aus dem formellen Sektor 2 (sonstige berufliche und kommerzielle Anbieter) ist deutlich geringer:

²⁷ Ähnliche Werte werden auch in anderen Studien berichtet: Schneekloth/Leven (2002) gehen von durchschnittlich 2 Helfern aus, aaO, S. 18; ebenso Schupp/Kühnemund (2004).

Abbildung 4-4



In der repräsentativ gewichteten Stichprobe ist vor allem die Zahl der Helfer aus dem formellen Sektor 1 deutlich niedriger als in der ungewichteten Stichprobe der Begleitforschung. Dieser Unterschied ergibt sich deshalb, weil in der Stichprobe der Begleitforschung der Anteil der Sachleistungsempfänger deutlich höher ist als in der Grundgesamtheit der häuslich versorgten Pflegebedürftigen.

4.4 Beschreibung von Pflegearrangements durch Zeit und Geld

Arrangements der häuslichen Versorgung lassen sich auch unter den Gesichtspunkten von Zeit und Geld beschreiben. Das ist zwar vereinfachend, aber doch sinnvoll, um Arrangementstrukturen zu identifizieren und um zu Fragen angeregt zu werden, die auf Erklärungen abzielen.²⁸

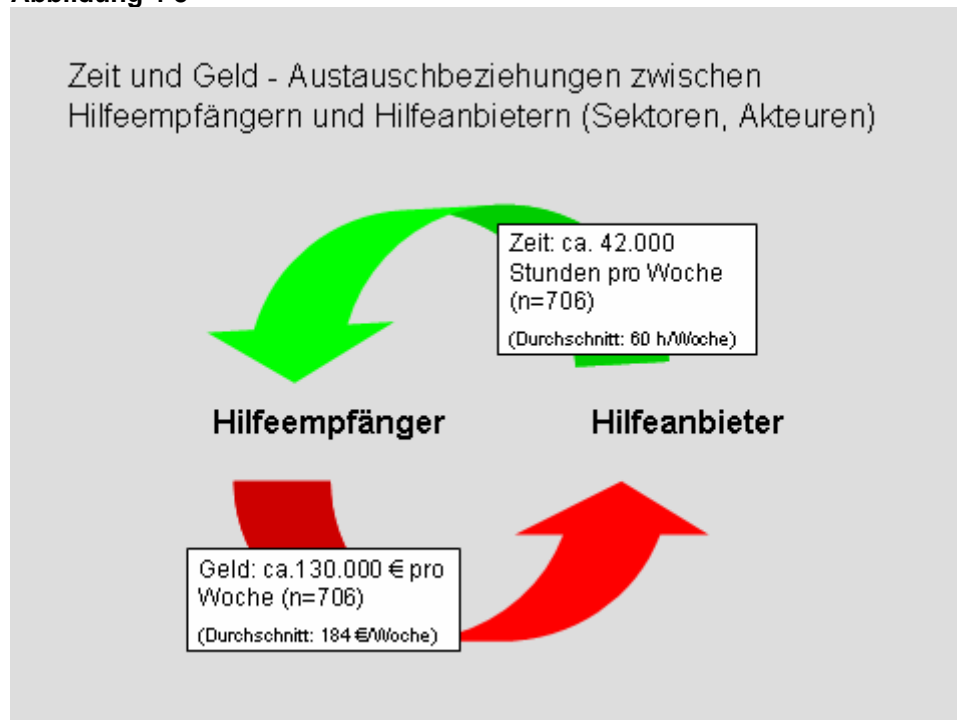
Zu Zeit und Geld führt die folgende allgemeine Überlegung: Zwischen Pflegebedürftigen und den Hilfeleistenden bestehen Austauschbeziehungen: Pflegebedürftige sind nicht nur Hilfeempfänger, sondern auch Leistende. Eine dieser Austauschbeziehungen ist die von Zeit gegen Geld. Natürlich ist Geld nur eines der Medien, die gegen Zeit „ausgetauscht“ werden können und nicht alle in die Versorgung Involvierten sind in der gleichen Weise daran beteiligt. Am wenigsten die Angehörigen – aber auch hier findet ein Austausch statt; die „Währung“ ist nur eine andere, z.B. Loyalität, das Gefühl seinen Verpflichtungen und Verantwortungen nachgekommen zu sein, Anerkennung aber auch Dankbarkeit.²⁹

Die Pflegebedürftigen unserer Begleitforschung erhalten von verschiedenen Akteuren bzw. Sektoren zeitliche Zuwendungen von rund 42.000 Stunden pro Woche. Aber sie – bzw. die Pflegekassen – zahlen auch dafür: jede Woche rund 130.000 Euro.

²⁸ Dazu wurde für die an der Pflege beteiligten Akteure im Interview jeweils gefragt, wie viele Stunden pro Woche jemand im Durchschnitt tätig ist, ob jemand dafür eine Vergütung erhält und welchen Betrag im Durchschnitt pro Woche. Es ist klar, dass auf diese Weise eine exakte Ermittlung von Zeitaufwand und Geldzahlungen nicht möglich ist, aber die Dimensionen von Zeit- und Geldaufwendungen konnten doch recht gut erfasst werden. Die Durchführung der Pflege hat für den Alltag der meisten pflegebedürftigen Personen eine so herausragende Bedeutung, dass anzunehmen ist, dass zumindest die Dimensionen von Zeit- und Geldaufwendungen zutreffend angegeben werden. Dennoch gibt es Probleme: Fälle, in denen die pflegebedürftige Person aus verschiedenen Gründen – einer davon ist Demenz – dazu nicht in der Lage ist. In diesen Fällen mussten wir uns auf die Angaben der interviewten Person (i.A. die Hauptpflegeperson) verlassen. Interpretationsprobleme ergeben sich, wenn als Zeit die Zahl 168 Stunden eingetragen wurde. Diese Zahl bedeutet, dass jemand 7 Tage rund um die Uhr mit der Pflege zu tun hat. Diese 168 Stunden werden sicher nicht vollständig für „Pflege im engeren Sinne“ verwendet – aber was ist das? Die Zeitangabe „168 Stunden“ deutet darauf hin, dass ein großer Teil der Zeit für Betreuung im Sinne von teilnehmender Aufmerksamkeit verbracht wird. Auch das ist Pflege und ohne die explizite Benennung von Qualitätskriterien erscheint es uns nicht vertretbar von diesen 168 Stunden eine bestimmte Zahl nicht zu berücksichtigen.

²⁹ Über die grundlegende Bedeutung von Austauschbeziehungen in menschlichen Beziehungen vgl. G.C. Homans (1972); einen interessanten austauschtheoretischen Bezugsrahmen für die stationäre Versorgung hat Amrhein vorgeschlagen (2006, S. 118 ff).

Abbildung 4-5



4.4.1 Zeit

Gegen Zeit als Indikator für die Struktur von Pflegearrangements könnte man einwenden, dass damit ja nur quantitative Aspekte erfasst werden, jedoch nicht die Qualität der Versorgung. Ein großer Zeitaufwand muss nicht bedeuten, dass die Versorgung mit optimalen Ergebnissen verbunden ist und wenig Zeit – wenn sie effektiv eingesetzt wird – kann mit einer hohen Versorgungsqualität verbunden sein. Eine solche eher ökonomische Sicht der Pflege können wir nicht teilen. Zeit in der Pflege bedeutet nicht nur den möglichst effektiven Einsatz einer knappen Ressource, sondern hat eine Qualität sui generis: Zeit bedeutet Zuwendung und Teilhabe. Das ist wohl besonders evident, wenn es um die Zeit von Angehörigen, Freunden, Bekannten und Nachbarn geht. In einer etwas anderen Bedeutung gilt das aber auch für die von beruflich in der Pflege Engagierten aufgewendete Zeit. Deren Zeit wird zwar eine eher instrumentelle Bedeutung haben und ist viel stärker Effektivitätsmaßstäben unterworfen. Aber auch die von diesen Akteuren eingebrachte Zeit ist für die pflegebedürftige Person eine Verbindung zur Sozialwelt und neben allen Verrichtungen und konkreten Hilfen, die von diesen Akteuren geleistet werden, ist der von ihnen er-

brachte Zeitaufwand mehr als das, nämlich eine der oft nur noch wenigen Verankerungen in der Gesellschaft.³⁰

Unter Zeitgesichtspunkten sieht ein „durchschnittliches“ Pflegearrangement folgendermaßen aus:

- In der Woche werden im Durchschnitt rund 62 Stunden für die Versorgung einer pflegebedürftigen Person aufgewendet,
- 42 Stunden vom informellen Sektor 1, also von Angehörigen: Kindern, Gatten bzw. Lebenspartnern, aber auch von entfernteren Verwandten wie Neffen, Onkeln usw.
- Nachbarn, Freunde, Bekannte, ehrenamtlich Tätige leisten im Durchschnitt einen Beitrag von vier Stunden pro Woche.
- Vom formellen Sektor 1 – von professionellen Pflegekräften und Pflegediensten – werden im Durchschnitt rund sechs Stunden für die Versorgung nachgefragt.
- Vom formellen Sektor 2 – von sonstigen beruflichen und kommerziellen Anbietern – rund 10 Stunden.

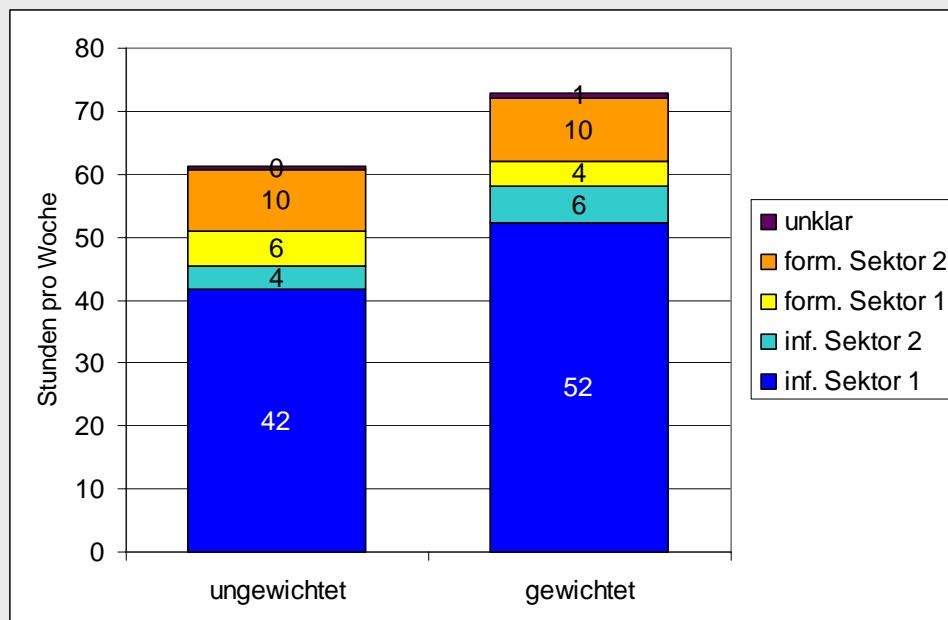
Wichtig ist der Unterschied zwischen der gewichteten und der ungewichteten Stichprobe: Die gewichtete Stichprobe beschreibt näherungsweise die Verhältnisse für die Grundgesamtheit der häuslich versorgten Pflegebedürftigen in Deutschland. Die ungewichtete Stichprobe kann das nicht, weil die Leistungsarten Geld-, Kombi- und Sachleistungen nicht repräsentativ in der Begleitforschung abgebildet werden.

Wenn wir von der gewichteten Stichprobe ausgehen, werden in Deutschland im Durchschnitt rund 73 Stunden pro Woche für die häusliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen aufgewendet: 52 Stunden durch Angehörige, 6 Stunden durch den informellen Sektor 2, d.h. durch Freunde, Bekannte, Nachbarn und Ehrenamtliche, 4 Stunden durch den professionellen Sektor und 10 Stunden durch sonstige berufliche bzw. kommerzielle Anbieter.

³⁰ Zum Thema „Zeit in der Pflege“ vgl. die mit qualitativen Methoden durchgeführte Studie von Heinemann-Knoch, Knoch und Korte (2006): „Wenn auch der Zeitaufwand allein noch keinen Schluss über die erbrachte Leistung zulässt, ist er dennoch ein Indikator für eine passgenaue Versorgung...“, aaO S. 413; vgl. dazu auch Blinkert/Klie (2006).

Abbildung 4-6

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



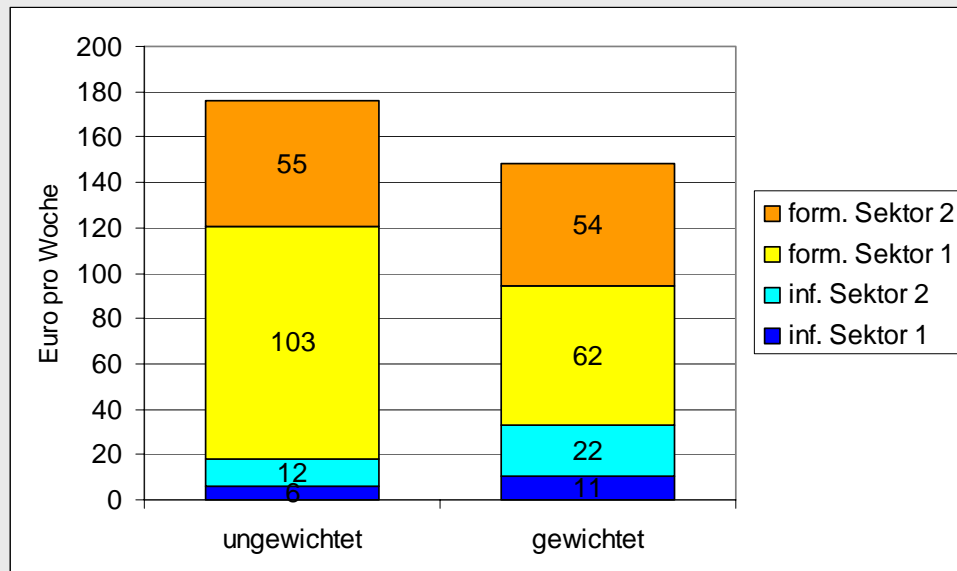
In der ungewichteten Stichprobe der Begleitforschung ist die zur Versorgung aufgewendete Zeit mit rund 62 Stunden pro Woche deutlich geringer. Die Unterschiede ergeben sich vor allem durch den Zeitbeitrag des informellen Sektors 1, des Angehörigen-Sektors. Der Zeitaufwand der Angehörigen in der ungewichteten Stichprobe ist deutlich geringer als in der gewichteten Stichprobe. Der Grund dafür ist der hohe Anteil von ehemaligen Sachleistungsempfängern an der Begleitforschung, die in stärkerem Umfang familiäre Hilfeleistungen durch professionelle Dienste substituieren, was durch die Gewichtung „herausgerechnet“ wurde.

4.4.2 Geld

In der Stichprobe der Begleitforschung zahlen die Pflegebedürftigen – über die Kas sen, z.T. aber auch direkt – im Durchschnitt 176 Euro pro Woche für ihre Versorgung an die vier Sektoren:

Abbildung 4-7

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



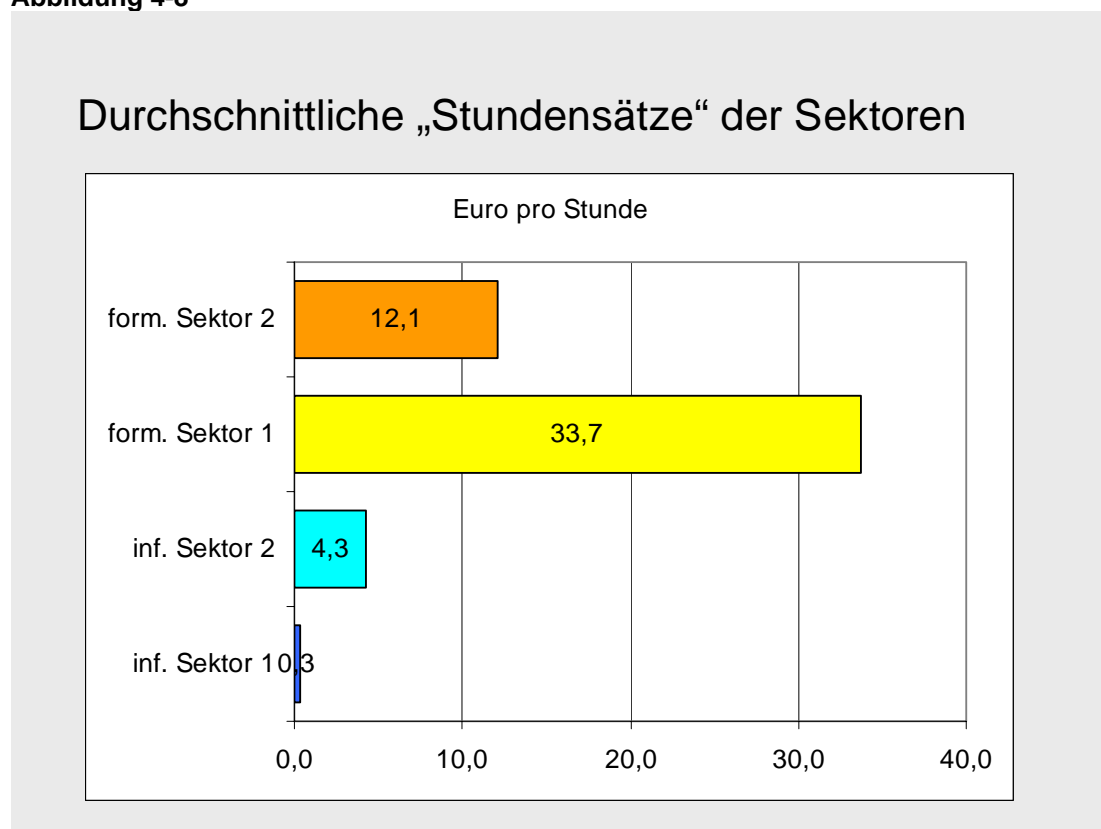
- Die meisten Zahlungen gehen mit etwas über 100 € an den formellen Sektor 1, also an Pflegedienste und Fachkräfte.
- Der formelle Sektor 2 erhält im Durchschnitt rund 55 € pro Woche.
- An die beiden informellen Sektoren fließen im Durchschnitt nur minimale Beträge: 12 € an Nachbarn, Freunde, Bekannte, Ehrenamtliche und 6 € an Angehörige.

Auch hier ist der Unterschied zur repräsentativ gewichteten Stichprobe wieder beachtlich: Insgesamt wird weniger gezahlt – nur 143 € pro Woche; der an den formellen Sektor 1 im Durchschnitt gehende Betrag ist sehr viel niedriger als in der ungewichteten Stichprobe und die Zahlungen an Nachbarn, Freunde, Bekannte und an Angehörige sind höher. Dieser Unterschied ergibt sich, weil der in unserer Stichprobe überhöhte Anteil der Sachleistungsempfänger durch die Gewichtung „herausgerechnet“ wurde.

4.4.3 Geld pro Zeit: „Stundensätze“ der Sektoren

Die Idee ist naheliegend, auf der Grundlage unserer Informationen über Geld und Zeit die durchschnittlichen „Stundensätze“ der Sektoren zu berechnen. Natürlich sind das rein fiktive „Stundensätze“, aber sie zeigen immerhin Dimensionen auf:

Abbildung 4-8



Erwartungsgemäß ist die Bezahlung der Angehörigen am geringsten: Der durchschnittliche „Stundenlohn“ beträgt noch nicht einmal einen Euro. Nur 5 % der hilfeleistenden Angehörigen erhalten überhaupt eine Bezahlung und wenn, dann nur in der symbolischen Größenordnung von knapp 5 € pro Stunde. Schon deutlich besser ist die Situation für Helfer aus dem informellen Sektor 2, also für Nachbarn, Freunde, Bekannte und ehrenamtlich Tätige, an die im Durchschnitt pro Stunde rund 4 € gezahlt werden. 87 % erhalten jedoch überhaupt keine Zahlungen und wenn man nur die Bezahlten berücksichtigt, ergibt sich ein durchschnittlicher Stundenlohn von knapp 10 €, ungefähr so hoch wie der Mindestlohn für Postbedienstete.

Der Stundenpreis des formellen Sektor 2 beträgt rund 12 €. Zu diesem Sektor gehören neben Frisören, Hausmeistern und Putzhilfen auch „Ich-AGs“, „Minijobber“ und

„400-Euro-Jobs“ und insofern ist der rechnerisch ermittelte Stundensatz wohl einigermaßen realistisch.

Erwartungsgemäß ist der Stundenpreis für den formellen Sektor 1 am höchsten. Er bezieht sich auf Leistungen von Pflegediensten und anderen professionellen Fachkräften (z.B. Ergotherapeuten, Logopäden) und beträgt rund 34 €³¹

³¹ Hier sei noch einmal daran erinnert, dass diese Berechnungen nur die monetären Dimensionen aufzeigen können – nicht jedoch die exakten Preise in Euro und Cent.

Exkurs: Vergleich der FIFAS- Klassifikation mit anderen Klassifikationen

Eine Alternative zu unserer Klassifikation von Pflegearrangements ist das von Schneekloth und Leven (2003) vorgeschlagene Schema, das einer etwas anderen Logik folgt: Neben den an der Versorgung beteiligten Akteuren bzw. Sektoren wird auch die Art der Finanzierung berücksichtigt. Ein direkter Vergleich zwischen den beiden Schemata ist nicht möglich. Eine gewisse Entsprechung der Kategorien ist jedoch rekonstruierbar. Dabei zeigen sich Übereinstimmungen, aber auch Divergenzen:

			Anteile für die gewichtete Stichprobe				
			Zeitanteile der Sektoren an der gesamt für die Versorgung aufgewendeten Zeit				
Schneekloth, Leven, 2003	Anteil	Umsetzung in das FIFAS-Schema bezogen auf den Zeit-Beitrag der Sektoren	Anteil insges.	Informell 1	Informell 2	Formell 1	Formell 2
Nur private Hilfen	55%	nur Zeit vom informellen Sektor 1 und/oder informellen Sektor 2	41%	35%	6%		
Private Hilfen und selbstfinanzierte Hilfen	9%	(informeller Sektor 1 und/oder informeller Sektor 2) und (formeller Sektor 1 und/oder formeller Sektor 2)	53%	37%	2%	5%	9%
Private und professionelle Hilfen	28%						
Nur professionelle Hilfen	8%	Nur Zeit vom formellen Sektor 1 und/oder formellen Sektor 2	6%			1%	5%
Insgesamt	100%		100%				
Ehrenamtlich geleistete Hilfen	11%	darunter: Zeit vom informellen Sektor 2			8%		

Eine vollständige Umsetzung der Schneekloth/Leven-Kategorien in das FIFAS-Schema ist aus verschiedenen Gründen nicht möglich:

1. In dem Schneekloth/Leven-Schema ist unklar, ob sich die Kategorie „private Hilfen“ nur auf die Hilfe von Angehörigen bezieht oder ob sie auch die Hilfe von Nachbarn, Freunden und Bekannten umfasst?
2. In dem FIFAS-Schema wird zwischen Angehörigen (informeller Sektor 1) und Freunden, Bekannten, Nachbarn (informeller Sektor 2) unterschieden.
3. In der FIFAS-Kategorie „informeller Sektor 2“ ist auch die von Ehrenamtlichen geleistete Hilfe enthalten (z.B. Hilfen, die von Mitgliedern gemeinnütziger Vereine geleistet wird).
4. Die Zuordnung von Akteuren in die FIFAS-Kategorie „informeller Sektor 2“ schließt nicht aus, dass diese Akteure bezahlt werden.
5. Die Klassifikationen von FIFAS werden für die beiden Medien Zeit und Geld getrennt vorgenommen.
6. Auf was bezieht sich in dem Schneekloth/Leven-Schema die Kategorie „private Hilfen und selbstfinanzierte Hilfen“? Auf Hilfen von Angehörigen und/oder Bekannten, Freunden etc. und auf professionelle Hilfen, die selber bezahlt werden oder auch auf andere beruflich geleistete Hilfen, die nicht von Akteuren mit pflegfachspezifischer Ausbildung geleistet werden? Die Kategorie „selbstfinanziert“ lässt nicht erkennen, um was für Helferarten es sich handeln könnte. In dem FIFAS-Schema wird unterschieden in einen formellen Sektor 1 (Pflegedienste und andere professionelle Akteure) und in einen formellen Sektor 2 (sonstige berufliche und kommerzielle Anbieter).

7. Was bedeutet die Kategorie „professionelle Hilfen“? Sind damit nur die Beschäftigten von Pflegediensten gemeint, evtl. auch selbständig tätige Pflegefachkräfte? Oder alle Akteure, die ihre Leistungen erwerbsmäßig erbringen?
8. In dem FIFAS-Schema wird nicht nur kategorial nach der Art der beteiligten Akteure unterschieden, sondern auch nach Zeit- und Geldeinheiten.

Klassifizierungsschemata zu beurteilen, hat nur Sinn, wenn man die damit verbundenen Erkenntnisinteressen berücksichtigt. Das Schneekloth/Leven-Schema ist nicht besser oder schlechter. Es ist lediglich anders als das FIFAS-Schema. Dem FIFAS-Schema liegt das Interesse zugrunde, die Effekte des Pflegebudgets möglichst genau zu erfassen. Dazu gehört auch die Frage, ob durch das Pflegebudget die Beteiligung von Akteuren/Sektoren angeregt wird, die bei der derzeit vorherrschenden Sachleistungs- und Verordnungslogik wenig zum Zuge kamen – nicht, weil kein Bedarf nach ihren Leistungen besteht, sondern einfach deshalb, weil sie über die Pflegeversicherung nur schlecht bzw. überhaupt nicht finanzierbar waren. Durch das Budget ausgelöste Veränderungen sollen auch möglichst differenziert dokumentiert werden, deshalb wird nicht nur nach der Art der Akteure unterschieden, sondern auch nach der von ihnen geleisteten Zeit und nach den Geldbeträgen, die sie für ihre Hilfe erhalten.

4.5 Pflegearrangements: vorhergehende Leistungsart

Die meisten der in der Ersterhebung befragten Pflegebedürftigen haben sich schon vor Eintritt in das Projekt zu einem Pflegearrangement entschieden (78 %). Darüber wissen wir jedoch nicht viel – zumindest können wir diese Arrangements nicht unter den hier dargelegten Aspekten – Hilfe-Helfer-Matrix, Akteure und Sektoren, Zeit und Geld – beschreiben. Wir verfügen jedoch über die Information, welche Art von Leistungen vor Eintritt in das Projekt gewählt wurde. Diese Leistungen lassen auf bestimmte Rahmenbedingungen für Pflegearrangements schließen: Bei Sachleistungen werden Akteure aus dem formellen Sektor 1 in starkem Maße im Arrangement vertreten sein; bei Geldleistungen ist eher damit zu rechnen, dass Angehörige, also der informelle Sektor 1, einen großen Teil der Versorgungsleistungen übernehmen. Im Hinblick auf die vorhergehende Leistungsart bei den Budgetnehmern und die aktuelle Leistungsart bei den Teilnehmern der Vergleichsgruppe lässt sich die folgende Verteilung berichten:

Tabelle 4-2: Vorhergehende Leistungsarten

	Programmgruppe		Vergleichsgruppe		alle	
	nur wenn vorher eine alle Leistungsart	29%	nur wenn vorher eine alle Leistungsart	53%	nur wenn vorher eine alle Leistungsart	35%
Leistungsart vor Eintritt:						
Geldleistung	18%	29%	41%	53%	24%	35%
Kombileistung	19%	22%	15%	18%	18%	21%
Sachleistung	40%	49%	23%	29%	36%	44%
	77%	100%	79%	100%	78%	100%
(noch) keine Leistungsart:						
Neuantrag	12%		15%		12%	
bisher Pflegestufe 0	0%		1%		0%	
bisher im Heim	2%		1%		2%	
Krankenhausentlassung	8%		3%		7%	
Kurzzeitpflege nach Krankenhausentlassung	1%		1%		1%	
	23%		21%		22%	
insgesamt	100%		100%		100%	
Anzahl	526	439	170	141	696	580

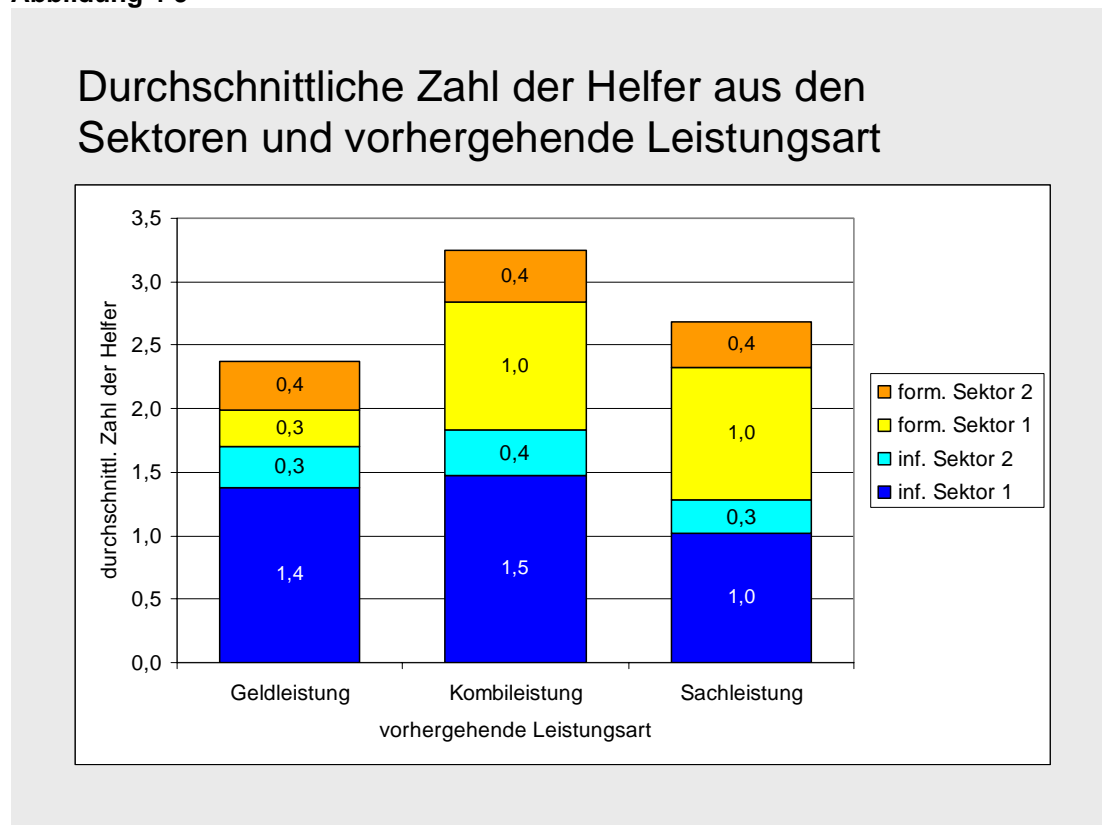
12 % sind Neuanträge, 7 % wurden aus dem Krankenhaus entlassen, 2 % waren vorher in einem Heim und 1 % haben Kurzzeitpflege nach einer Krankenhausentlassung in Anspruch genommen.

Von denjenigen, die bereits vor Eintritt in das Projekt eine Leistungsart bezogen haben, sind die meisten (44 %) Sachleistungsempfänger, 35 % haben Geldleistungen gewählt und 21 % Kombileistungen. Diese Anteile entsprechen nicht der Verteilung in der Grundgesamtheit der häuslich versorgten Pflegebedürftigen in Deutschland und zwischen Programm- und Vergleichsgruppe unterscheiden sich die Anteile ganz erheblich. Warum das so ist und welche Konsequenzen sich daraus für die Auswertung und für die Interpretation von Ergebnissen ergeben, wurde bereits erläutert (Kap. 2).

Hier soll nun die Frage beantwortet werden, ob sich die Leistungsarten auch hinsichtlich der von uns zur Beschreibung von Pflegearrangements erhobenen Merkmale unterscheiden.

4.5.1 Pflegearrangements der Leistungsarten – Zahl der Helfer, Zusammensetzung der Helfer

Abbildung 4-9

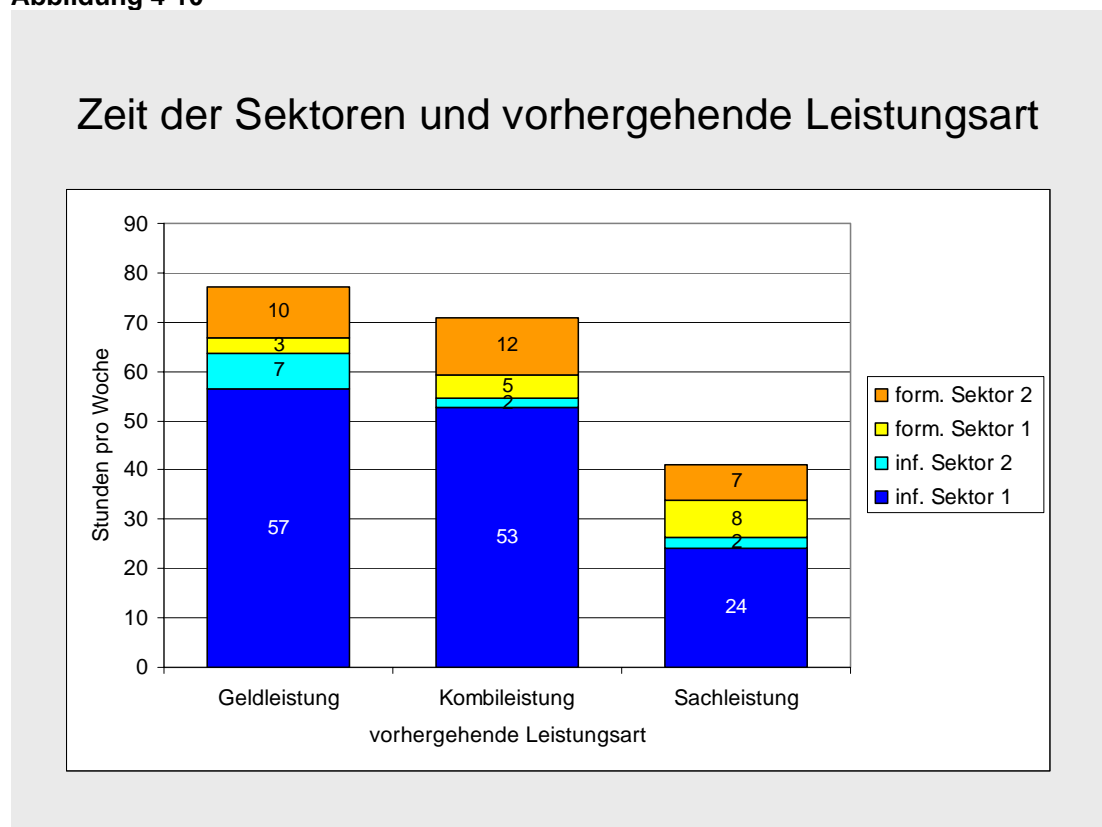


Die folgenden Unterschiede zwischen den Leistungsarten sind bedeutsam und verweisen auf unterschiedliche Pflegearrangements:

- Im Durchschnitt verfügen die Empfänger von Kombileistungen über die größte Zahl von Helfern (3,3) und die Geldleistungsbezieher über die geringste Helferzahl (2,4).
- Bei den Empfängern von Sachleistungen sind Angehörige als Helfer (informeller Sektor 1) am geringsten vertreten.
- Bei den Beziehern von Geldleistungen haben Akteure aus dem formellen Sektor 1 (professionelle Pflegekräfte) die geringste Bedeutung.
- Der Anteil des formellen Sektor 1 ist bei den Empfängern von Kombileistungen so groß wie bei den Sachleistungsempfängern. Die beiden Leistungsarten unterscheiden sich vor allem dadurch, dass bei den Kombileistungen die Zahl der Helfer aus dem Angehörigenbereich deutlich größer ist.

4.5.2 Pflegearrangements der Leistungsarten – Zeit und Geld

Abbildung 4-10



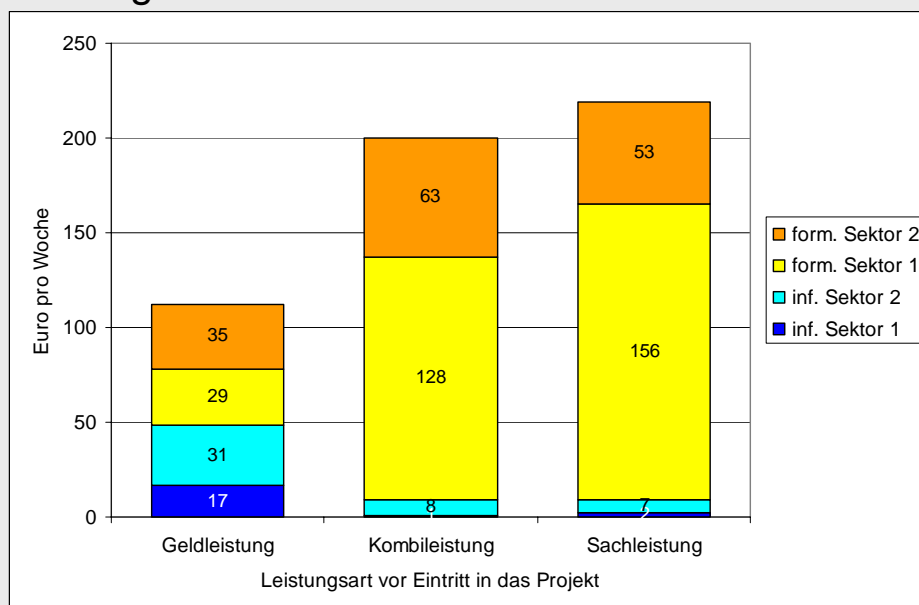
Unter Zeitgesichtspunkten werden die Unterschiede und Ähnlichkeiten in den Pflegearrangements für die drei Leistungsarten noch deutlicher:

- Was die insgesamt für die Pflege aufgewendete Zeit angeht, unterscheiden sich Geldleistungs- und Kombileistungsbezieher nur wenig: im Durchschnitt werden 76 bzw. 71 Stunden pro Woche für die Pflege aufgewendet.
- Bei den Kombileistungsempfängern ist die von Angehörigen investierte Zeit etwas geringer und die beim formellen Sektor 2 (sonstige berufliche und kommerzielle Anbieter) nachgefragte Zeit höher als bei den Beziehern von Geldleistungen.
- Bei den Sachleistungsempfängern ist der Zeitaufwand mit durchschnittlich 41 Stunden pro Woche sehr viel geringer als bei den anderen beiden Leistungsarten.
- Von den Sachleistungsempfängern wird im Durchschnitt sehr viel mehr Zeit vom formellen Sektor 1, von den professionellen Pflegekräften, nachgefragt als von Geld- und Kombileistungsbeziehern.
- Die Sachleistungsempfänger erhalten sehr viel weniger zeitliche Zuwendungen von Angehörigen als die Bezieher von Geld- und Kombileistungen.

Was die für die Versorgung aufgewendeten Geldzahlungen angeht, zeigen die folgenden Ergebnisse, wie unterschiedlich die mit Leistungsarten verbundenen Pflegearrangements sind:

Abbildung 4-11

Geld an die Sektoren und vorhergehende Leistungsart



- Am meisten zahlen die Sachleistungsempfänger für ihre Versorgung: im Durchschnitt 221 Euro pro Woche. Am wenigsten zahlen die Bezieher von Geldleistungen: durchschnittlich 117 Euro pro Woche.
- Die von Geldleistungsbeziehern gezahlten Beträge gehen ziemlich gleichmäßig an alle vier Sektoren.
- Von Sachleistungs- und Kombileistungsempfänger fließen die meisten Zahlungen – i.A. wohl über die Pflegekassen – an den formellen Sektor 1, also an professionelle Pflegekräfte bzw. -dienste: im Durchschnitt 128 und 156 Euro pro Woche.

Die Ergebnisse zeigen, dass die vor Eintritt in das Projekt gewählten Leistungsarten mit deutlichen Unterschieden bezüglich der realisierten Pflegearrangements verbunden sind. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der Zahl und Zusammensetzung der Akteure und sind mit je spezifischen Zeitbeiträgen der Sektoren und Geldzuwendungen an die Sektoren verbunden.

In der Vergleichsgruppe sind diese vorhergehenden Leistungsarten auch die *aktuellen* Arten des Leistungsbezugs. Für die Teilnehmer der Programmgruppe dagegen haben sich gänzlich neue Möglichkeiten ergeben. Eine wichtige Frage ist jedoch, ob

die vor Eintritt in das Projekt über die gewählte Leistungsart angeregte Struktur des Pflegearrangements und die damit verbundenen Versorgungsroutinen unter den Bedingungen des Pflegebudgets ihren Einfluss beibehalten. Das ist eine der Fragen, die in Kapitel 10 aufgegriffen werden.

5. Situation der Pflegebedürftigen: „Bedarf und Chancen“ – ein Vorschlag zur Erklärung von Pflegearrangements

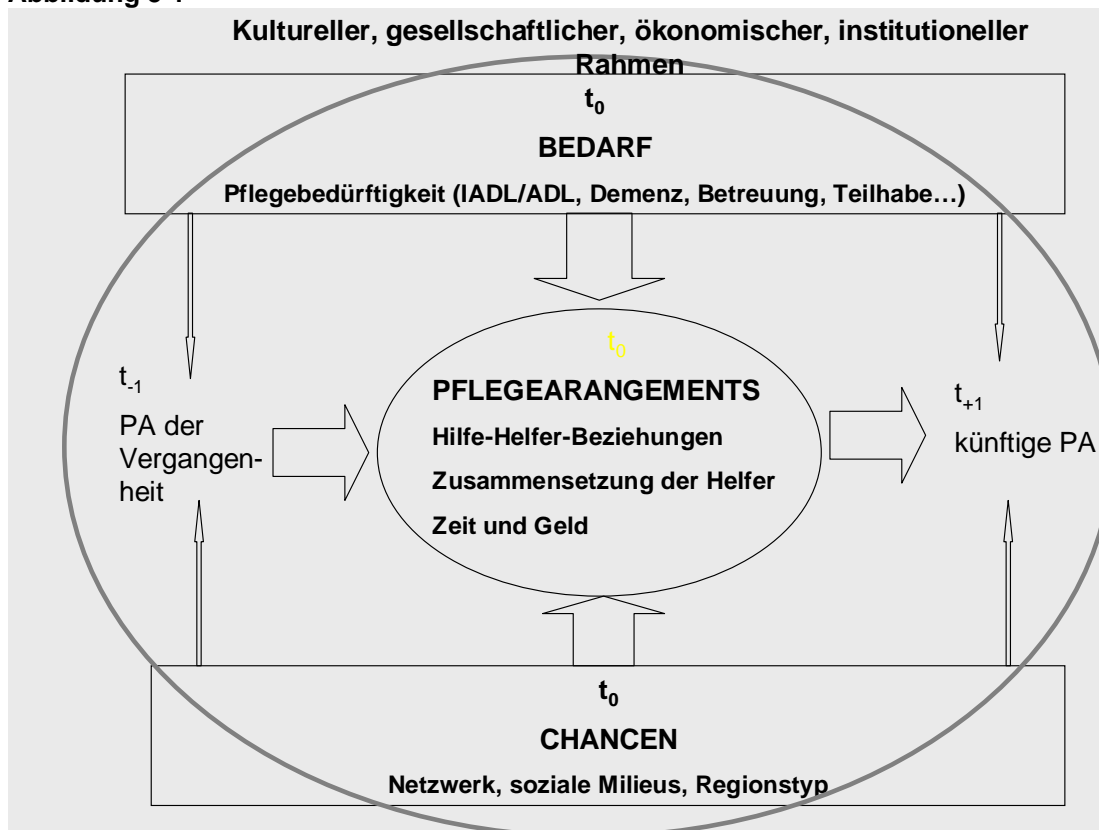
Es konnte gezeigt werden, dass Pflegearrangements sich im Rahmen der Begleitforschung in vielfältiger Weise beschreiben lassen: über die Hilfe-Helfer-Matrix, über die Zahl und die Zusammensetzung der an der Versorgung beteiligten Akteure und durch die Medien Zeit und Geld. Die von uns berichteten Kennziffern sind natürlich Durchschnittswerte, von denen es ganz erhebliche Abweichungen gibt. Im Folgenden wird ein Vorschlag gemacht, wie sich diese Varianzen erklären lassen.

Die Arrangements zur Versorgung beruhen auf Entscheidungen der Pflegebedürftigen und derjenigen, die für sie Verpflichtungen und Verantwortung übernommen haben. Wir gehen davon aus, dass dabei einerseits eine „Sachlogik“ wirksam ist, und andererseits eine „soziale Logik“. Einerseits ergeben sich Arrangements aus dem *Bedarf*, andererseits aber spielen auch die Möglichkeiten und Restriktionen im sozialen Umfeld – also die *Chancen* – eine Rolle. Außerdem finden die Entscheidungen zu einem Arrangement in einem *Kontext* statt: in einer Situation, die durch gesellschaftliche, kulturelle, ökonomische und institutionelle Bedingungen strukturiert ist. Damit sind die wesentlichen Bedingungen genannt, mit denen sich Pflegearrangements erklären lassen:

1. Pflegearrangements hängen vom Bedarf ab: Es ist zu erwarten, dass die Hilfe-Helfer-Matrix, oder Zeit- und Geldaufwendungen mit dem Grad und der Art der Pflegebedürftigkeit variieren.
2. Welche Arrangements sich einstellen, wird aber auch von den Chancen und Restriktionen im sozialen Umfeld abhängen: von der Verfügbarkeit über ein Unterstützungsnetzwerk, von den milieuspezifischen Präferenzen derjenigen, die einen Beitrag zur Sicherung der Versorgung leisten und auch von regionalen Besonderheiten, z.B. davon, wie urbanisiert eine Region ist.
Diese beiden Faktoren – Bedarf und Chancen – sind zu jedem Zeitpunkt wirksam: Sie prägen die vergangenen Arrangements, schaffen eine Versorgungstradition und wirken in die Zukunft hinein.
3. Dieser Prozess der Produktion einer Pflegepraxis findet in einem Kontext statt: Das beginnt bereits damit, dass der Begriff der Pflegebedürftigkeit sich nicht auf exakt physiologisch beschreibbare Merkmale reduzieren lässt, sondern

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

Abbildung 5-1



Dieses hier skizzierte Erklärmodell hat in der Begleitforschung vielfältige Funktionen:

- Es ermöglicht, die große Vielfalt von Informationen (einige tausend Variablen wurden erhoben und generiert) zu konzentrieren und einen „roten Faden“ zu entwickeln. Ohne ein solches Konzept sind wir gewissermaßen blind – wir würden den Wald vor lauter Bäumen nicht sehen.
- Es hilft dabei, zu interessanten Fragen zu kommen und damit auch zu Antworten.

- Es ermöglicht es, ganz gezielt nach Belegen für den Erfolg oder Misserfolg des Pflegebudgets zu suchen: Die Einführung des Pflegebudgets ist eine Veränderung der institutionellen Rahmenbedingungen und die Begleitforschung will herausfinden, welche Spuren das in den Pflegearrangements hinterlässt. Dazu ist aber erst einmal erforderlich, dass sich nachweisen lässt, dass die Grundannahmen des Modells zutreffend sind. Dann lässt sich fragen, ob das Budget unter verschiedenen Bedingungen von Bedarf und Chancen auch ganz unterschiedliche Wirkungen entfaltet.

In den folgenden Abschnitten werden zunächst die zentralen Variablen des Modells – Bedarf und Chancen – erläutert. Es wird gezeigt, wie diese Bedingungen im Rahmen der Begleitforschung gemessen wurden und wie sie in der Stichprobe verteilt sind. Durch bivariate Analysen wird herausgearbeitet, wie verschiedene Aspekte von Bedarf und Chancen mit der Struktur von Pflegearrangements kovariieren. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass die beschriebenen Bedingungen auch miteinander korrelieren. Erst durch multivariate Analysen lässt sich abschätzen, welche Bedeutung sie für die Entstehung von Pflegearrangements besitzen. In Kapitel 5.1 geht es um den Bedarf; in Kapitel 5.2 wird dargelegt, wie sich die im sozialen Umfeld liegenden Chancen und Restriktionen in Erklärungen berücksichtigen lassen. In Kapitel 5.3 wird dann durch multivariate Analysen herausgearbeitet, ob und wie Pflegearrangements durch verschiedene Konstellationen von Bedarf und Chancen beeinflusst werden.

5.1 Bedarf: Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit

5.1.1 Die Messung von Pflegebedürftigkeit

Soziologisch lässt sich Pflegebedürftigkeit als eine soziale Konstruktion verstehen, der zwar ein auf den Körper und damit auf elementare „Verrichtungen“ bezogenes Substrat zugrunde liegt, dessen gesellschaftliche und kulturelle Bedeutung sich aber keineswegs darin erschöpft.³² Was und wer als pflegebedürftig gilt, wird auch durch gesellschaftliche Zu- und Aushandlungsprozesse geregelt und ist von verschiedenen Faktoren abhängig: von den in einer Kultur verankerten Vorstellungen über ein menschenwürdiges Leben, von der Verfügbarkeit über Ressourcen und von der Bereitschaft, diese in einen Bereich zu investieren, der nur wenig zu wirtschaftlichem Wachstum und technischer Innovation beiträgt, von demographischen Faktoren und von politischen Verhältnissen. Es wäre wünschenswert, wenn die zur Zeit anlaufende Diskussion über eine Neufassung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit diese Abhängigkeiten und sozio-kulturellen Relativitäten in aller Deutlichkeit zeigen würde.³³

Pflegebedürftigkeit im Sinne von SGB XI

In unseren Analysen gehen wir vom Begriff der Pflegebedürftigkeit aus, wie er im SGB XI verankert ist: Pflegebedürftig ist, wer aufgrund einer Krankheit und/oder Behinderung Hilfe bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens benötigt.³⁴ Berücksichtigt sind dabei die folgenden „Verrichtungen“:

Körperpflege: Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- oder Blasenentleerung

Ernährung: mundgerechtes Zubereiten der Nahrung, Aufnahme der Nahrung

³² Die kulturelle Bedeutung von Pflegebedürftigkeit im Zusammenhang mit Zivilisierungs- und Modernisierungsprozessen erschließt sich u.a. über die Ausführungen von Norbert Elias über Sterben in modernen Gesellschaften (2002); vgl. dazu auch die Ausführungen von Geenen über den Nexus von Fremdheit und Pflege (2005).

³³ Zur Diskussion des Begriffs der Pflegebedürftigkeit vgl. den Bericht des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld: K. Wingenfeld, A. Büscher, D. Schaeffer: Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten, hekt. Man., Bielefeld 23. März 2007; vgl. auch Weyer (2007), sowie Wahl, Schneekloth (2006).

³⁴ Wir sind nicht der Auffassung, dass dies die einzig mögliche, sinnvolle oder sozial gerechte Definition ist. Wir sind vielmehr der Meinung, dass „Pflegebedürftigkeit“ nicht auf körperliche Funktionsdefizite und Verrichtungen reduziert werden sollte. Wie bei „Armut“ oder „Kriminalität“ handelt es sich auch bei „Pflegebedürftigkeit“ um eine soziale Zuschreibung bzw. Konstruktion, die als gesellschaftlicher Konsens und auch im Einzelfall ausgehandelt bzw. durch legitimierte Instanzen zugeschrieben wird. Ein gesellschaftlicher und politisch verankerter Diskurs über Pflegebedürftigkeit kann dann auch zu einer anderen Konstruktion führen. Vgl. dazu Konzepte über Zuschreibungsprozesse und soziale Konstruktionen in anderen Feldern: G. Simmel (1958), H.S. Becker (1966).

Mobilität: Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppesteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

Hauswirtschaftliche Versorgung: Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, Beheizen

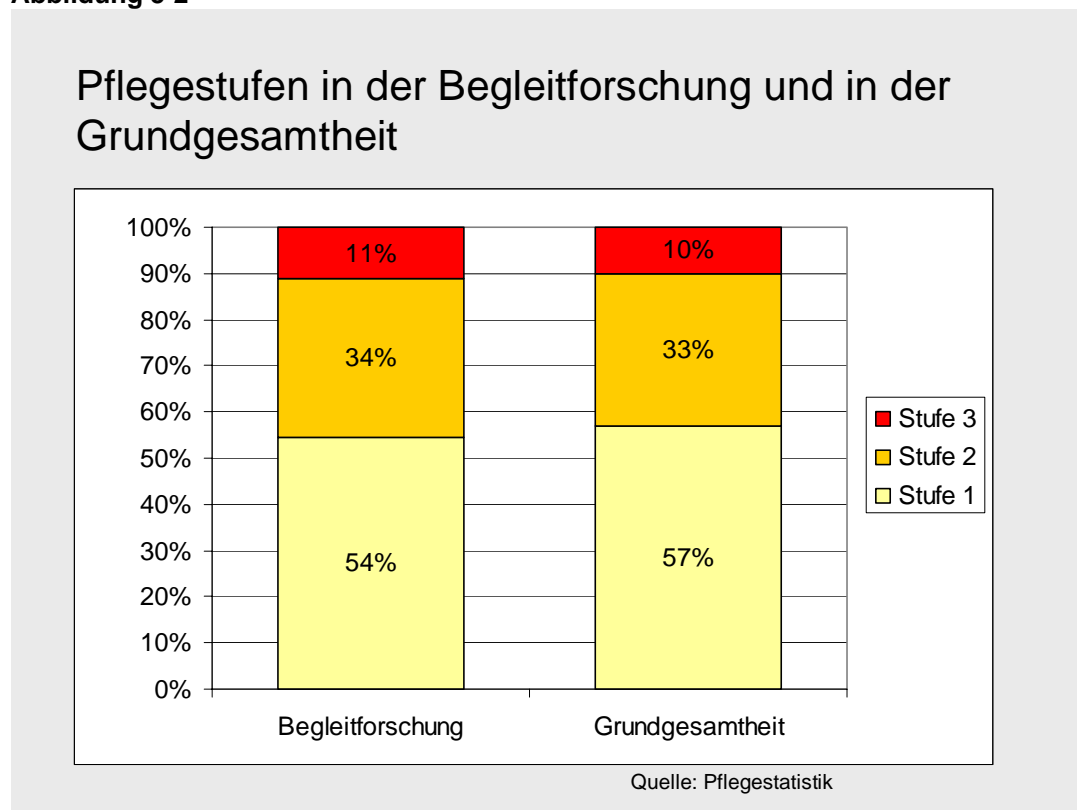
Anerkannt sind auch bestimmte Formen der **Behandlungspflege** wie z.B. Hilfe bei Spritzen, Verbänden und die Hilfe bei der Einnahme von Medikamenten.

Nicht ausdrücklich vorgesehen in einem an „Verrichtungen“ orientierten Begriff der Pflegebedürftigkeit sind Hilfen, die in der **Betreuung** pflegebedürftiger Menschen bestehen und als Bedarf vor allem bei **Demenz** auftreten.

Als allgemeiner Anspruch anerkannt ist zwar die **Sicherung von sozialer Teilhabe** und einer hohen **Lebensqualität** pflegebedürftiger Menschen aber ohne leistungsrelevante Definition oder Absicherung im SGB XI.

Ein Pflegebedürftigkeitsbegriff in diesem Sinne liegt auch der Klassifizierung in drei Pflegestufen zugrunde, die in der Stichprobe der Begleitforschung nahezu in der gleichen Weise verteilt sind wie in der Grundgesamtheit:

Abbildung 5-2



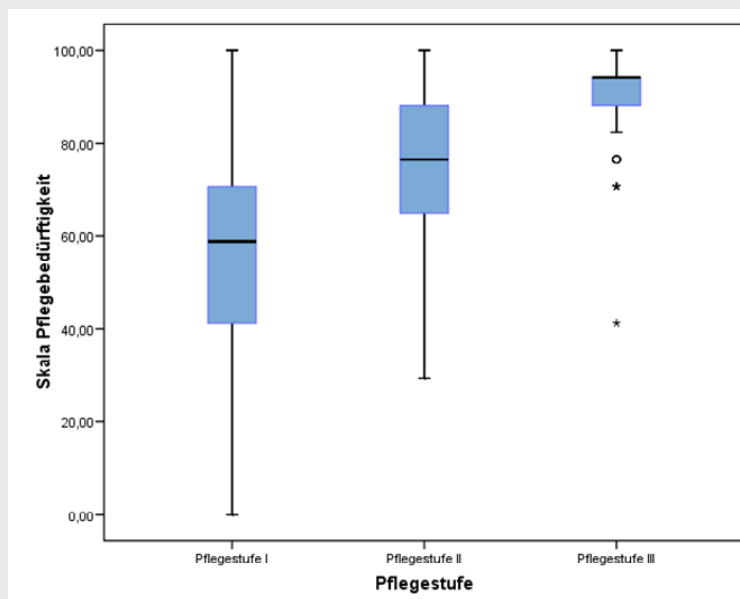
Auch die Unterschiede zwischen Programm- und Vergleichsgruppe sind minimal und statistisch nicht signifikant.

Zusätzlich zur Klassifizierung in Pflegestufen haben wir eine eigene Skala entwickelt, um zu differenzierteren Einstufungen zu kommen. In der Ersterhebung und in allen Folgeerhebungen wurde eine Liste mit 17 ADL/IADL-Items vorgelegt, die recht gut den Bereich der durch das SGB XI definierten Verrichtungen abdecken. Außerdem konnten durch offene Fragen zusätzliche Aussagen über Bedarfe und Hilfen gemacht werden, die durch die ADL/IADL-Liste nicht abgedeckt werden. Die Skala wurde auf der Basis der 17 vorgelegten ADL/IADL-Items gebildet und bezieht sich auf die im SGB XI aufgeführten Verrichtungen.³⁵

Erwartungsgemäß korreliert die mit unserer Skala gemessene Pflegebedürftigkeit deutlich mit den Pflegestufen ($r_s=0,58$). Die folgende Box-Plot-Darstellung zeigt aber, dass es zwar einen Trend zur Übereinstimmung mit den Einstufungen durch die Pflegestufen gibt, dass andererseits aber unsere Skalenwerte nicht unerheblich innerhalb der Pflegestufen streuen.

Abbildung 5-3

Boxplot: Skala Pflegebedürftigkeit und Pflegestufen



³⁵ Die Skala wird additiv aus den 17 ADL/IADL-Items gebildet und ist in den Wertebereich 0 (keine Pflegebedürftigkeit) bis 100 (maximale Pflegebedürftigkeit) standardisiert. Kennwerte zur Beurteilung der Gesamtskala: Cronbachs Alpha=0,74, Guttman's Split-Half=0,80.

Demenz

Auch wenn Demenz im SGB XI nicht als leistungsrelevanter Sachverhalt verankert ist, gilt Demenz doch in der Fachwelt unumstritten als ein wesentlicher Aspekt von Pflegebedürftigkeit. Als Demenz gelten Defizite im Hinblick auf kognitive, emotionale und soziale Fähigkeiten, die eine Beeinträchtigung der Fähigkeit zu einer selbständigen Lebensführung zur Folge haben. Vor allem sind das Kurzzeitgedächtnis, das Denkvermögen, die Sprache und die Motorik, in manchen Fällen auch die Persönlichkeitsstruktur betroffen. Zu unterscheiden ist Demenz als Verlust bereits erworbener Fähigkeiten von Formen einer angeborenen oder sehr früh entstandenen Minderung kognitiver Fähigkeiten. Die häufigste Ursache für eine Demenz ist die Alzheimer-Erkrankung, der bei weitem größte Risikofaktor das Alter. Das zeigen die altersspezifischen Prävalenzraten:

Tabelle 5-1: Altersspezifische Prävalenzraten von Demenz

Altersgruppe	Anteil Demenzkranker
65 – 69	1,2 %
70 - 74	2,8 %
75 - 79	6,0 %
80 - 84	13,3 %
85 - 89	23,9 %
90 u. älter	34,6 %
Quelle: Helmchen et al., Berliner Altersstudie (1996)	

Im Rahmen der Begleitforschung konnte eine systematische und differenzierte Demenzdiagnose nicht durchgeführt werden. Zur Klassifikation stehen lediglich die folgenden Daten zur Verfügung:

- die Einschätzungen der Interviewer und Interviewerinnen in ihren Kommentaren zur Durchführung der Befragung und Antworten auf verschiedene offene Fragen wie u.a. Aussagen über die Gründe der Teilnahme am Budgetprojekt, die auf Demenz hindeuten
- Informationen aus dem RAI-Homecare-Assessment

Die Kommentare unserer Interviewerinnen zur Befragungssituation sind z.T. sehr ausführlich. Auf dieser Basis ist aber nur unterscheidbar, ob überhaupt irgendwelche

Anzeichen für Demenz vorliegen, oder ob das nicht der Fall ist. Dabei ist folgendes zu berücksichtigen: Die Interviewer (Case Managerinnen für die Programmgruppe und für die Vergleichsgruppe rekrutierte Interviewer) sind fachlich zu einer solchen Einschätzung durchaus in der Lage und wurden auch darum gebeten. Allerdings ist nicht nachprüfbar, ob das wirklich für alle Erhebungssituationen in den Kommentaren gemacht wurde. Die Kommentare sind z.T. sehr ausführlich, ermöglichen aber keine Unterscheidung in verschiedene Formen von Demenz und auch nicht nach dem Schweregrad.³⁶

³⁶ Zur Diagnose von Demenz vgl. u.a. Tackenberg/Abt-Zegelin (2002).

Beispiele aus den Kommentaren zum Interview

BN ist stark hör- und sehgeschädigt sowie dement, deshalb war eine Fragestellung kaum möglich.

Die Pflegebedürftige hatte deutliche Anzeichen von Demenz, deshalb haben die anwesenden zwei Schwiegertöchter bei der Beantwortung "geholfen" bzw. Antworten bestätigt/korrigiert.

Gespräch schwierig, da deutliche Anzeichen von Demenz Schwiegertochter korrigierte Angaben bei Bedarf.

Interview konnte nicht mit pflegender Person geführt werden, da diese an Demenz erkrankt ist u. aktuell eine schwer depressive Phase durchmacht. Interview basiert auf Antworten und Einschätzungen der Betreuerin.

Das Interview konnte wegen einer Demenzerkrankung nicht mit der pflegebedürftigen Person geführt werden. Der Sohn beantwortete anstelle der Mutter die Fragen.

Da die Budgetnehmerin schwer kognitiv eingeschränkt ist, wollte die Tochter die Fragen zu den Befindlichkeiten nicht für die Mutter beantworten.

Ehefrau griff stark in das Interview ein. Der Pflegebedürftige leidet unter sehr deutlicher Demenz.

Ergänzt wurden diese Informationen durch die Berücksichtigung von Antworten auf offene Fragen, die im Wesentlichen das bestätigen, was sich auch schon aus den Kommentaren ergeben hat.

Das Problem bei diesem Versuch, Informationen über Demenz aus den Anmerkungen und offenen Fragen zu erhalten wird deutlich, wenn die Verteilung von Pflegebedürftigen mit und ohne Hinweisen auf Demenz in der Programmgruppe mit der Verteilung in der Vergleichsgruppe verglichen wird: In der Programmgruppe gibt es dann 22 % Pflegebedürftige mit Demenz, in der Vergleichsgruppe aber nur 14 %. Wir vermuten, dass dieser Unterschied im Wesentlichen darauf zurückzuführen ist, dass in der Programmgruppe die Anmerkungen und Eintragungen zu offenen Fragen ausführlicher sind als in der Vergleichsgruppe und Hinweise auf Demenz in den Interviewgesprächen zuverlässiger wahrgenommen und protokolliert wurden.

Aus dem RAI-Assessment lassen sich zwei Hinweise entnehmen: Ob eine Alzheimer-Erkrankung und/oder andere demenzielle Symptome vorliegen. Kodiert wurde: 0=nicht vorhanden, 1=vorhanden, aber nicht behandelt und 2=vorhanden und behandelt. Es gibt zwar weitere Informationen, die man im weitesten Sinne mit Demenz in Verbindung bringen könnte, aber diese Indikatoren sind schwer zu interpretieren. Auf dieser Basis wäre damit zu rechnen, dass 23 % der Pflegebedürftigen in der Stichprobe dement sind. Ein Problem bei den RAI-Einstufungen besteht jedoch darin,

dass nur für 442 von 706 Erstbefragten RAI-Daten vorliegen (= 59 %). Bezogen auf diese Fälle, bei denen ein RAI-Assessment durchgeführt wurde, wäre der Anteil der Demenzerkrankten mit 39 % sehr viel höher.

Ein weiteres Problem ist, dass bei den RAI-Einstufungen nicht erkennbar ist, ob das Fehlen eines Eintrags auf das Fehlen von Demenzsymptomen hindeutet und die gleiche Bedeutung wie der eingetragene Wert „0“ (= „nicht vorhanden“) besitzt, oder ob es sich schlicht um fehlende Daten handelt. Wir haben das Fehlen eines Eintrags als „0“ behandelt, d.h. als Fehlen von Hinweisen auf Demenz.

Vergleicht man die RAI-Einstufungen zur Demenz in der Programmgruppe mit denen in der Vergleichsgruppe, sind in der Programmgruppe 42 % der Pflegebedürftigen demenzerkrankt, in der Vergleichsgruppe dagegen nur 25 %. Auch hier vermuten wir, dass es sich nicht um einen validen Unterschied handelt, sondern um Unterschiede, die sich daraus ergeben, dass in der Programmgruppe die Einstufungen von den Case Managerinnen durchgeführt wurden, in der Vergleichsgruppe dagegen von externen Kräften.

Ein weiteres Problem ergibt sich, wenn die Demenzeinstufung aufgrund der Anmerkungen und offenen Fragen mit den RAI-Klassifikationen verglichen wird: Bei 11 Fällen gibt es in den Anmerkungen und offenen Fragen Hinweise auf Demenz aber nicht im RAI-Assessment; bei 89 Fällen wird durch RAI Demenz diagnostiziert, aber in den Anmerkungen und offenen Fragen findet sich kein Hinweis auf Demenz.

Aus diesen Ergebnissen und Problemen ziehen wir die folgenden Konsequenzen:

1. Zuverlässige Informationen über Demenz sind nur für die Programmgruppe zu erwarten und nur dann, wenn auch ein RAI-Assessment durchgeführt wurde.
2. Wir fassen die Informationen aus den Anmerkungen und offenen Fragen und aus dem RAI-Assessment zusammen. Diese Information interpretieren wir dann als Hinweis darauf, dass eine Demenz als wahrscheinlich angenommen werden kann. Das ist bei 41 % der Pflegebedürftigen der Fall und wenn wir nur die Programmgruppe berücksichtigen, ergibt sich ein Anteil von 45 % Demenzerkrankter (Vergleichsgruppe: 26%). Für alle weiteren Auswertungen zur Demenz werden nur die Pflegebedürftigen aus der Programmgruppe berücksichtigt, bei denen auch ein RAI-Assessment durchgeführt wurde.

Wir haben also nur rudimentäre Informationen über das Vorliegen einer Demenz und auch nur für die Teilnehmer der Programmgruppe, für die ein RAI-Assessment durchgeführt wurde (n=338). Der deutliche Zusammenhang mit dem Alter zeigt jedoch, dass zumindest für diese Teilstichprobe die Einstufungen auf dem hier beanspruchten geringen Genauigkeitsniveau zutreffend sein dürften:

Tabelle 5-2: Hinweise auf Demenz aus den Erhebungsprotokollen, Begründungen für die Teilnahme und aus RAI in Altersgruppen – nur Teilnehmer der Programmgruppe, bei denen ein RAI-Assessment durchgeführt wurde

		Altersgruppen				Gesamt
		<60	60-70	70-80	80 und älter	
Hinweise auf Demenz aus Kommentaren und RAI	Nein	90%	75%	47%	42%	56%
	Ja	10%	25%	53%	58%	44%
Gesamt		100%	100%	100%	100%	100%
Anzahl		48	51	86	137	322

Das Vorliegen einer Demenz wird bis zu einem gewissen Grad durch unsere Pflegebedürftigkeitsskala erfasst. Das zeigt die Korrelation zwischen dem Demenz-Indikator und der Skala Pflegebedürftigkeit ($r_s=0,23$). Die Pflegestufen korrelieren dagegen gar nicht mit dem Demenz-Indikator ($r_s=0,007$). Aufgrund der Pflegestufe lässt sich also nicht vorhersagen, ob es bei einer pflegebedürftigen Person Hinweise auf eine Demenz gibt. Das ist natürlich zu erwarten, da die Pflegestufeneinteilung sich auf die Definition von Pflegebedürftigkeit im SGB XI bezieht und dort Demenz weder sachlich noch als leistungsrelevanter Tatbestand berücksichtigt wird.

Festzuhalten bleibt, dass Demenz offenbar eine eigenständige Dimension ist und durch die an Verrichtungen orientierten Klassifikationen nach Pflegestufen überhaupt nicht berücksichtigt wird.

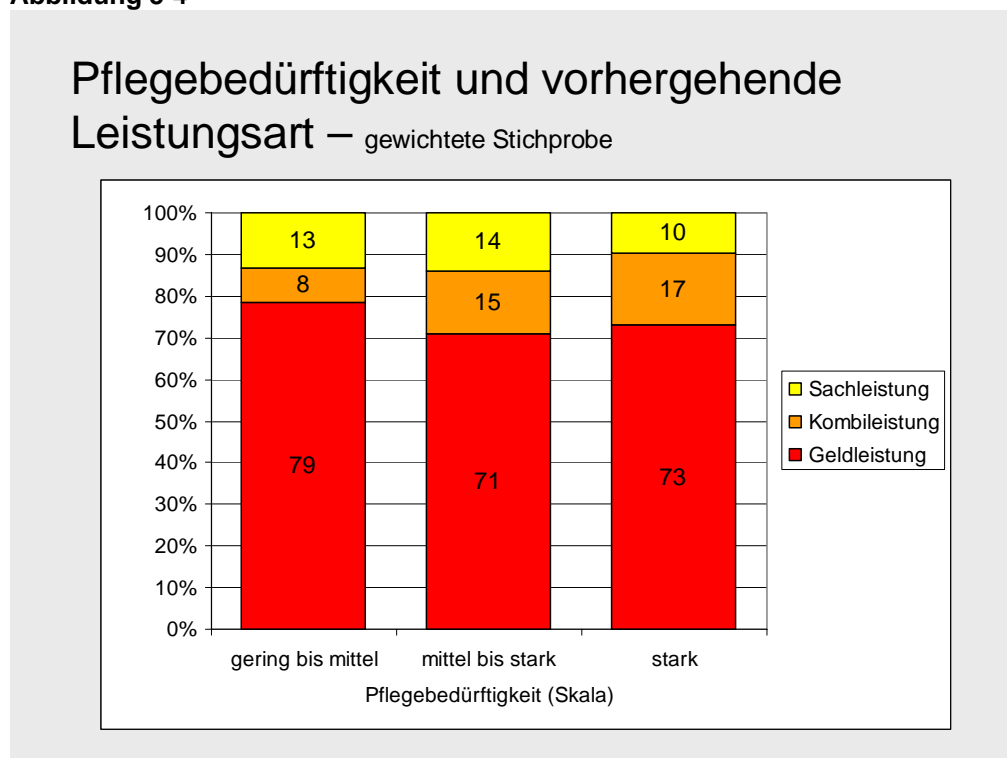
5.1.2 Pflegebedürftigkeit und Pflegearrangements

Art und Ausmaß der Pflegebedürftigkeit korrelieren z.T. sehr deutlich mit den Strukturmerkmalen von Pflegearrangements:

- mit der Leistungsart vor Eintritt in das Budgetprojekt
- mit der Zahl und Zusammensetzung der Helfer
- mit der für die Versorgung aufgewendeten Zeit und mit den Zeitaufwendungen der am Arrangement beteiligten Sektoren

Pflegebedürftigkeit und Leistungsart vor Eintritt in das Projekt: Geld-, Sach-, Kombileistungen

Abbildung 5-4

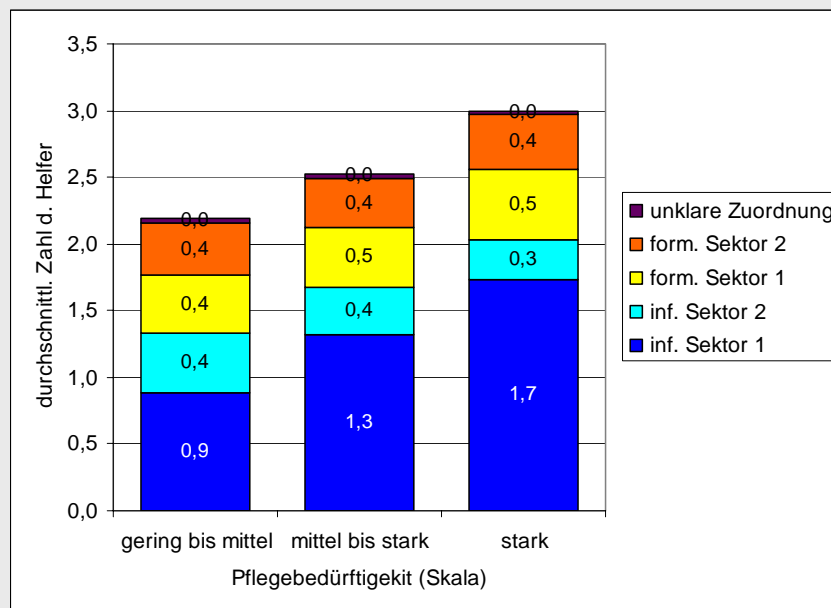


Der Tendenz nach werden mit steigender Pflegebedürftigkeit Kombileistungen häufiger bevorzugt und sowohl Geld- wie auch Sachleistungen werden weniger häufig gewählt. Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass Pflegearrangements, die alleine auf Geld- oder Sachleistungen beruhen, komplexen und schwierigen Bedingungen weniger gerecht werden als die bei Kombileistungen realisierbare Kombination verschiedener Leistungen.

Pflegebedürftigkeit – Zahl und Zusammensetzung der am Pflegearrangement Beteiligten

Abbildung 5-5

Pflegebedürftigkeit - Anzahl und Zusammensetzung der am Pflegearrangement beteiligten Helfer – gewichtete Stichprobe



Der Grad der Pflegebedürftigkeit korreliert signifikant

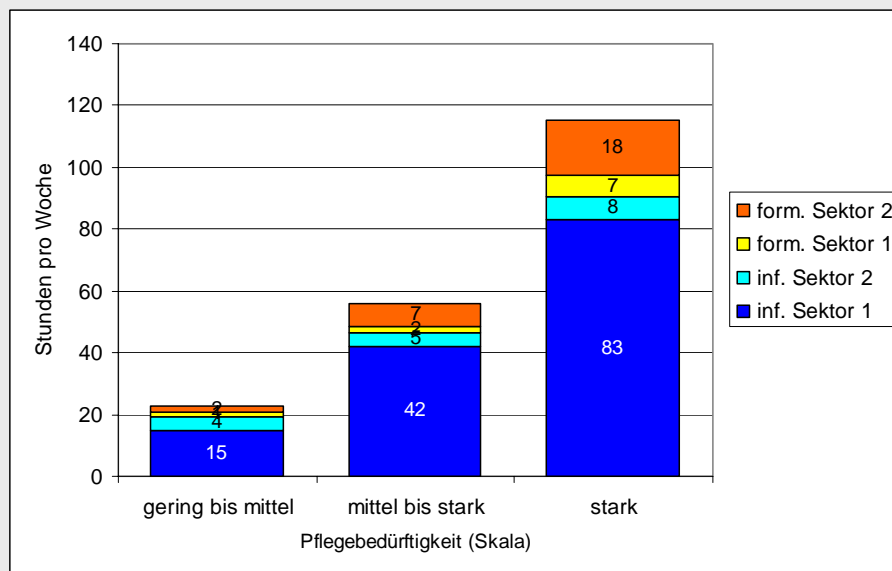
- mit der Gesamtzahl der am Pflegearrangement beteiligten Helfer: mit steigender Pflegebedürftigkeit nimmt auch die durchschnittliche Zahl der Akteure zu.
- Auch die durchschnittliche Zahl der Helfer aus dem Bereich der Angehörigen steigt signifikant mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit.
- Eine deutliche und signifikante Tendenz ist für Helfer aus dem informellen Sektor 2 beobachtbar: Mit steigender Pflegebedürftigkeit *verringert* sich im Durchschnitt die Zahl der Helfer aus dem Kreis der Bekannten, Freunde und Nachbarn.
- Die durchschnittliche Zahl der Helfer aus dem formellen Sektor 1 nimmt mit steigender Pflegebedürftigkeit geringfügig zu.
- Die Zahl der Akteure aus dem formellen Sektor 2 korreliert nicht signifikant mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit.

Diese Ergebnisse machen deutlich, dass unter schwierigen Bedingungen – bei starker Pflegebedürftigkeit – auf die Angehörigen im Durchschnitt steigende Belastungen zukommen, die auch kaum durch eine Beteiligung von Helfern aus den anderen Sektoren kompensiert werden.

Pflegebedürftigkeit und für die Versorgung aufgewendete Zeit

Abbildung 5-6

Pflegebedürftigkeit und die von Sektoren in die Pflege investierte Zeit – gewichtete Stichprobe



Die zur Versorgung aufgewendete Zeit steigt deutlich mit zunehmender Pflegebedürftigkeit:

- bei geringer Pflegebedürftigkeit werden im Durchschnitt 21 Stunden pro Woche erbracht, bei starker Pflegebedürftigkeit steigt der Aufwand auf 116 Stunden im Durchschnitt.
- Die Zeit der Angehörigen steigt von rund 15 Stunden pro Woche auf 83 Stunden;
- die von professionellen Fachkräften nachgefragte Zeit nimmt von 2 Stunden pro Woche auf 7 Stunden zu;

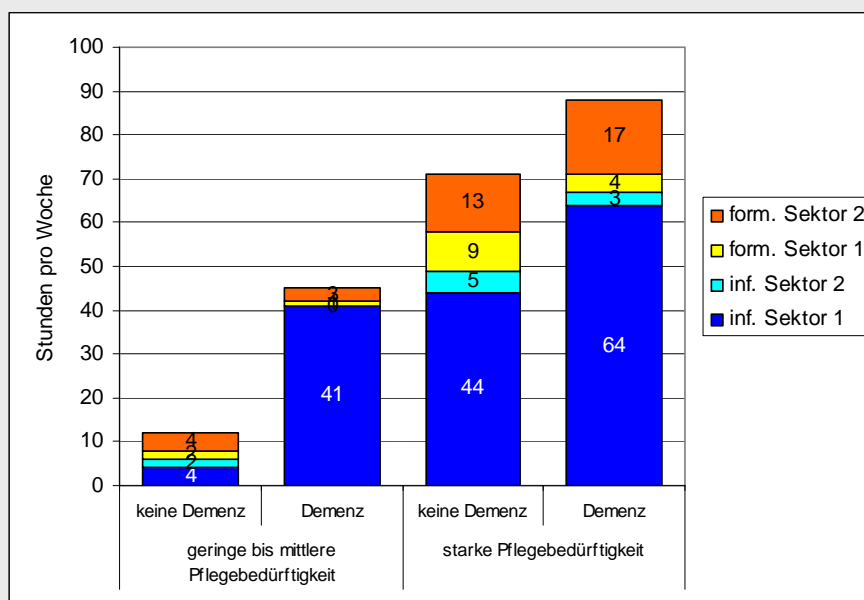
- auch die vom formellen Sektor 2 – von sonstigen beruflichen und kommerziellen Anbietern – eingebrachte Zeit steigt: von ca. 2 Stunden pro Woche auf 18 Stunden bei starker Pflegebedürftigkeit.
- Die von Nachbarn, Freunden, Bekannten und Ehrenamtlichen geleistete Zeit (informeller Sektor 2) variiert nicht signifikant mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit.

Zusätzlicher Aufwand durch Demenz?

Ob im Falle von Demenz ein zusätzlicher Versorgungsaufwand erbracht wird, von wem und in welcher Größenordnung, lässt sich wegen der oben dargestellten Erhebungs- und Messprobleme nur mit Einschränkungen untersuchen: Da nur für 338 Fälle aus der Programmgruppe eine solche Analyse möglich ist, kann nur eine sehr grobe Einstufung der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt werden. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkung ergibt sich das folgende Bild:

Abbildung 5-7

Pflegebedürftigkeit und Demenz – von den Sektoren investierte Zeit – gewichtete Stichprobe



Sowohl bei geringer/mittlerer Pflegebedürftigkeit wie auch bei starker Pflegebedürftigkeit (Skalenwerte <50 und >50) ist die insgesamt für die Versorgung aufgewendete

Zeit bei Demenzerkrankten erheblich höher als bei Pflegebedürftigen ohne Hinweise auf eine Demenz (vgl. Gräßel, 1998). Im Durchschnitt beträgt der Unterschied über alle Grade von Pflegebedürftigkeit hinweg rund 20 Stunden pro Woche. Wenn wir davon ausgehen, dass bei einem „durchschnittlichen“ Pflegearrangement für die Versorgung rund 70 Stunden pro Woche aufgewendet werden (Kap. 4), hat die für Demenz aufgewendete Versorgungszeit einen Anteil von fast 30 % an der gesamten Versorgungszeit. Dieser erhöhte Aufwand wird ganz überwiegend von den Angehörigen geleistet. Insgesamt, also bei geringer bis mittlerer Pflegebedürftigkeit und bei starker Pflegebedürftigkeit, liegt der Mehraufwand der Angehörige im Falle von Demenz bei rund 30 Stunden pro Woche.³⁷

³⁷ Signifikante Unterschiede für den Zeitaufwand bei Demenz bestehen für die Zeit der Angehörigen (informeller Sektor 1) und für den gesamten Zeitaufwand: $p < 0,01$.

Anhang zu Kap. 5.1: statistische Auswertungen
 - Pflegebedürftigkeit und Pflegearrangements

	vorhergehende Leistungsart			eta	Signifikanz; F-Test
	Geldleistung	Kombileistung	Sachleistung		
Skala Pflegebedürftigkeit	65	72	64	0,127	ss
durchschnittliche Zahl der am Pflegearrangement beteiligten Helfer					
	Pflegebedürftigkeit				
	gering bis mittel	mittel bis stark	stark		
Gesamtzahl der Helfer	2,19	2,52	2,99	0,258	ss
Helfer aus dem inform. Sektor 1: Angehörige	0,88	1,32	1,74	0,322	ss
Helfer aus dem inform. Sektor 2: Nachbarn, Freunde, Bekannte, Ehrenamtliche	0,45	0,36	0,29	0,111	s
Helfer aus dem form. Sektor 1: professionelle. Helfer	0,43	0,45	0,53	0,071	ns
Helfer aus dem form. Sektor 2: sonst.berufl./kommerz.Anbieter	0,39	0,36	0,42	0,048	ns
für die Versorgung aufgewendete Zeit (Stunden pro Woche)					
	Pflegebedürftigkeit				
	gering bis mittel	mittel bis stark	stark		
Zeit insgesamt	23	56	116	0,567	ss
Zeit durch den inf. Sektor 1 (Angeh.)	15	42	83	0,455	ss
Zeit durch den inf. Sektor 2 (Freunde, Bekannte, Ehrenamtliche)	4	5	8	0,074	ns
Zeit durch den form. Sektor 1 (professionelle Pflege)	1	2	7	0,149	ss
Zeit durch den form. Sektor 2 (sonst. berufl.,kommerz. Anbieter)	2	7	18	0,204	Ss
	Kein Hinweis auf Demenz		Hinweis auf Demenz		
Zeit insgesamt	53	81		0,214	ss
Zeit durch den inf. Sektor 1 (Angeh.)	31	60		0,239	ss
Zeit durch den inf. Sektor 2 (Freunde, Bekannte, Ehrenamtliche)	4	2		0,075	ns
Zeit durch den form. Sektor 1 (professionelle Pflege)	7	4		0,082	ns
Zeit durch den form. Sektor 2 (sonst. berufl.,kommerz. Anbieter)	10	15		0,079	ns

ss: sehr signifikant; Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%
 s: signifikant; Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 %
 ns: nicht signifikant; Irrtumswahrscheinlichkeit > 5 %
 eta=√(klärte Varianz/Gesamtvarianz)

5.2 Chancen: Soziales Umfeld

5.2.1 Chancen und Restriktionen: Unterstützungsnetzwerke

a. Die Klassifikation von Unterstützungsnetzwerken

Informelle soziale Unterstützungsnetzwerke sind wichtige Ressourcen im sozialen Umfeld einer Person. Sie bilden gewissermaßen das "soziale Kapital" von Pflegebedürftigen: "Das Sozialkapital ist die Gesamtheit der aktuellen und potentiellen Ressourcen, die im Besitz eines dauerhaften Netzes von mehr oder weniger institutionalisierten Beziehungen gegenseitigen Kennens oder Anerkennens vorhanden sind; ... es handelt sich dabei um Ressourcen, die auf der Zugehörigkeit zu einer Gruppe beruhen." (Bourdieu, 1996, S. 103). Informelle Unterstützungsnetzwerke für Pflegebedürftige bestehen aus Anderen, die im Falle einer vorübergehenden oder dauerhaften Notsituation zur privaten, also nicht beruflich organisierten, Hilfe bereit und fähig sind. Diese Hilfeleistungen – in der Forschung als "social support" bezeichnet – können sehr verschieden sein. Unterschieden werden vor allem die folgenden "support-Dimensionen" (Wills, 1985, S. 61-82):

Unterstützungsdimension	Art der Unterstützung
emotional	Stützung des Selbstwertgefühls, Herstellung vertraulicher Beziehungen, Möglichkeit, persönliche Probleme zu besprechen
Status	Herstellung und Aufrechterhaltung gesellschaftlich wichtiger Verbindungen
instrumentell, materiell	praktische Hilfeleistungen, finanzielle Hilfen
sozial	Geselligkeit, soziale Aktivitäten

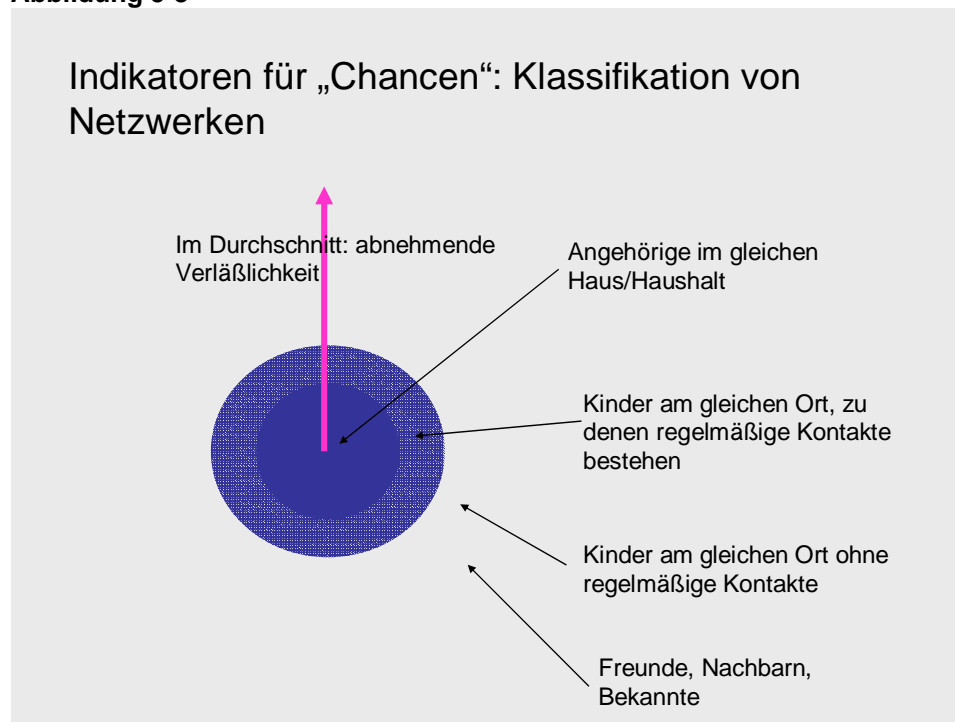
Unterstützungsnetzwerke lassen sich unter verschiedenen Gesichtspunkten beschreiben.³⁸ Für die Frage nach der Wahrscheinlichkeit einer Unterstützung sind zwei besonders wichtig: einerseits die soziale und andererseits die räumliche Nähe bzw. Distanz der Mitglieder eines solchen Netzes zu der Bezugsperson. Angehörige bzw. Verwandte (Ehegatten, Lebenspartner, Kinder, andere Verwandte) haben im Allgemeinen (nicht immer!) eine geringere soziale Distanz zu der Bezugsperson als

³⁸ Methodische Anregungen dazu finden sich bei U. Pfennig (1993) und Wellman (1981).

Freunde, Nachbarn und Bekannte und sind im Allgemeinen (wiederum: nicht immer!) auch mit größerer Wahrscheinlichkeit zu unterstützenden Leistungen bereit. Und Personen, die im gleichen Haus oder in der gleichen Wohnung wie die Bezugsperson leben – also in einer sehr geringen räumlichen Distanz zu ihr – werden mit größerer Wahrscheinlichkeit für Versorgungsleistungen zur Verfügung stehen als Personen, die zwar in erreichbarer Nähe (z.B. im gleichen Quartier) aber außerhalb der Wohnung leben oder gar Personen, die in einem ganz anderen Ort, bzw. Stadtviertel wohnen.³⁹

Die folgende Abbildung verdeutlicht, was wir unter einem Unterstützungsnetzwerk verstehen und wie wir es definiert haben:

Abbildung 5-8



Die Unterstützungsnetzwerke der Pflegebedürftigen unserer Stichprobe wurden auf der Basis der folgenden Erhebungsmerkmale klassifiziert:

- Lebt jemand allein oder mit anderen zusammen?
- Wohnt die Hauptpflegeperson im gleichen Haushalt, in erreichbarer Nähe oder weiter entfernt?
- Leben im Wohnort Kinder, mit denen man sich regelmäßig trifft?

³⁹ Vgl. dazu die ausführliche Klassifikation von Blinkert/Klie (1999).

Unterschieden wurden fünf Netzwerkkonstellationen, die für verschiedene Auswertungen zu drei Typen zusammengefasst wurden:

Tabelle 5-3: Unterstützungsnetzwerke

		Ungewichtete Stichprobe			Gewichtete Stichprobe
		Programm- gruppe	Vergleichs- gruppe	insgesamt	
Netzwerk	kein NW	29%	24%	28%	23%
	prek.NW	16%	14%	15%	13%
	labiles NW	26%	35%	28%	31%
	stabiles NW	17%	11%	15%	16%
	sehr stabiles NW	12%	16%	13%	17%
insges.		100%	100%	100%	100%
Anzahl		536	170	706	

Über kein Netzwerk im Sinne unserer Definition verfügen 28 % der Pflegebedürftigen; bei 15 % ist das Netzwerk prekär – sie haben nur Kinder im gleichen Ort, aber keinen regelmäßigen Kontakt zu ihnen. Nimmt man diese beiden Typen zusammen – kein Netzwerk und „prekäres Netzwerk“ – ist anzunehmen, dass etwas über 40 % der Pflegebedürftigen in den beiden Stichproben überhaupt nicht oder nur sehr eingeschränkt mit Hilfen aus dem sozialen Nahbereich rechnen können. 28 % haben ein labiles Netzwerk, d.h. sie leben überwiegend allein, haben aber Angehörige in der Nähe, zu denen auch regelmäßige Kontakte bestehen; 28 % haben ein stabiles oder sehr stabiles Netzwerk: Sie leben mit anderen zusammen bzw. sogar mit der Hauptpflegeperson im gleichen Haushalt. Die Unterschiede zwischen der Programm- und der Vergleichsgruppe sind gering und nicht signifikant. Zwischen der ungewichteten Stichprobe der Begleitforschung und einer nach Leistungsarten gewichteten Stichprobe bestehen deutliche Unterschiede: In der repräsentativ gewichteten Stichprobe sind ungünstige Netzwerkkonstellationen seltener und stabile bzw. sehr stabile Unterstützungsnetzwerke häufiger.

b. Unterstützungsnetzwerke und Pflegebedürftigkeit

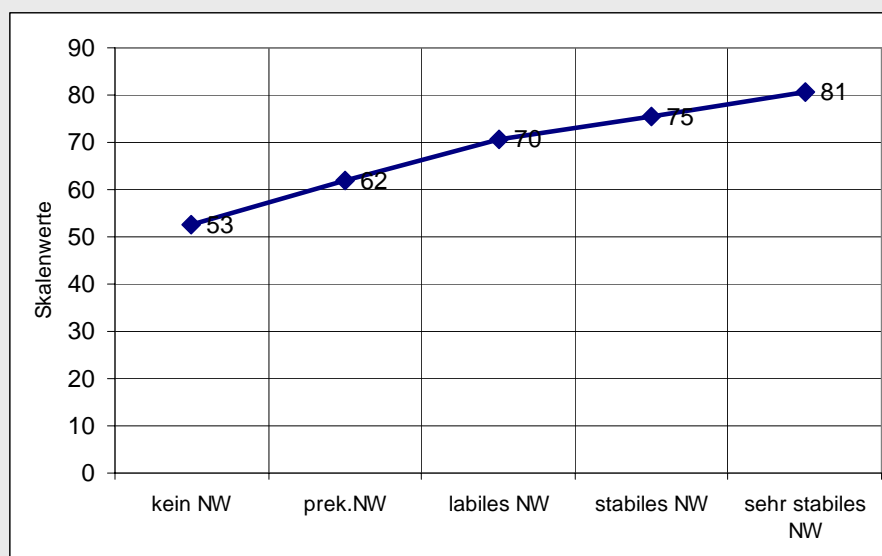
Mit steigender Netzwerkstabilität steigt auch die Pflegebedürftigkeit. Sehr deutlich wird dieser Zusammenhang, wenn wir die Durchschnittswerte für die Skala Pflege-

bedürftigkeit betrachten: Die Werte steigen von 53, bei denen, die kein Unterstützungsnetzwerk haben auf 81, die über ein sehr stabiles Netzwerk verfügen.

Dieser Zusammenhang ergibt sich daraus, dass Selektionseffekte wirksam sind: Anzunehmen ist, dass bei starker Pflegebedürftigkeit und wenn kein oder nur ein prekäres Unterstützungsnetzwerk vorhanden ist, eine häusliche Versorgung nur selten als Arrangement entstehen kann und dass diese Konstellation deshalb in unserer Stichprobe, die ja nur häuslich versorgte Pflegebedürftige umfasst, auch entsprechend selten vorkommt.

Abbildung 5-9

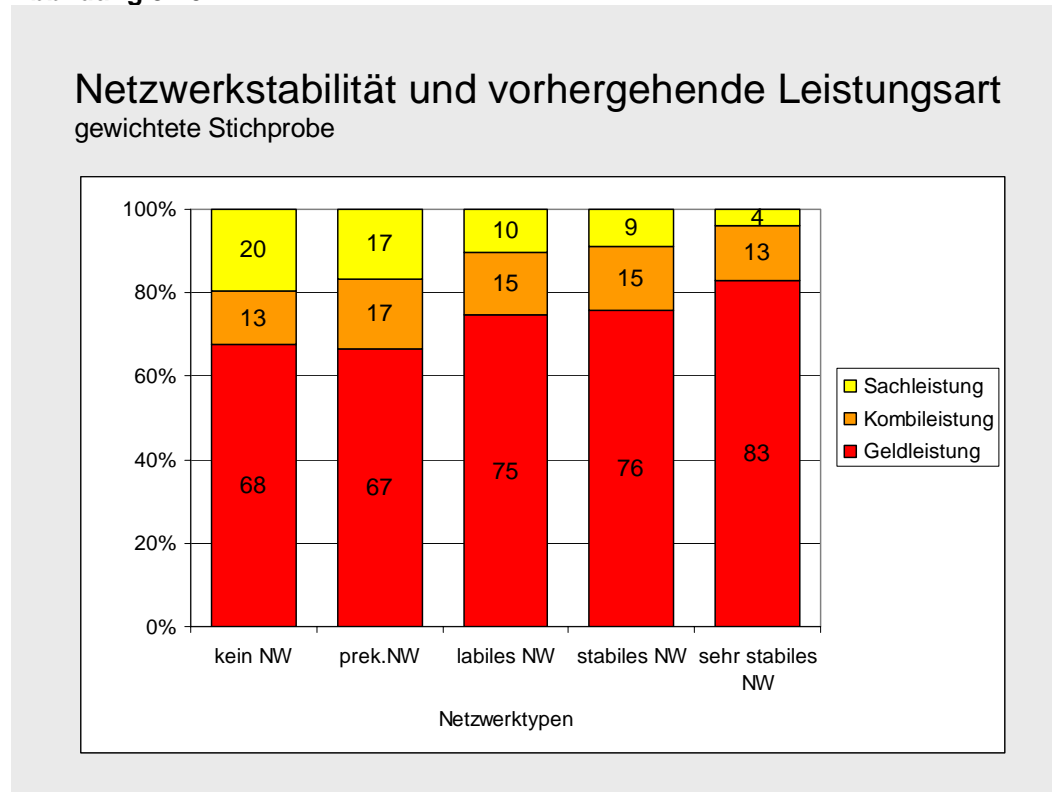
Pflegebedürftigkeit und Unterstützungsnetzwerk



c. Unterstützungsnetzwerke und Pflegearrangements

Netzwerk und vorhergehende Leistungsart

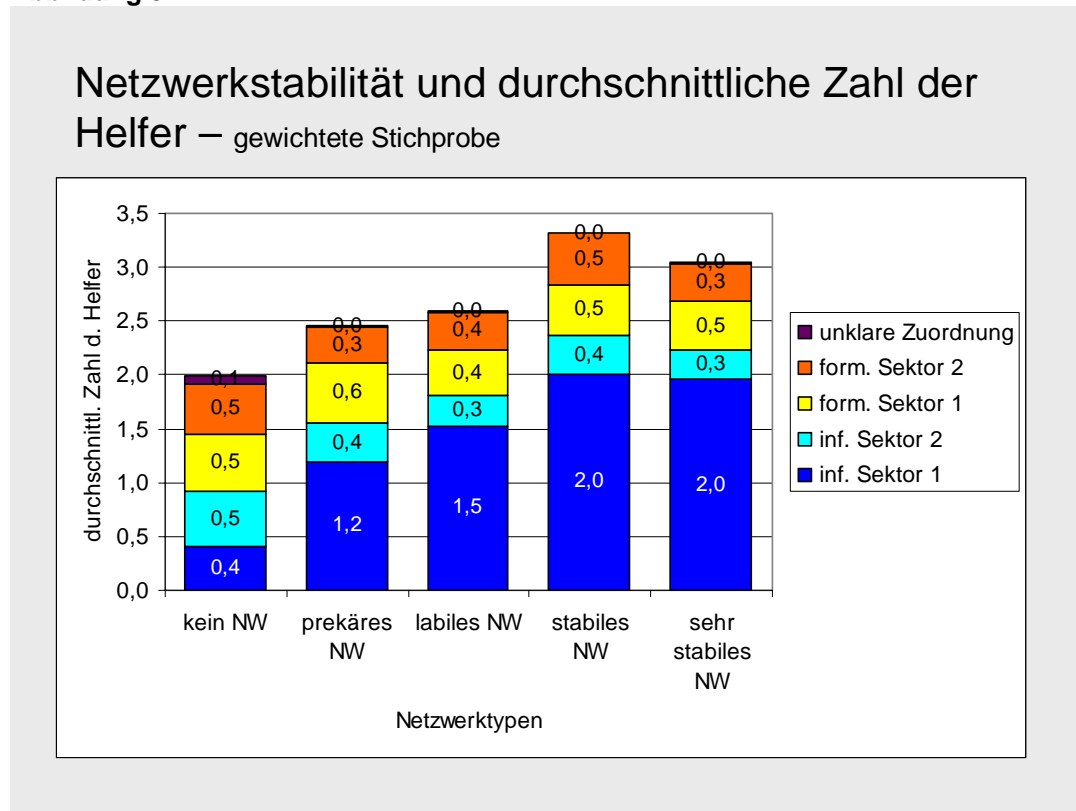
Abbildung 5-10



Mit steigender Netzwerkstabilität sinkt der Anteil derjenigen, die Sachleistungen gewählt haben und der Anteil der Geldleistungsempfänger nimmt zu. Sachleistungen, und damit die Bevorzugung eines Pflegearrangements, bei dem der von Pflegediensten angebotene Leistungskatalog zentrale Bedeutung besitzt, sind eine Art funktionales Äquivalent für die fehlende Unterstützung durch Helfer aus einem informellen Netzwerk.

Netzwerk – Zahl der Helfer und Zusammensetzung der Helfer

Abbildung 5-11



Je stabiler das Unterstützungsnetzwerk Pflegebedürftiger ist,

- desto größer ist die Zahl der an der Versorgung beteiligten Helfer und
- desto größer ist die Zahl der Helfer aus dem Kreis der Angehörigen.

Netzwerke – für die Versorgung aufgewendete Zeit

Signifikante Variationen mit der Netzwerkstabilität lassen sich für die insgesamt für die Versorgung aufgewendete Zeit, für die von Angehörigen geleistete Zeit und für die vom formellen Sektor 1 nachgefragte Zeit beobachten:

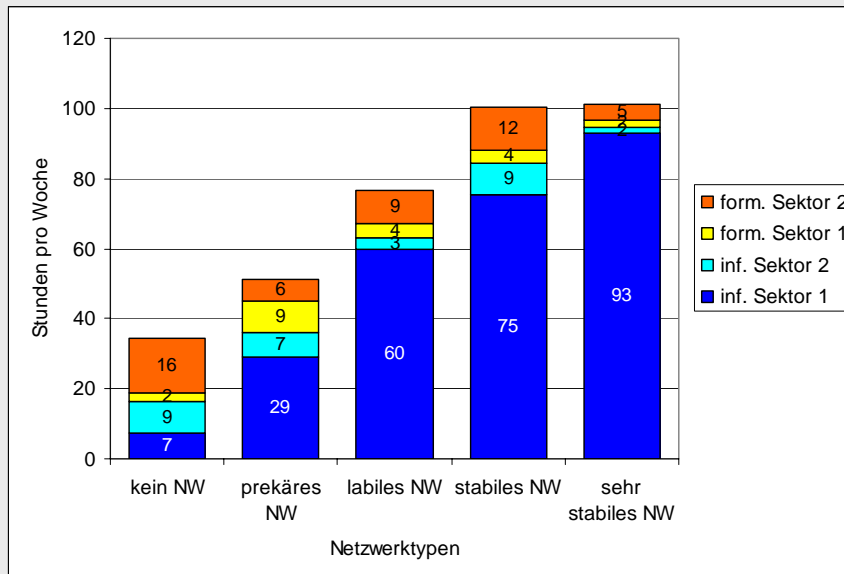
Mit steigender Netzwerkstabilität

- steigt die für die Versorgung insgesamt aufgewendete Zeit von durchschnittlich 34 Stunden, wenn kein Netzwerk vorhanden ist auf 103 Stunden pro Woche bei einem sehr stabilen Netzwerk
- steigt die von Angehörigen geleistete Zeit von 7 Stunden pro Woche auf durchschnittlich 93 Stunden und

- sinkt die von Fachkräften und Pflegediensten nachgefragte Zeit von durchschnittlich 9 Stunden pro Woche bei einem prekären Netzwerk auf rund 2 Stunden bei einem sehr stabilen Netzwerk.

Abbildung 5-12

Netzwerkstabilität und von den Sektoren geleistete Zeit – gewichtete Stichprobe



Anhang zu Kap. 5.2.1: statistische Auswertungen
- Netzwerktypen und Pflegearrangements

vorhergehende Leistungsart	Netzwerktyp				C	Signifikanz; Chi-Quadrat-Test
	kein NW prekäres NW	labiles NW	stabiles NW	Ins- gesamt		
Geldleistung	67%	75%	79%	74%	0,158	ss
Kombileistung	14%	15%	14%	14%		
Sachleistung	19%	10%	6%	12%		
insgesamt	100%	100%	100%	100%		

durchschnittliche Zahl der am Pflegearrangement beteiligten Helfer						
	Netzwerktyp			eta	Signifikanz; F-Test	
	kein NW prekäres NW	labiles NW	stabiles NW			
Gesamtzahl der Helfer	2,16	2,59	3,18	0,331	ss	
Helfer aus dem inform. Sektor 1: Angehörige	0,70	1,52	1,99	0,509	ss	
Helfer aus dem inform. Sektor 2: Nachbarn, Freunde, Bekannte, Ehrenamtliche	0,45	0,29	0,31	0,130	ss	
Helfer aus dem form. Sektor 1: professionelle. Helfer	0,54	0,42	0,46	0,080	ns	
Helfer aus dem form. Sektor 2: sonst.berufl./kommerz.Anbieter	0,42	0,35	0,41	0,054	ns	

für die Versorgung aufgewendete Zeit (Stunden pro Woche)						
	Netzwerktyp			eta	Signifikanz; F-Test	
	kein NW prekäres NW	labiles NW	stabiles NW			
Zeit insgesamt	42	77	101	0,366	ss	
Zeit durch den inf. Sektor 1 (Angeh.)	15	60	84	0,471	ss	
Zeit durch den inf. Sektor 2 (Freunde, Bekannte, Ehrenamtliche)	8	3	5	0,103	s	
Zeit durch den form. Sektor 1 (professionelle Pflege)	5	4	3	0,046	ns	
Zeit durch den form. Sektor 2 (sonst. berufl.,kommerz. Anbieter)	12	9	8	0,054	ns	

ss: sehr signifikant; Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%; s: signifikant; Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 %; ns: nicht signifikant; Irrtumswahrscheinlichkeit > 5 %

eta=Verklärte Varianz/Gesamtvarianz

C: Kontingenzkoeffizient

5.2.2 Chancen und Restriktionen: Soziale Milieus der Hauptpflegepersonen – Status und Lebensentwurf

a. Klassifizierung von sozialen Milieus

Soziale Milieus sind gesellschaftliche Großgruppen, die sich durch gemeinsame Lebenslagen unterscheiden (Hradil, 2006). Diese Lebenslagen lassen sich einerseits durch den sozialen Status beschreiben und andererseits durch den Lebensstil bzw. den Lebensentwurf. Der soziale Status zeigt an, in welchem Maße jemand über die strukturellen Ressourcen Einkommen, kulturelles Kapital und berufliche Möglichkeiten verfügt. Der Lebensentwurf kann unter anderem danach unterschieden werden, ob eher „vormoderne“ oder eher „moderne“ Orientierungen eine Rolle spielen. Ein Gradmesser dafür ist u.a. die Art und Weise, wie die Frauenrolle interpretiert wird – diese kann eher auf die Familie und auf Hausarbeit bezogen sein oder stärker auf Unabhängigkeit und berufliche Selbständigkeit. Soziale Milieus lassen sich dann durch diese beiden „Achsen“ beschreiben:⁴⁰

⁴⁰ Der soziale Status wurde über die Indikatoren Schulbildung und Berufsausbildung gemessen. Der Lebensentwurf wurde auf dem Kontinuum "vormodern ... modern" eingestuft. Dazu wurden statements über die Definition der Frauenrolle berücksichtigt, in denen auf der einen Seite ein auf Familie, Haushalt und Kinderbetreuung ausgerichtetes Frauenbild zum Ausdruck gebracht wurde und auf der anderen Seite eine Vorstellung von der Frauenrolle, die deutlich auf Selbständigkeit und Beruf ausgerichtet ist. Die Indikatoren für den sozialen Status und für den Lebensentwurf wurden über eine kategoriale Hauptkomponentenanalyse zu Skalen zusammengefasst. Berücksichtigt wurden die gleichen Indikatoren, wie in den repräsentativen ALLBUS-Studien. Auf diese Weise sind Vergleiche mit den Verhältnissen in einer repräsentativen Stichprobe möglich. Genauere Erläuterungen dazu finden sich bei Blinkert/Klie 2004.

Abbildung 5-13

„Soziale Milieus“: Konfigurationen aus Status und Lebensentwurf

sozialer Status („strukturelle Ressourcen“) •Schulbildung •Berufsausbildung	hoch	<i>konservatives bürgerliches Milieu</i>		liberales bürgerliches Milieu
	mittel	<i>konserv. Mittelschicht-Milieu</i>	<i>gesellschaftl. Mitte</i>	<i>liberales Mittelschicht-Milieu</i>
	niedrig	traditionelles Unterschicht-Milieu		<i>neues Unterschicht-Milieu</i>
		vormodern	teils/teils	modern
		Lebensentwurf („symbol. Ressourcen“) Interpretation d. Frauenrolle, Werteorientierungen		

Die auf diese Weise unterschiedenen sozialen Milieus verteilen sich wie folgt in der Stichprobe und in der repräsentativen ALLBUS-Erhebung:

Tabelle 5-4: Soziales Milieu der Hauptpflegeperson

soziales Milieu der Hauptpflegeperson	Ungewichtete Stichprobe			Gewichtete Stichprobe	ALLBUS 2004
	Programm- gruppe	Vergleichs- gruppe	insgesamt		
Traditionelles Unterschicht-Milieu	19%	25%	20%	28%	27,4%
Neues Unterschicht-Milieu	11%	14%	12%	12%	12,7%
Konservatives Mittelschicht-Milieu	7%	10%	7%	10%	8,9%
Gesellschaftliche Mitte	15%	18%	16%	15%	13,6%
liberales Mittelschicht-Milieu	17%	12%	15%	14%	13,6%
Konservativ-bürgerliches Milieu	7%	3%	6%	5%	8,4%
Liberal-bürgerliches Milieu	25%	19%	23%	16%	15,5%
insgesamt	100%	100%	100%	100%	100,0%
Anzahl	313	102	415		
Keine Hauptpflegeperson			188		
Fehlende Angaben			103		
insgesamt			706		

Die folgenden Ähnlichkeiten bzw. Unterschiede in den Verteilungen sind bemerkenswert:

- Zwischen Programm- und Vergleichsgruppe bestehen geringe Unterschiede, die jedoch nicht signifikant sind.

- In der ungewichteten Stichprobe der Begleitforschung ist das traditionelle Unterschicht-Milieu gegenüber der nach Leistungsarten gewichteten Stichprobe unterrepräsentiert und das liberal-bürgerliche Milieu ist überrepräsentiert.
- Die Verteilung in der gewichteten Stichprobe stimmt recht gut mit der Verteilung in der für Deutschland repräsentativen ALLBUS-Stichprobe überein.

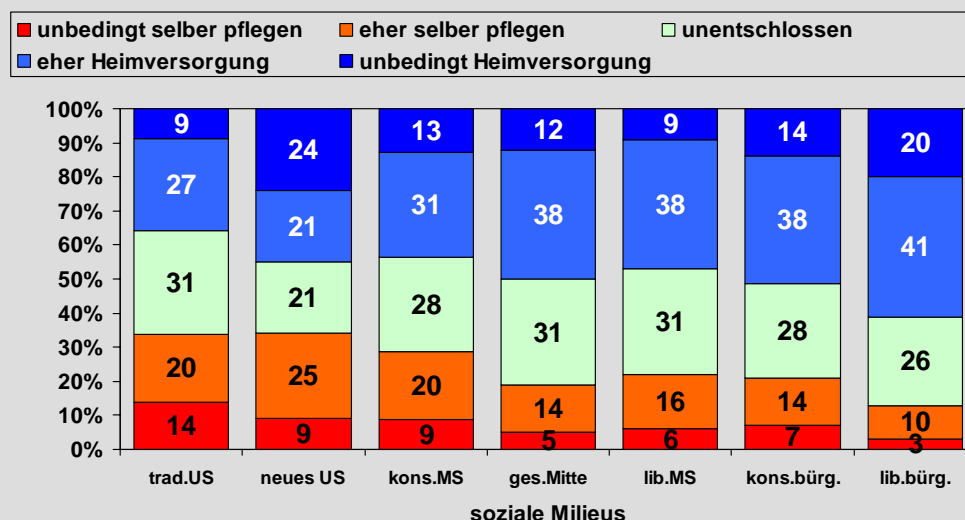
b. Soziale Milieus und Pflegearrangements

Präferenzen in der Gruppe der 40- bis 65-Jährigen: Pflegekulturelle Orientierungen

Verschiedene von uns durchgeführte Untersuchungen haben gezeigt, dass pflegekulturelle Orientierungen – Präferenzen für verschiedene Pflegearrangements – sehr stark mit der Milieuzugehörigkeit korrelieren (Blinkert/Klie, 2000, 2004). Die größte Bereitschaft zur häuslichen Versorgung, zum Selberpflegen auch ohne professionelle Hilfen, konnte immer bei Personen mit niedrigem Sozialstatus und vormodernem Lebensentwurf beobachtet werden. Und die geringste Bereitschaft zum Selberpflegen zeigte sich immer bei einem hohen Sozialstatus in Verbindung mit einem modernen Lebensentwurf. Dieses Ergebnis erbrachte auch die im Rahmen der Begleitforschung durchgeführte Sondererhebung für die Regionen Unna und Annaberg (s. Anlage II):

Abbildung 5-14

Pflegekulturelle Orientierungen: Versorgung eines nahen Angehörigen - häusliche vs. stationäre Versorgung in verschiedenen sozialen Milieus (Annaberg und Unna zusammen)



In der Altersgruppe der 40- bis 65-Jährigen wird für den Fall, dass eine nahe stehende Person pflegebedürftig wird, das Arrangement „in der häuslichen Versorgung selber pflegen“ am häufigsten im traditionsbewussten Unterschicht-Milieu (niedriger Status und vormoderner Lebensentwurf) bevorzugt und am seltensten im liberal-bürgerlichen Milieu (hoher Status und moderner Lebensentwurf).⁴¹ Die Präferenz für eine stationäre Versorgung variiert genau umgekehrt mit den sozialen Milieus. Sie ist am geringsten im traditionsbewussten Unterschichtmilieu und am stärksten im liberal-bürgerlichen Milieu.

Im Wesentlichen kann auch für die Begleitforschung gezeigt werden, dass die Zugehörigkeit der Hauptpflegeperson zu sozialen Milieus von großer Bedeutung dafür ist, welches Pflegearrangement realisiert wurde. Für einen empirischen Nachweis ergibt sich jedoch das folgende Problem: In der Stichprobe der Begleitforschung konnte für fast 300 Pflegebedürftige (n=291) die Hauptpflegeperson nicht nach ihrer Milieuzugehörigkeit eingestuft werden: 188 hatten keine Hauptpflegeperson, bei 103 Fällen

⁴¹ Für einen Vorschlag zur Erklärung vgl. Blinkert/Klie (2004) und den Ergebnisbericht für die Annaberg-Unna-Studie (Anhang II).

fehlten die zur Klassifikation erforderlichen Angaben oder es war mit der Hauptpflegeperson kein Interview möglich.

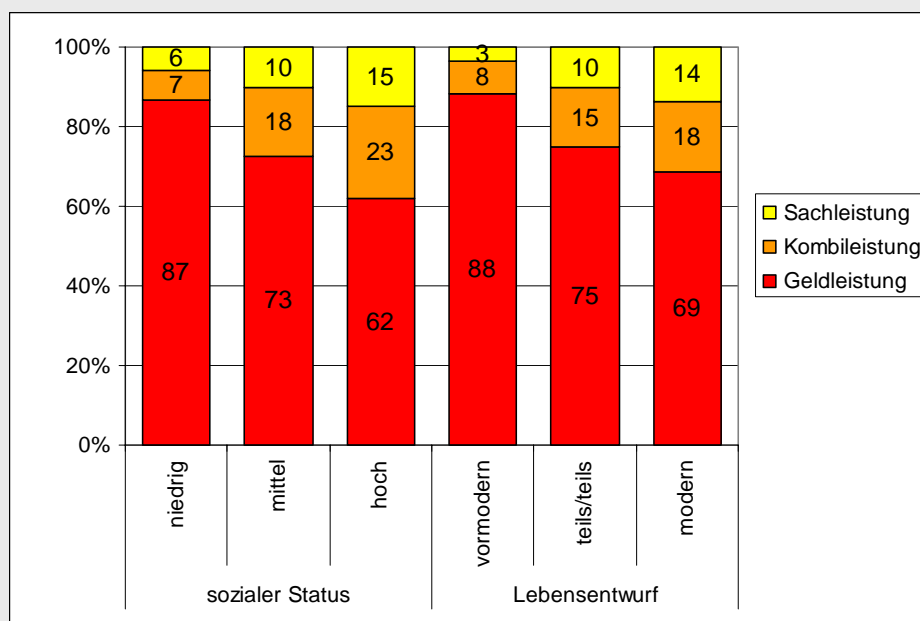
Wegen dieser Ausfälle ergeben sich Probleme bei der Auswertung: Die Zahl der Fälle reduziert sich erheblich, so dass es für verschiedene Auswertungen nicht sinnvoll ist, die Milieu-Klassifikation zu berücksichtigen, sondern die dazu verwendeten Indikatoren Status und Lebensentwurf jeweils einzeln und für sich.

Mit dieser Einschränkung lässt sich zeigen, dass auch im Rahmen der Begleitforschung die Milieuzugehörigkeit der Hauptpflegeperson eine wichtige Bedingung des sozialen Umfeldes ist und Einfluss auf die Gestaltung von Pflegearrangements besitzt.

Sozialer Status, Lebensentwurf und vorhergehende Leistungsart

Abbildung 5-15

Sozialer Status, Lebensentwurf der Hauptpflegeperson und vorhergehende Leistungsart – gewichtete Stichprobe



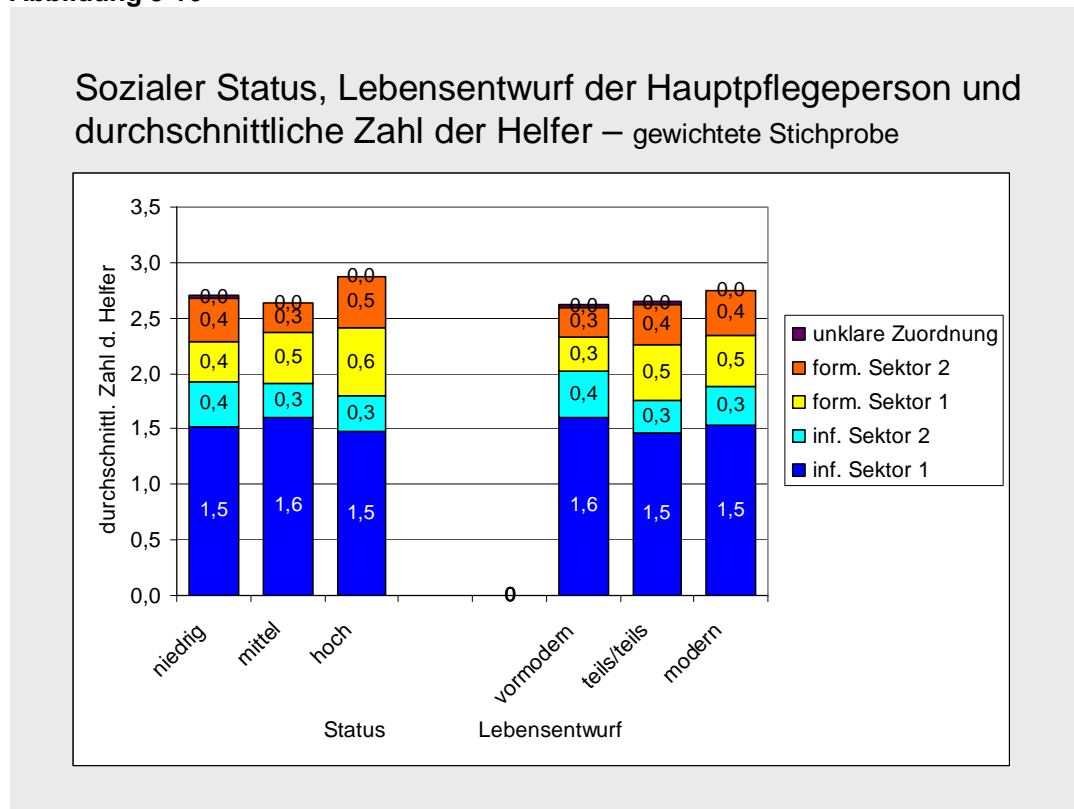
Die Zugehörigkeit der Hauptpflegeperson zu sozialen Milieus hat einen deutlichen Einfluss auf die Wahl einer Leistungsart:

- Mit steigendem Sozialstatus sinkt der Anteil derjenigen, die Geldleistungen gewählt haben und der Anteil der Bezieher von Kombi- und Sachleistungen steigt;

- bei einem modernen Lebensentwurf der Hauptpflegeperson ist der Anteil von Geldleistungsbeziehern deutlich niedriger als bei einem vormodernen Lebensentwurf und der Anteil der Bezieher von Kombi- und Sachleistungen ist deutlich höher.

Sozialer Status, Lebensentwurf – Zahl und Zusammensetzung der Helfer

Abbildung 5-16



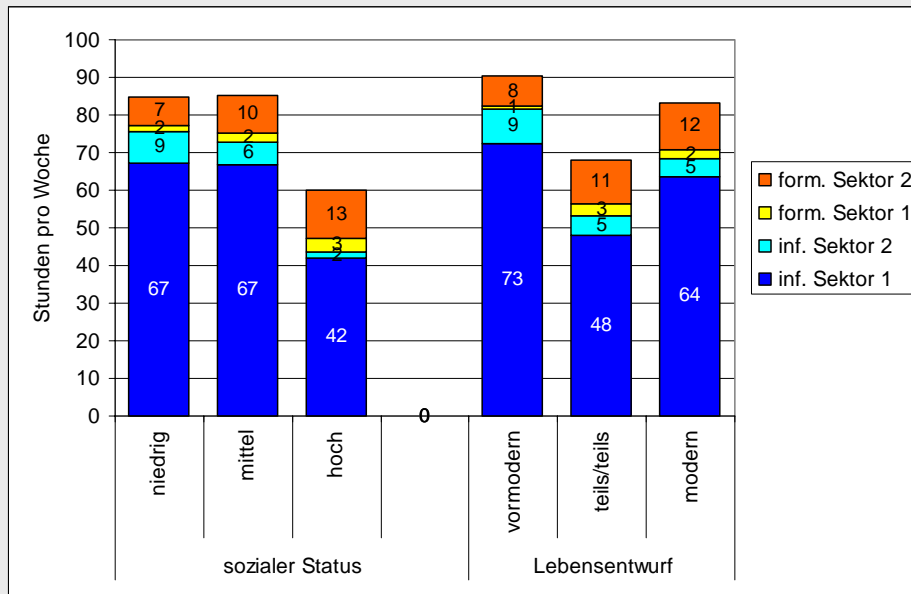
Die Korrelationen zwischen der Zahl der Helfer aus verschiedenen Bereichen mit dem Sozialstatus und dem Lebensentwurf der Hauptpflegeperson sind weniger eindeutig.

- Mit steigendem Sozialstatus der Hauptpflegeperson steigt die durchschnittliche Zahl der Helfer aus dem formellen Sektor 1.
- Die Zahl der Akteure aus dem formellen Sektor 1 ist am niedrigsten, wenn die Hauptpflegeperson über einen eher vormodernen Lebensentwurf verfügt.

Sozialer Status, Lebensentwurf und in die Versorgung investierte Zeit

Abbildung 5-17

Sozialer Status und Lebensentwurf der Hauptpflegeperson und von den Sektoren geleistete Zeit – gewichtete Stichprobe



Mit steigendem sozialen Status verringert sich tendenziell

- die insgesamt aufgewendete Zeit und
- die von Angehörigen in die Versorgung investierte Zeit.

Verfügt die Hauptpflegeperson über einen eher vormodernen Lebensentwurf

- wird insgesamt deutlich mehr Zeit für die Versorgung aufgewendet als im Durchschnitt und
- besonders die Angehörigen investieren deutlich mehr Zeit für die Versorgung als bei einem eher modernen Lebensentwurf.

Anhang zu Kap. 5.2.2: statistische Auswertungen

- Sozialer Status, Lebensentwurf und Pflegearrangements

Indexwerte für	vorhergehende Leistungsart			eta	Signifikanz; F-Test
	Geld- leistung	Kombi- leistung	Sach- leistung		
sozialer Status	94	116	116	0,216	ss
Lebensentwurf	92	108	116	0,162	ss
durchschnittliche Zahl der am Pflegearrangement beteiligten Helfer					
	sozialer Status				
	niedrig	mittel	hoch		
Gesamtzahl der Helfer	2,71	2,64	2,87	0,069	ns
Helfer aus dem inform. Sektor 1: Angehörige	1,52	1,60	1,47	0,051	ns
Helfer aus dem inform. Sektor 2: Nachbarn, Freunde, Bekannte, Ehrenamtliche	0,40	0,31	0,33	0,073	ns
Helfer aus dem form. Sektor 1: professionelle. Helfer	0,37	0,45	0,60	0,151	ss
Helfer aus dem form. Sektor 2: sonst.berufl./kommerz.Anbieter	0,39	0,27	0,46	0,144	ss
für die Versorgung aufgewendete Zeit (Stunden pro Woche)					
	sozialer Status				
	niedrig	mittel	niedrig		
Zeit insgesamt	86	85	60	0,150	ss
Zeit durch den inf. Sektor 1 (Angeh.)	67	67	42	0,161	ss
Zeit durch den inf. Sektor 2 (Freunde, Bekannte, Ehrenamtliche)	9	6	2	0,119	s
Zeit durch den form. Sektor 1 (professionelle Pflege)	2	2	3	0,099	ns
Zeit durch den form. Sektor 2 (sonst. berufl.,kommerz. Anbieter)	7	10	13	0,068	ns
durchschnittliche Zahl der am Pflegearrangement beteiligten Helfer					
	Lebensentwurf				
	Vor- modern	teils, teils	modern		
Gesamtzahl der Helfer	2,62	2,64	2,75	0,045	ns
Helfer aus dem inform. Sektor 1: Angehörige	1,61	1,46	1,54	0,063	ns
Helfer aus dem inform. Sektor 2: Nachbarn, Freunde, Bekannte, Ehrenamtliche	0,41	0,30	0,35	0,081	ns
Helfer aus dem form. Sektor 1: professionelle. Helfer	0,31	0,50	0,45	0,138	s
Helfer aus dem form. Sektor 2: sonst.berufl./kommerz.Anbieter	0,27	0,37	0,41	0,112	s
für die Versorgung aufgewendete Zeit (Stunden pro Woche)					
	Lebensentwurf				
	vor- modern	teils, teils	modern		
Zeit insgesamt	91	68	83	0,139	s
Zeit durch den inf. Sektor 1 (Angeh.)	73	48	64	0,165	ss
Zeit durch den inf. Sektor 2 (Freunde, Bekannte, Ehrenamtliche)	9	5	5	0,091	ns
Zeit durch den form. Sektor 1 (professionelle Pflege)	1	3	2	0,160	ss
Zeit durch den form. Sektor 2 (sonst. berufl.,kommerz. Anbieter)	8	11	12	0,055	ns

ss: sehr signifikant; Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%; s: signifikant; Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 %; ns: nicht signifikant; Irrtumswahrscheinlichkeit > 5 %

eta= $\sqrt{\text{verklärte Varianz}/\text{Gesamtvarianz}}$

5.2.3 Chancen und Restriktionen: Raumstrukturtypen

a. Unterscheidung von Raumstrukturtypen

Moderne Gesellschaften sind im Wesentlichen urbane Gesellschaften. Der größte Teil der Bevölkerung in Deutschland lebt in Städten, bzw. im nahen Umland von Städten. Die Bevölkerung ist aber auch in dem Sinne „urbanisiert“, dass Verhaltensweisen und Mentalitäten, die man in der Vergangenheit mit „dem Land“ in Verbindung gebracht hat, immer mehr verschwinden und ein urbaner Lebensstil sich nun in der ganzen Gesellschaft ausgebreitet hat und keineswegs mehr nur auf Städte beschränkt ist (vgl. dazu u.a. Häußermann, 2001). Dennoch gibt es Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Regionen, z.B. in der Kriminalitätsbelastung (Eisner, 1991), aber auch in der Verteilung von Pflegearrangements, wie hier gezeigt werden kann.

In der Begleitforschung wurden Regionstypen auf der Grundlage der sechs Raumstrukturtypen der Bundesanstalt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) klassifiziert und für Auswertungszwecke zu drei Kategorien zusammengefasst (BBR, 2005):

Tabelle 5-5: Raumstrukturtypen in der Begleitforschung

Raumstrukturtyp	Programm- gruppe	Vergleichs- gruppe	Insgesamt unge- wichtete Stichprobe	Gewichtete Stichprobe
ländl. Raum, geringe Dichte	8%	12%	9%	12%
klein-/vorstädtisch: Verdichtungsansätze, äußerer Zentralraum	48%	76%	54%	64%
städtisch: innerer Zent- ralraum	44%	12%	37%	23%
	100%	100%	100%	100%
Anzahl	536	170	706	

Nur wenige Pflegebedürftige der Stichprobe leben in einer ländlichen Region (9 %). Die meisten wohnen in Orten in der Nähe von Städten, bzw. in Regionen mit eher kleinstädtischem bzw. suburbanem Charakter (54 %). In Städten leben 37 % der Pflegebedürftigen. Der Unterschied zwischen Programm- und Vergleichsgruppe ist beträchtlich: Der Anteil der in Städten lebenden Pflegebedürftigen ist in der Pro-

grammgruppe erheblich höher als in der Vergleichsgruppe. Diese Verteilung hat sich vor allem dadurch ergeben, dass aus projektstrategischen Gründen (vgl. Kap. 2) am Standort München alle am Budget Interessierten der Programmgruppe zugeteilt wurden.

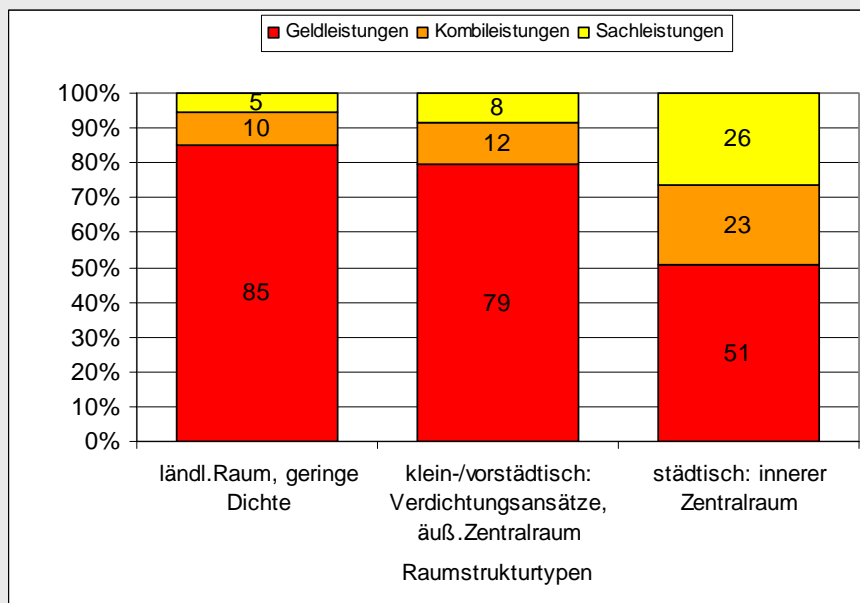
b. Raumstrukturtypen und Pflegearrangements

Zwischen den hier unterschiedenen Raumtypen lassen sich z.T. erhebliche Unterschiede zwischen den realisierten Pflegearrangements beobachten.

Raumstrukturtypen und vorhergehende Leistungsarten

Abbildung 5-18

Raumstrukturtypen – vorhergehende Leistungsarten – gewichtete Stichprobe



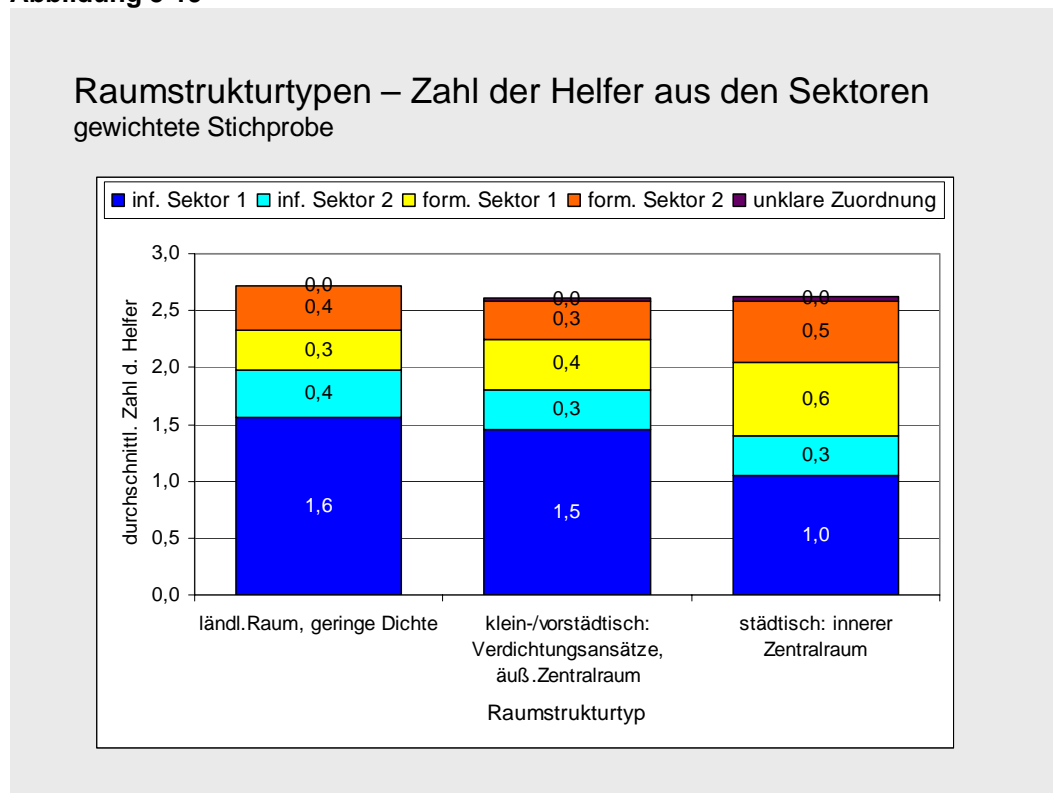
Der Anteil der Geldleistungsempfänger sinkt mit steigender Urbanisierung von 85 % in ländlichen Regionen auf nur noch 51 % im städtischen Raum. Parallel dazu steigt der Anteil derjenigen, die Sachleistungen gewählt haben von 5 % auf 26 %.⁴²

⁴² Bei diesen Relationen könnte vermutet werden, dass es sich hier um ein „München-typisches“ Ergebnis handelt: In der Großstadt München ist der Anteil der Sachleistungsempfänger sehr hoch und man könnte deshalb annehmen die Korrelation des Raumtyps mit dem Sachleistungsanteil ergibt sich allein wegen dieser Teilstich-

Raumstrukturtypen – Zahl und Zusammensetzung der Helfer

Die durchschnittliche Zahl der Helfer und auch die Zusammensetzung der Helfer nach Sektoren variiert deutlich mit dem Raumstrukturtyp:

Abbildung 5-19



- Je städtischer eine Region ist, desto geringer ist die durchschnittliche Zahl der Helfer.
- Besonders die durchschnittliche Zahl der Helfer aus dem Kreis der Angehörigen nimmt mit steigendem Urbanisierungsgrad deutlich ab.
- Dagegen nimmt die Zahl der Helfer aus dem formellen Sektor 1 (professionelle Pflege) mit steigendem Urbanisierungsgrad deutlich zu.

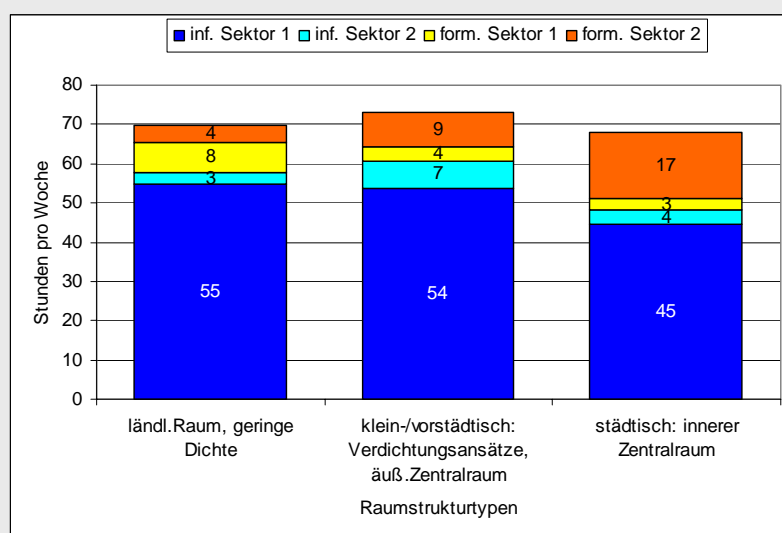
Raumstrukturtypen und Zeitaufwand für die Versorgung

Ähnlich deutlich ist die Variation des Zeitaufwands für die Versorgung und der Zeitbeiträge der Sektoren zum Pflegearrangement mit dem Raumstrukturtyp:

- Besonders deutlich variiert die von Angehörigen geleistete Zeit mit dem Raumtyp: Je städtischer eine Region ist, desto weniger Zeit wird im Durchschnitt von Angehörigen in die Versorgung investiert.
- Für den formellen Sektor 2, die sonstigen beruflichen und kommerziellen Anbieter, kann dagegen eine steigende Tendenz des Zeitbeitrags mit steigender Urbanisierung beobachtet werden.

Abbildung 5-20

Raumstrukturtypen – Zeitbeitrag der Sektoren zum Pflegearrangement – gewichtete Stichprobe



Alle Zusammenhänge zwischen dem Raumstrukturtyp und Indikatoren für Pflegearrangements sind ziemlich deutlich.⁴³ Im ländlichen Raum sind die Bedingungen für eine häusliche Versorgung deutlich günstiger als in städtisch geprägten Regionen. Es ist jedoch nicht ganz einfach zu bestimmen, was die Gründe für die beobachteten Unterschiede zwischen den Raumtypen sind, denn die Raumtypen korrelieren mit

⁴³ Diese Unterschiede zeigen sich auch, wenn die Auswertung ohne den Standort München durchgeführt wird.

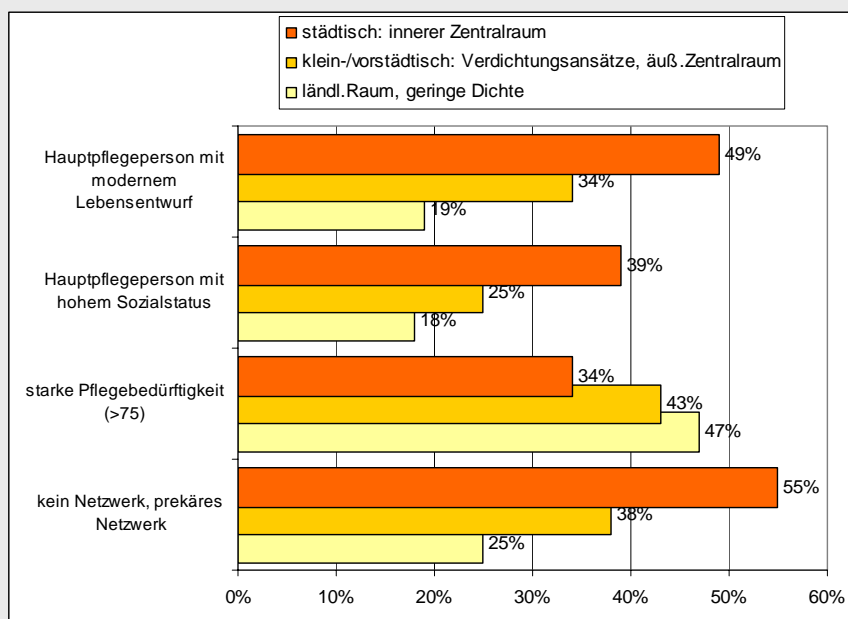
Bedingungen, für die sich ein Einfluss auf die Struktur von Pflegearrangements annehmen lässt:

Mit steigender Urbanisierung

- sinkt der Anteil von stark pflegebedürftigen Menschen
- steigt der Anteil von Pflegebedürftigen, die über kein oder nur über ein prekäres Unterstützungsnetzwerk verfügen
- steigt der Anteil von Pflegebedürftigen mit Hauptpflegepersonen, die einen relativ hohen Sozialstatus haben und
- steigt der Anteil der Pflegebedürftigen mit einer Hauptpflegeperson, die über einen eher modernen Lebensentwurf verfügt.

Abbildung 5-21

Raumtypen – Lebensentwurf und Status der Hauptpflegeperson, starke Pflegebedürftigkeit, kein/prekäres Netzwerk



Die Unterschiede zwischen Regionstypen können auf der Siedlungsform und der damit verbundenen Lebensweise beruhen, sie können aber auch durch Selektionseffekte bedingt sein. Die Siedlungsform der Stadt kann Bedingungen entstehen lassen, die für eine häusliche Versorgung ungünstig sind. Darauf weist der relativ hohe Anteil von prekären Netzwerken in städtischen Regionen hin. Eine städtische Siedlungsform ist aber auch eine Selektionsbedingung. Sie ist eher für diejenigen attraktiv, die

eine geringere Präferenz für die häusliche Versorgung eines Angehörigen haben – für Hauptpflegepersonen mit hohem Status und modernem Lebensentwurf.

Anhang zu Kap. 5.2.3: statistische Auswertungen
 - Raumstrukturtypen und Pflegearrangements

vorhergehende Leistungsart	Raumtyp				C	Signifikanz; Chi-Quadrat-Test
	ländlich	"suburban"	urban	insgesamt		
Geldleistung	67%	75%	79%	74%	0,286	ss
Kombileistung	14%	15%	14%	14%		
Sachleistung	19%	10%	6%	12%		
insgesamt	100%	100%	100%	100%		
durchschnittliche Zahl der am Pflegearrangement beteiligten Helfer						
	Raumtyp			eta	Signifikanz; F-Test	
	ländlich	"suburban"	urban			
Gesamtzahl der Helfer	2,72	2,61	2,62	0,028	ns	
Helfer aus dem inform. Sektor 1: Angehörige	1,56	1,46	1,05	0,172	ss	
Helfer aus dem inform. Sektor 2: Nachbarn, Freunde, Bekannte, Ehrenamtliche	0,42	0,34	0,35	0,043	ns	
Helfer aus dem form. Sektor 1: professionelle. Helfer	0,34	0,45	0,64	0,158	ss	
Helfer aus dem form. Sektor 2: sonst.berufl./kommerz.Anbieter	0,40	0,34	0,54	0,159	ss	
für die Versorgung aufgewendete Zeit (Stunden pro Woche)						
	Raumtyp			eta	Signifikanz; F-Test	
	ländlich	"suburban"	urban			
Zeit insgesamt	69	74	69	0,036	ns	
Zeit durch den inf. Sektor 1 (Angeh.)	55	54	45	0,064	ns	
Zeit durch den inf. Sektor 2 (Freunde, Bekannte, Ehrenamtliche)	3	7	4	0,084	ns	
Zeit durch den form. Sektor 1 (professionelle Pflege)	8	4	3	0,092	ns	
Zeit durch den form. Sektor 2 (sonst. berufl.,kommerz. Anbieter)	4	9	17	0,123	ss	

ss: sehr signifikant; Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%; s: signifikant; Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 %; ns: nicht signifikant; Irrtumswahrscheinlichkeit > 5 %

eta= $\sqrt{\text{verklärte Varianz}/\text{Gesamtvarianz}}$

C: Kontingenzkoeffizient

ländlich ländlicher Raum, geringe Dichte

"suburban" klein-/vorstädtisch: Verdichtungsansätze, äußerer Zentralraum

urban städtisch: innerer Zentralraum

5.2.4 Chancen und Restriktionen: Wie günstig ist das soziale Umfeld für eine häusliche Versorgung?

a. Klassifikation des sozialen Umfelds

Die zur Beschreibung des sozialen Umfelds von Pflegebedürftigen berücksichtigten Merkmale korrelieren sehr stark:

- Pflegebedürftige, die in einer städtischen Region leben, haben sehr viel häufiger kein oder nur ein prekäres Unterstützungsnetzwerk als Pflegebedürftige in ländlichen Regionen.
- Mit steigendem Sozialstatus der Hauptpflegeperson nimmt der Anteil der Pflegebedürftigen ab, die über ein stabiles Netzwerk verfügen.
- Hat die Hauptpflegeperson einen eher vormodernen Lebensentwurf verfügen Pflegebedürftige häufiger über ein stabiles Netzwerk als bei Hauptpflegepersonen mit modernem Lebensentwurf.
- In ländlichen Regionen haben Hauptpflegepersonen häufiger einen niedrigen Sozialstatus als in städtischen Regionen.
- Hauptpflegepersonen in städtischen Regionen haben häufiger einen modernen Lebensentwurf als Hauptpflegepersonen in ländlichen Regionen.

Alle zur Beschreibung des sozialen Umfeldes berücksichtigten Merkmale korrelieren auch in einer deutlichen Weise mit Indikatoren, die darauf hinweisen, ob günstige oder weniger günstige Bedingungen für die häusliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen vorliegen. Das gilt für alle Indikatoren, die sich auf die Beiträge des informellen Sektor 1 beziehen, also auf das Ausmaß, in dem Angehörige sich an der Pflege beteiligen: Anzahl der Helfer aus dem Kreis der Angehörigen und von Angehörigen in die Versorgung investierte Zeit.

Wegen dieser hohen Korrelationen zwischen den Merkmalen des sozialen Umfeldes ist es sinnvoll und auch notwendig diese Merkmale zu einem Index zusammenzufassen.⁴⁴ Ein solcher Index lässt sich auch eindeutig interpretieren. Er bringt zum Ausdruck, in welchem Maße ein soziales Umfeld günstig oder ungünstig für die Realisierung einer häuslichen Versorgung ist.

⁴⁴ Das ist sinnvoll und notwendig, um bei multivariaten Analysen Probleme der Multikollinearität zu vermeiden: Der Beitrag von Variablen zur Varianzaufklärung lässt sich nicht mehr zuverlässig schätzen, wenn diese Variablen zu hoch miteinander korrelieren. In einem solchen Fall – und wenn auch inhaltliche Gründe dafür sprechen – ist es sinnvoll, solche Variablen zusammenzufassen.

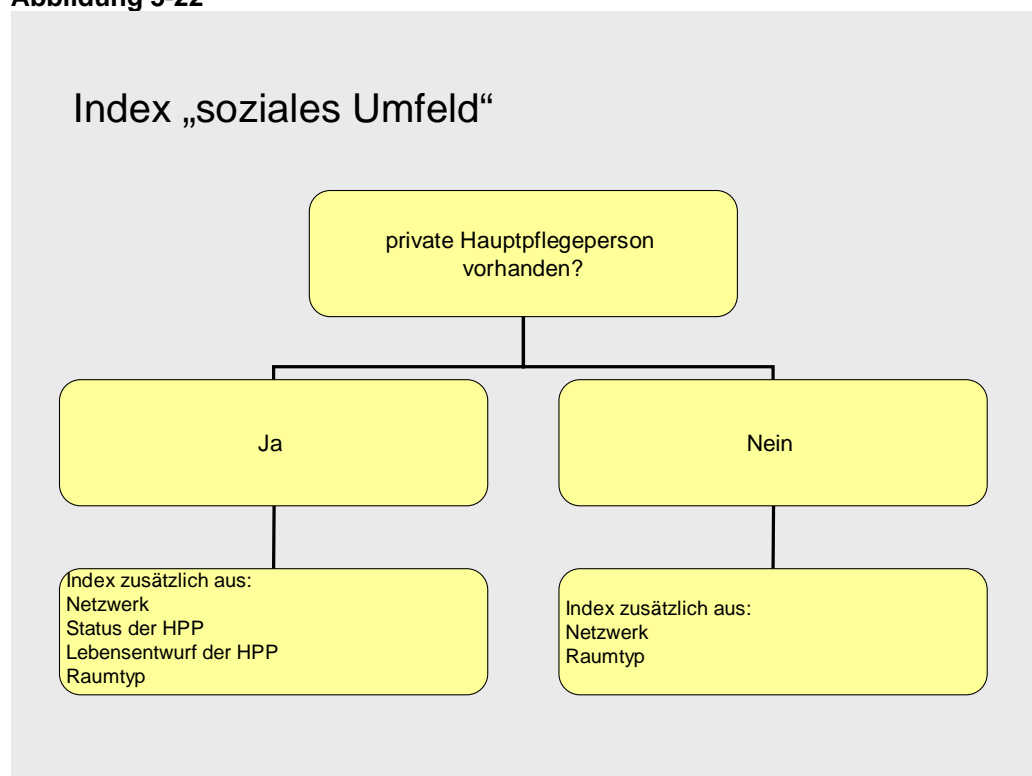
Der Index fasst die folgenden Merkmale des sozialen Umfelds zusammen:

	Indikatoren für ein Umfeld, das für die häusliche Versorgung...		
	eher günstig ist	durchschnittlich ist	eher ungünstig ist
private Hauptpflegeperson	vorhanden		nicht vorhanden
Netzwerktyp	stabiles NW	labiles NW	prekäres NW, kein NW
Raumstrukturtyp	ländlicher Raum geringer Dichte	„suburban“: klein-/vorstädtisch: Verdichtungsansätze, äußerer Zentralraum	urban: städtisch, innerer Zentralraum
sozialer Status der Hauptpflegeperson	niedrig	mittel	hoch
Lebensentwurf der Hauptpflegeperson	vormodern	„teils, teils“	modern

Diese Bedingungen wurden zu einem additiven Index zusammengefasst. Wenn keine Hauptpflegeperson existiert, beruht die Einstufung allein auf den Merkmalen Netzwerk, Raumstrukturtyp und „Hauptpflegeperson nicht vorhanden“. Ist eine Hauptpflegeperson vorhanden, wurden zusätzlich der soziale Status und der Lebensentwurf der Hauptpflegeperson berücksichtigt. Der Index wurde in den Bereich 0 bis 100 transformiert: 0 = deutlich ungünstige Bedingungen für eine häusliche Versorgung ... 100 = deutlich günstige Bedingungen für eine häusliche Versorgung.⁴⁵

⁴⁵ Diese Zusammenfassung wurde durch eine kategoriale Hauptkomponentenanalyse überprüft. Im Unterschied zur konventionellen Faktorenanalyse können auch Variablen berücksichtigt werden, die keine Intervallskalen sind. Berücksichtigt wurden für diese Analyse die folgenden Variablen: Netzwerktyp (3=prekär, kein NW, 2=labiles NW, 1=stabiles NW); Raumtyp (3=städtisch, 2=„suburban“, 1=ländlich) sozialer Status der Hauptpflegeperson (4=keine Hauptpflegeperson, 3=hoch, 2=mittel, 1=niedrig); Lebensentwurf der Hauptpflegeperson (4=keine Hauptpflegeperson, 3=modern, 2=„teils,teils“, 1=vormodern). Für die Variablen wurde das niedrigste Messniveau (Nominalskala) deklariert. Das war notwendig weil durch die Zuordnung der Kategorie „keine Hauptpflegeperson“ zu den Indikatoren „Status“ und „Lebensentwurf“ diese Variablen nur noch als Nominalskalen gelten können. Kennziffern: Varianzaufklärung=65 %; Ladungen: Raumtyp=0,39; Lebensentwurf, keine HPP=0,95; Status, keine HPP=0,95; Netzwerk=0,76. Die Faktorscores korrelieren mit $r=0,86$ sehr hoch mit dem von uns vorgeschlagenen Index.

Abbildung 5-22



Für den Index ergibt sich die folgende Verteilung:

Tabelle 5-6: Index soziales Umfeld

Soziales Umfeld (Indexwerte 0 bis 100)	Programmgruppe	Vergleichsgruppe	insgesamt	
			ungewichtet	gewichtet
deutlich ungünstig (<25)	26%	16%	24%	14%
eher ungünstig (25-50)	38%	34%	37%	34%
eher günstig (50-75)	25%	26%	25%	29%
deutlich günstig (>75)	12%	24%	15%	23%
Insges.	100%	100%	100%	100%
Anzahl	536	170	706	
Chi-Quadrat-Test	p<0,01; C=0,16			

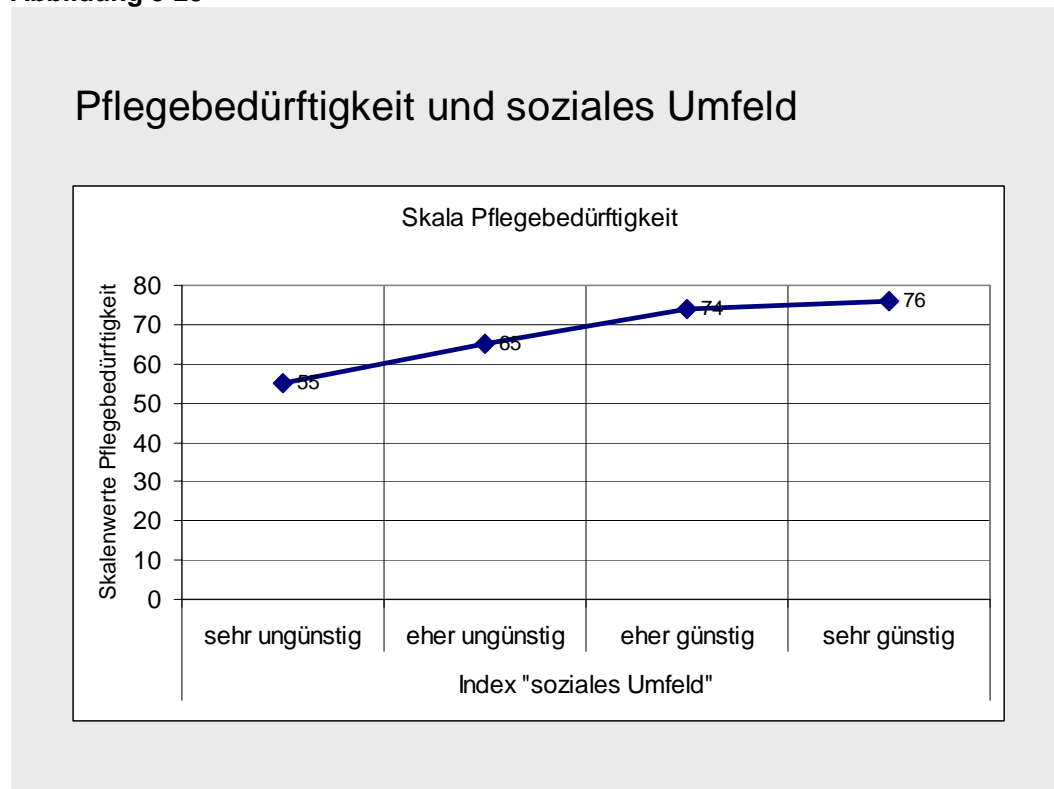
Ungefähr 60 % der Pflegebedürftigen in der Stichprobe der Begleitforschung verfügen über ein „ungünstiges“ oder „eher ungünstiges“ soziales Umfeld. In der repräsentativ gewichteten Stichprobe ist dieser Anteil niedriger.

Zwischen Programm- und Vergleichsgruppe besteht ein deutlicher und signifikanter Unterschied, der jedoch verschwindet, wenn die Programmgruppe so gewichtet wird, dass die Leistungsanteile in dieser Teilstichprobe den Leistungsanteilen in der Vergleichsgruppe entsprechen.

b. Soziales Umfeld und Pflegebedürftigkeit

Der Grad der Pflegebedürftigkeit variiert deutlich mit dem sozialen Umfeld. Dieser Zusammenhang ist nicht kausal zu interpretieren, sondern entsteht durch Selektionsprozesse: In einem günstigen sozialen Umfeld können Pflegebedürftige mit einem höheren Grad der Beeinträchtigung eher häuslich versorgt werden als in einem ungünstigen Umfeld. Unter ungünstigen Bedingungen des sozialen Umfeldes wird bei starker Pflegebedürftigkeit vermutlich häufiger eine stationäre Versorgung in Erwägung gezogen, was aber bedeutet, dass diese Konstellation – starke Pflegebedürftigkeit und ungünstiges Umfeld – in unserer Stichprobe von häuslich Versorgten seltener vorkommt.

Abbildung 5-23



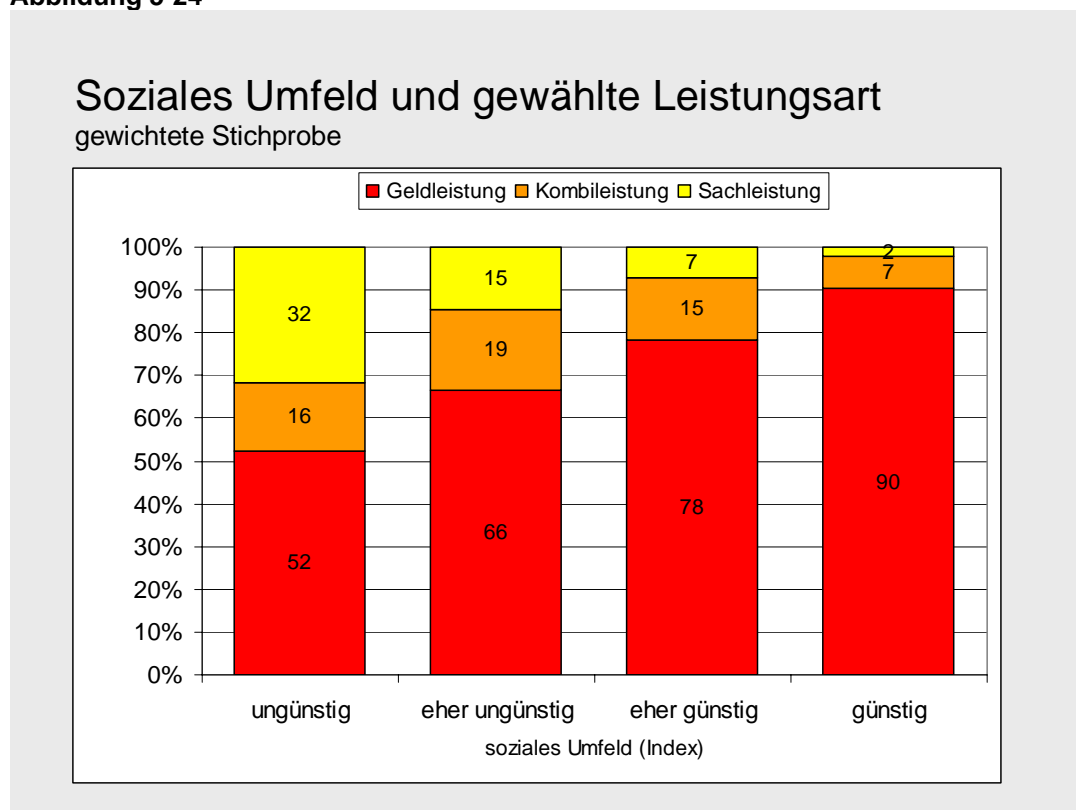
c. Soziales Umfeld und Pflegearrangements

Die meisten Indikatoren für die Struktur von Pflegearrangements korrelieren sehr deutlich mit der Klassifikation des sozialen Umfeldes durch unseren Index: mit der vorhergehenden Leistungsart, mit der Anzahl und mit der Zusammensetzung der Helfer nach Sektoren und mit den Zeitbeiträgen der Akteure aus den Sektoren zum Pflegearrangement.

Soziales Umfeld und vorhergehende Leistungsart

Je günstiger das soziale Umfeld für eine häusliche Versorgung ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Geldleistungen gewählt werden und desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass für das Pflegearrangement Sachleistungen in Frage kommen. Bei einem ungünstigen Umfeld entscheiden sich nur 52 % der Pflegebedürftigen für Geldleistungen, bei einem günstigen Umfeld dagegen fast 90 %. Der Anteil der Sachleistungsbezieher beträgt bei einem ungünstigen Umfeld 32 %, bei einem günstigen Umfeld dagegen nur 2 %.

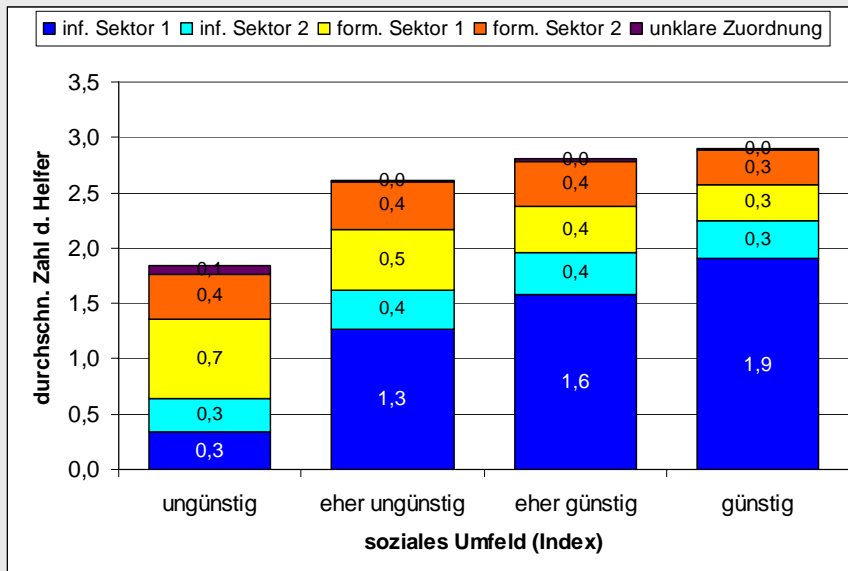
Abbildung 5-24



Soziales Umfeld – Anzahl und Zusammensetzung der Helfer nach Sektoren

Abbildung 5-25

Soziales Umfeld – Zahl und Zusammensetzung der Helfer – gewichtete Stichprobe



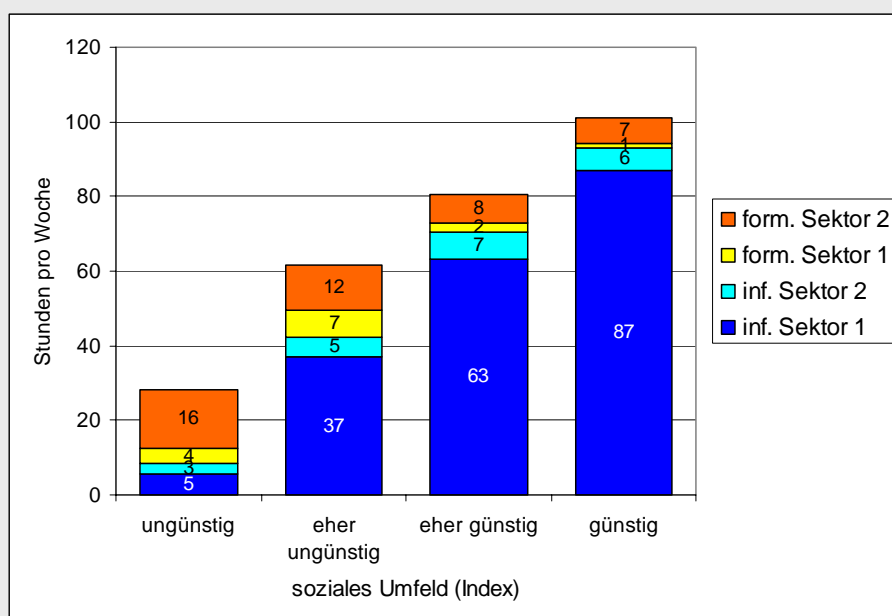
Je günstiger das soziale Umfeld für eine häusliche Versorgung ist,

- desto größer ist die durchschnittliche Zahl der an der Versorgung beteiligten Akteure
- desto größer ist die durchschnittliche Zahl der Helfer aus dem Kreis der Angehörigen
- desto geringer ist die Zahl der Akteure mit pflegefachspezifischer Ausbildung (formeller Sektor 1).

Umfang der für die Versorgung aufgewendeten Zeit und Zeitbeiträge der Sektoren

Abbildung 5-26

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



Je günstiger das soziale Umfeld für eine häusliche Versorgung ist, desto mehr Zeit wird für die Versorgung aufgewendet. Bei einem ungünstigen Umfeld werden im Durchschnitt 26 Stunden pro Woche aufgewendet – bei einem günstigen Umfeld 102 Stunden.

Besonders der vom informellen Sektor 1 – von den Angehörigen – erbrachte Zeitaufwand, variiert sehr deutlich mit dem sozialen Umfeld, von 5 Stunden pro Woche bis 87 Stunden bei einem günstigen Umfeld.

Die von professionellen Pflegekräften und -diensten nachgefragte Zeit ist mit 7 Stunden pro Woche bei einem eher ungünstigen Umfeld am höchsten und mit einer Stunde bei einem günstigen Umfeld am geringsten.

Auch die beim formellen Sektor 2 – bei sonstigen beruflichen und kommerziellen Anbietern – nachgefragte Zeit verringert sich in dem Maße, in dem das soziale Umfeld für eine häusliche Versorgung günstiger wird: von 16 auf 7 Stunden pro Woche.

Anhang zu Kap. 5.2.4: statistische Auswertungen
- soziales Umfeld und Pflegearrangements

vorhergehende Leistungsart	Soziales Umfeld				insgesamt	C	Signifikanz; Chi-Quadrat-Test
	ungünstig	eher ungünstig	eher günstig	günstig			
Sachleistung	52%	67%	78%	91%	74%	0,308	ss
Kombileistung	16%	19%	14%	7%	14%		
Geldleistung	32%	15%	7%	2%	12%		
	100%	100%	100%	100%	100%		

durchschnittliche Zahl der am Pflegearrangement beteiligten Helfer							
	soziales Umfeld				eta	Signifikanz; F-Test	
	ungünstig	eher ungünstig	eher günstig	günstig			
Gesamtzahl der Helfer	1,84	2,62	2,81	2,90	0,266	ss	
Helfer aus dem inform. Sektor 1: Angehörige	,34	1,26	1,58	1,91	0,454	ss	
Helfer aus dem inform. Sektor 2: Nachbarn, Freunde, Bekannte, Ehrenamtliche	,30	,36	,38	,34	0,045	ns	
Helfer aus dem form. Sektor 1: professionelle Helfer	,72	,55	,41	,32	0,215	ss	
Helfer aus dem form. Sektor 2: sonst.berufl./kommerz.Anbieter	,40	,43	,41	,31	0,090	ns	

für die Versorgung aufgewendete Zeit (Stunden pro Woche)							
	soziales Umfeld				eta	Signifikanz; F-Test	
	ungünstig	eher ungünstig	eher günstig	günstig			
Zeit insgesamt	31	62	81	102	0,331	ss	
Zeit durch den inf. Sektor 1 (Angeh.)	5	37	63	87	0,428	ss	
Zeit durch den inf. Sektor 2 (Freunde, Bekannte, Ehrenamtliche)	3	5	7	6	0,071	ns	
Zeit durch den form. Sektor 1 (professionelle Pflege)	4	7	2	1	0,161	ss	
Zeit durch den form. Sektor 2 (sonst.berufl.,kommerz. Anbieter)	16	12	8	7	0,100	ns	

ss: sehr signifikant; Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%; s: signifikant; Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 %; ns: nicht signifikant; Irrtumswahrscheinlichkeit > 5 %

eta= $\sqrt{\text{erklärte Varianz}/\text{Gesamtvarianz}}$

C: Kontingenzkoeffizient

5.3 Überprüfung des Erklärmodells „Bedarf und Chancen“

Die vorgelegten Ergebnisse zeigen eine deutliche Tendenz: Pflegearrangements variieren einerseits mit dem Bedarf, mit Ausmaß und Art der Pflegebedürftigkeit. Andererseits aber konnten auch Belege vorgelegt werden, dass Pflegearrangements durch die soziale Situation von Pflegebedürftigen beeinflusst werden. Wie in unserem Erklärmodell angenommen wurde, lässt das darauf schließen, dass Entscheidungen zu Pflegearrangements nicht allein einer „Sachlogik“ folgen, sondern dass auch eine „soziale Logik“ wirksam ist. Diese Vermutung bedarf jedoch einer genaueren Überprüfung. Es zeigte sich ja, dass Bedarf und Chancen korrelieren: Bei einem ungünstigen Umfeld kommt stärkere Pflegebedürftigkeit – vermutlich aufgrund von Selektionseffekten – seltener vor als bei einem günstigen Umfeld. Die Frage ist nun, ob Bedarf und Chancen jeweils einen eigenständigen und voneinander unabhängigen Einfluss auf die Struktur von Versorgungsarrangements ausüben. Diese Frage kann durch multivariate Analysen beantwortet werden. Dabei lässt sich auch schätzen, welche relative Größenordnung Bedarf und Chancen als Einflussfaktoren für verschiedene Aspekte von Pflegearrangements besitzen.

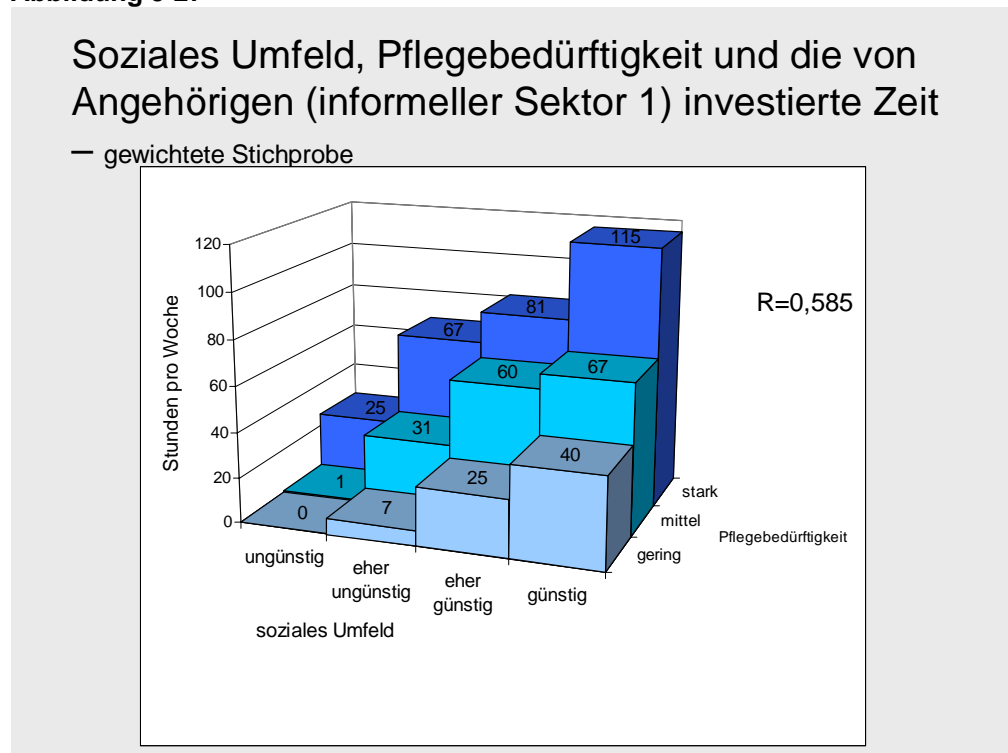
Die Ergebnisse dieser Analysen werden wie auch bisher schon in der folgenden Weise berichtet: Im Vordergrund steht eine anschauliche Darstellung der Effekte von Bedarf und Chancen durch Abbildungen. Dabei beschränken wir uns auf die Frage, wie die Zeitbeiträge der vier Sektoren zum Pflegearrangement vom Grad der Pflegebedürftigkeit und von den durch das soziale Umfeld konstituierten Chancen und Restriktionen beeinflusst werden. Eine Analyse für die Strukturmerkmale „Zahl der Helfer“ und „Zusammensetzung der Helfer“ ergibt im Prinzip die gleichen Ergebnisse. Im Anhang zu diesem Kapitel werden dann die wichtigsten Kennziffern für die von uns durchgeführten multivariaten Analysen berichtet.

a. Effekte von Bedarf und Chancen auf die Struktur von Pflegearrangements

Von Angehörigen (informeller Sektor 1) geleistete Zeit

Bedarf und Chancen – Pflegebedürftigkeit und soziales Umfeld – wirken unabhängig voneinander und jeweils zusätzlich auf die von Angehörigen geleistete Zeit.

Abbildung 5-27



Bei starker Pflegebedürftigkeit (Skalenwerte > 75) steigt der zeitliche Aufwand von Angehörigen in dem Maße, in dem das soziale Umfeld für eine häusliche Versorgung günstiger wird. Die Unterschiede sind beachtlich und liegen zwischen 25 Stunden pro Woche und 115 Stunden.

Der gleiche Zusammenhang ist auch für mittlere (Skalenwerte 50 – 75) und geringe Pflegebedürftigkeit (Skalenwerte < 50) beobachtbar: Bei geringer Pflegebedürftigkeit ist der von Angehörigen geleistete Zeitbeitrag umso größer, je günstiger das soziale Umfeld für eine häusliche Versorgung ist und variiert von weniger als 1 Stunde pro Woche bis durchschnittlich 40 Stunden. Bei einem mittleren Grad von Pflegebedürftigkeit variiert die Angehörigenzeit zwischen 1 Stunde pro Woche bei einem ungünstigen Umfeld und 67 Stunden bei einem für die häusliche Versorgung günstigen Umfeld.

Was die Involviertheit von Angehörigen in die Versorgung angeht ist also ein klarer Effekt des sozialen Umfeldes erkennbar: Unabhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit wird unter günstigen Umfeldbedingungen stets mehr Zeit investiert als unter ungünstigen Bedingungen – also in ländlichen Regionen, bei einem stabilen Netzwerk und wenn die Hauptpflegeperson einen niedrigen Sozialstatus und einen eher vor-modernen Lebensentwurf hat.

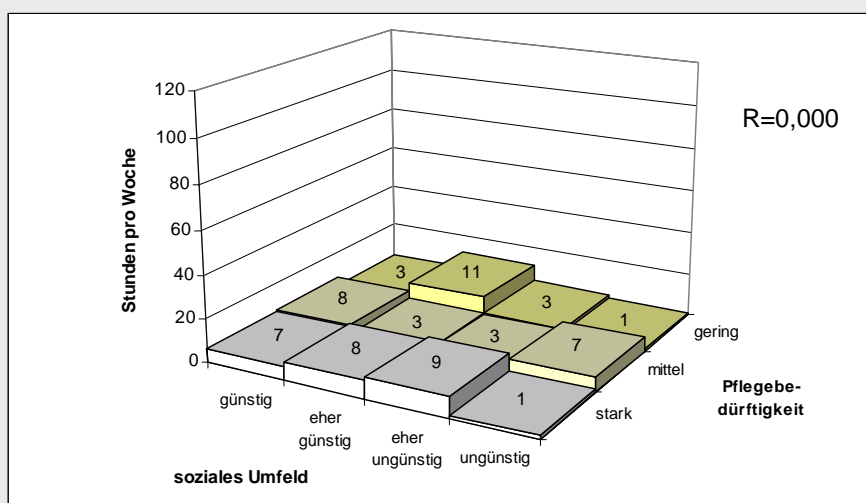
Werden diese Benachteiligungen durch das soziale Umfeld nun kompensiert durch einen höheren Zeitbeitrag der anderen für die häusliche Versorgung relevanten Sektoren?

Von Freunden, Nachbarn, Bekannten und Ehrenamtlichen (informeller Sektor 2) geleistete Zeit

Der Zeitbeitrag von Akteuren aus dem informellen Sektor 2 ist generell sehr niedrig und ein kompensatorischer Effekt ist im Durchschnitt nicht zu erwarten. Es bestehen auch keine klar erkennbaren Zusammenhänge zwischen dem Zeitbeitrag dieses Sektors und den Bedingungen Bedarf und Chancen.

Abbildung 5-28

Soziales Umfeld, Pflegebedürftigkeit und die von Freunden, Nachbarn, Bekannten und Ehrenamtlichen (inform. Sektor 2) investierte Zeit – gewichtete Stichprobe

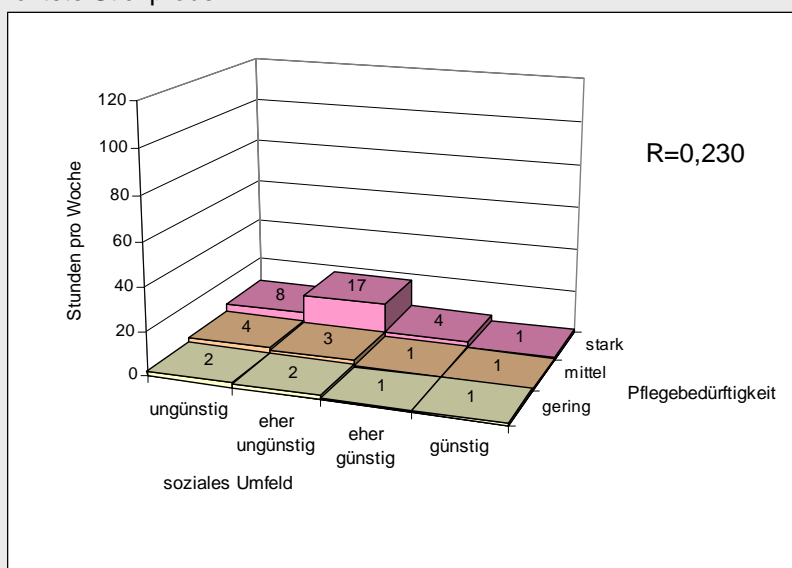


Von Fachkräften und Pflegediensten (formeller Sektor 1) geleistete Zeit

Auch der Zeitbeitrag der Pflegefachkräfte bzw. -dienste kann nur in einer sehr begrenzten Weise die Chancen und Restriktionen durch das soziale Umfeld ausgleichen.

Abbildung 5-29

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



Bei starker Pflegebedürftigkeit sinkt die vom formellen Sektor 1 nachgefragte Zeit von 17 Stunden pro Woche bei einem eher ungünstigen sozialen Umfeld auf nur noch eine Stunde bei einem günstigen Umfeld. Bei mittlerer und geringer Pflegebedürftigkeit ist im Prinzip der gleiche Zusammenhang beobachtbar: abnehmende Nachfrage von Zeit beim professionellen Sektor je günstiger das soziale Umfeld ist.

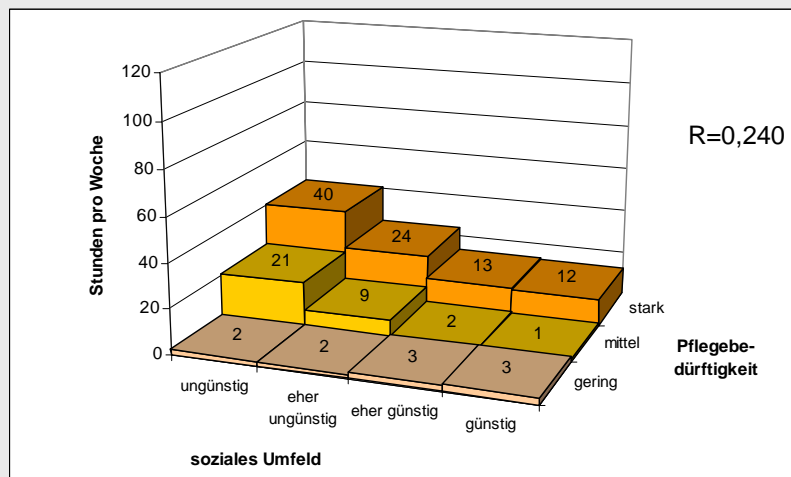
Hier ist eine gewisse – z.T. jedoch nicht signifikante – kompensatorische Wirkung des professionellen Hilfesektors erkennbar, da die Variation der Zeitaufwendungen mit dem sozialen Umfeld tendenziell gegenläufig ist zur Variation der von Angehörigen geleisteten Zeit. Allerdings bewegt sich diese Kompensation – wie aus der Abbildung ersichtlich ist – nur in einer sehr geringen Größenordnung.

Von sonstigen beruflichen und kommerziellen Anbietern (formeller Sektor 2) geleistete Zeit

In zeitlicher Hinsicht trägt dieser Sektor am ehesten zur Kompensation ungünstiger Bedingungen des sozialen Umfeldes bei. Zumindest gilt das für mittlere und starke Pflegebedürftigkeit. Bei starker Pflegebedürftigkeit steigt der Zeitbeitrag von „sonstigen Anbietern“ von 12 Stunden pro Woche bei einem günstigen Umfeld auf 40 Stunden, wenn das Umfeld ungünstig ist. Bei einem mittleren Grad der Pflegebedürftigkeit variiert der Zeitbeitrag der Akteure dieses Sektors von einer Stunde pro Woche bei einem günstigen Umfeld bis auf 21 Stunden, wenn das Umfeld ungünstig ist.

Abbildung 5-30

Soziales Umfeld, Pflegebedürftigkeit und die von sonstigen beruflichen und kommerziellen Anbietern (formeller Sektor 2) geleistete Zeit
gewichtete Stichprobe



Bei geringer Pflegebedürftigkeit ist keine Variation der Zeitbeiträge von Akteuren des formellen Sektor 2 mit dem sozialen Umfeld beobachtbar.

b. Abschließender Kommentar: Soziale Ungleichheit in der Pflege

Abschließend lässt sich feststellen, dass Bedarf und Chancen in hohem Maße die Ausgestaltung von Pflegearrangements beeinflussen. Der Bedarf – gemessen über

unsere Pflegebedürftigkeitsskala – hat eine große Bedeutung für den Zeitaufwand der Angehörigen, für die zeitliche Inanspruchnahme von professionellen Helfern und für die Nachfrage nach Leistungen, die von sonstigen beruflichen und kommerziellen Anbietern erbracht werden.

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

Die von sonstigen beruflich-kommerziellen Anbietern (formeller Sektor 2) geleistete Versorgungszeit ist unter den günstigen sozialen Bedingungen dagegen geringer als unter eher ungünstigen Bedingungen des sozialen Umfeldes – auch das wiederum völlig unabhängig vom Bedarf, d.h. vom Grad der Pflegebedürftigkeit.

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

Durch die von Bedarf und Chancen abhängige Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen entstehen also auch neue Formen von sozialer Ungleichheit. Der Tendenz nach zeichnet sich eine Art Umkehrung der uns vertrauten Ungleichheiten ab. Begünstigt werden eher diejenigen, die in ihrem bisherigen Leben weniger privilegierten sozialen Gruppen angehörten – „begünstigt“ zumindest in dem Sinne, dass bei ihnen die Chancen zur Realisierung einer von Angehörigen geleisteten häuslichen Versorgung größer sind als bei denen, die man eher zu den Gewinnern von Modernisierungsprozessen rechnen kann (vgl. Blinkert/Klie, 2008).

Anhang zu Kapitel 5.3: Ergebnisse multivariater Analysen

Bei diesen Analysen wird das folgende Modell durch multiple Regressionen und logistische Regressionen überprüft:

$$PA_i = f(\text{Bedarf}, \text{Chancen})$$

PA_i : Merkmal i für Pflegearrangements (Leistungsart, Zahl d.Helfer, Zeit...)

Bedarf : Grad Pflegebedürftigkeit

Chancen : Index soziales Umfeld

Multiple Regressionen zur Überprüfung des Modells „Bedarf und Chancen“

Multiple OLS-Regression			
Kriterien / abhängige Variablen	Signifikante Beta-Koeffizienten für		Multiple Korrelation R
	Bedarf: Pflegebedürftigkeit	Chancen: soziales Umfeld	
Zahl der an der Versorgung beteiligten Helfer:			
Zahl der beteiligten Helfer insgesamt	0,297	0,191	0,407
Zahl der Helfer aus dem informellen Sektor 1	0,250	0,436	0,575
Zahl der Helfer aus dem informellen Sektor 2	-0,107	-	0,107
Zahl der Helfer aus dem formellen Sektor 1	0,194	-0,259	0,262
Zahl der Helfer aus dem formellen Sektor 2	-	-	-
In die Versorgung investierte Zeit:			
Zeit für die Versorgung insgesamt	0,509	0,192	0,604
Zeit vom informellen Sektor 1	0,368	0,342	0,585
Zeit vom informellen Sektor 2	-	-	-
Zeit vom formellen Sektor 1	0,219	-0,183	0,230
Zeit vom formellen Sektor 2	0,245	-0,157	0,240
Logistische Regression			
Wahrscheinlichkeit für ...	Signifikante Exp(B) für		Nagelkerkes R ² (R)
	Bedarf: Pflegebedürftigkeit	Chancen: soziales Umfeld	
Sachleistungen	-	0,962	0,178 (0,422)
Geldleistungen	0,981	1,038	0,195 (0,441)
Kombileistungen	1,019	-	0,039 (0,197)

Erläuterungen:

Partiale beta-Koeffizienten beschreiben, wie stark der Einfluss einer Bedingung (z.B. Pflegebedürftigkeit) ist, wenn der Effekt der anderen Bedingung (z.B. soziales Umfeld) kontrolliert (konstant gehalten) wird. Die Vorzeichen bedeuten:

positives Vorzeichen: Je mehr X, desto mehr Y

negatives Vorzeichen: Je mehr X, desto weniger Y

Multiple Korrelation (R): beschreibt, wie gut die abhängige Variable (eines der Merkmale von Pflegearrangements) durch die unabhängigen Variablen (Pflegebedürftigkeit, soziales Umfeld) insgesamt erklärt werden kann. Ein signifikanter Exp (B) für eine Variable gibt an, ob die Wahrscheinlichkeit für ein dichotomes Merkmal M durch diese Variable geschätzt werden kann.

Exp (B) < 1: Je mehr X, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit für M

Exp (B) > 1: Je mehr X, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit für M

Nagelkerkes R^2 (R): ähnliche Bedeutung wie R

Kommentar:

Sehr gut durch Bedarf und Chancen sind erklärbar

- Die Zahl der insgesamt an der Versorgung beteiligten Helfer
- Die Zahl der Helfer aus dem informellen Sektor 1
- Zahl der Helfer aus dem formellen Sektor 1
- Insgesamt in die Versorgung investierte Zeit
- Vom informellen Sektor 1 aufgewendete Zeit
- Vom formellen Sektor 1 nachgefragte Zeit
- Vom formellen Sektor 2 nachgefragte Zeit
- Wahrscheinlichkeiten für die Wahl von Geld- und Sachleistungen

Nicht bzw. weniger gut erklärbar sind

- Zahl der Helfer aus dem informellen Sektor 2
- Zahl der Helfer aus dem formellen Sektor 2
- Vom informellen Sektor 2 aufgewendete Zeit
- Wahrscheinlichkeit für die Wahl von Kombileistungen

Bei den meisten Indikatoren für die Struktur von Pflegearrangements lassen sich Varianzen recht gut durch Bedarf *und* Chancen erklären: Bedarf, gemessen als Pflegebedürftigkeit, und Chancen, gemessen über die Eignung des sozialen Umfeldes für eine häusliche Versorgung, beeinflussen unabhängig voneinander die Struktur von Pflegearrangements.

6. Pflegearrangements und die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen

Das Thema „Zufriedenheit“ wurde unter zwei Gesichtspunkten berücksichtigt: Zum einen ging es um die Zufriedenheit mit der Versorgung und zum anderen um die allgemeine Lebenszufriedenheit.

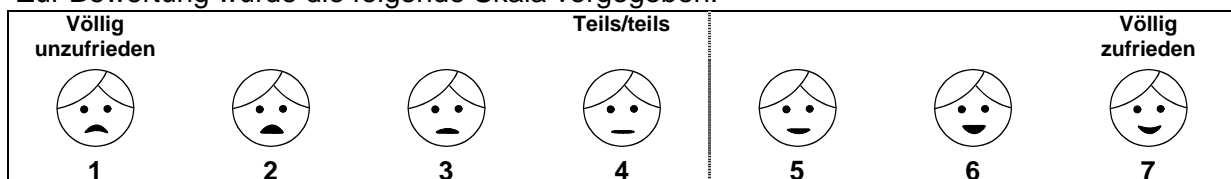
Bei allen Fragen nach der Zufriedenheit gibt es jedoch ein Problem, das die Interpretation von Ergebnissen sehr schwierig macht. Nur 28 % der pflegebedürftigen Personen haben die ihnen gestellten Fragen selber beantwortet; 56 % zusammen, oft auch mit der Hilfe anderer Personen und bei 16 % der Befragungen wurde das Interview nicht mit der pflegebedürftigen Person, sondern mit einer anderen Person geführt. Für Fragen, die auf objektivierbare Informationen zielen, ist das kein sehr großes Problem. Aber wenn es um Einschätzungen geht, die ja immer auch die Perspektive und den Standpunkt der befragten Person zum Ausdruck bringen, sind die Ergebnisse kaum interpretierbar, wenn sie sich nicht eindeutig der Zielperson zuordnen lassen. Dieses Problem tritt massiv auf, wenn wir wissen wollen, wie zufrieden die von uns befragten pflegebedürftigen Menschen mit der Versorgung oder ganz allgemein mit ihrer Lebensqualität sind.

6.1 Zufriedenheit mit der Versorgung

Um herauszufinden, wie zufrieden jemand mit der Versorgung ist, wurde die folgende Frage gestellt:

Alles in allem: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Versorgung bzgl. Ihrer Pflegebedürftigkeit? bzw.: Wie zufrieden ist die pflegebedürftige Person mit ihrer Versorgung bzgl. ihrer Pflegebedürftigkeit?
Welche Zahl entspricht am ehesten Ihrer Einschätzung?

Zur Bewertung wurde die folgende Skala vorgegeben:



Die Mehrheit der Pflegebedürftigen ist mit der Versorgung „zufrieden“ oder „völlig zufrieden“. Nur eine Minderheit von 11 % ist „eher unzufrieden“, „unzufrieden“ oder „völlig unzufrieden“ (die Antwortkategorien 1, 2 und 3 zusammengefasst). Dieses Ergebnis gilt jedoch nur, wenn nicht berücksichtigt wird, wer der Interviewpartner war. Hat die pflegebedürftige Person allein geantwortet, ist der Anteil der „Unzufriedenen“ mit 17 % deutlich höher, und wenn eine andere Person anwesend war und vermutlich „geholfen“ hat mit 7 % deutlich geringer. Das gilt auch für die andere Richtung der Bewertung: Allein befragt sind 40 % „zufrieden“ oder „völlig zufrieden“. Ist jemand anderer anwesend, steigt dieser Anteil auf 55 %.⁴⁶

Angesichts dieser Probleme halten wir es nicht für sinnvoll, den Fragen nach der Zufriedenheit einen zu hohen Stellenwert beizumessen. Interpretierbar sind allenfalls Ergebnisse für diejenigen, die selber und allein eine Einschätzung abgeben konnten. Dabei reduziert sich aber nicht nur die Zahl der Fälle – nur noch 180 Interviews sind dann auswertbar – sondern die Auswahl ist auch selektiv: 1. der Grad der Pflegebedürftigkeit ist bei den allein Antwortenden (durchschnittlicher Skalenwert: 50) sehr viel niedriger als bei denen, die dabei einen Helfer hatten (durchschnittlicher Skalenwert: 70) oder bei den Fällen, wo nur eine andere Person geantwortet hat (durchschnittlicher Skalenwert: 80). 2. Auch hinsichtlich der Klassifizierung nach dem sozialen Umfeld sind die Unterschiede beträchtlich: Von denen, die allein geantwortet haben, verfügen 45 % über ein sehr ungünstiges soziales Umfeld und nur 16 % über ein sehr günstiges Umfeld. Bei denen, die einen Helfer dabei hatten, sind die Relationen genau umgekehrt: Nur 17 % leben in einem sehr ungünstigen Umfeld, aber bei 46 % ist das soziale Umfeld sehr günstig.

Unter Berücksichtigung dieser Besonderheiten und eingeschränkten Interpretationsmöglichkeiten können die folgenden signifikanten Beziehungen zwischen Pflegearrangement und Versorgungszufriedenheit berichtet werden⁴⁷:

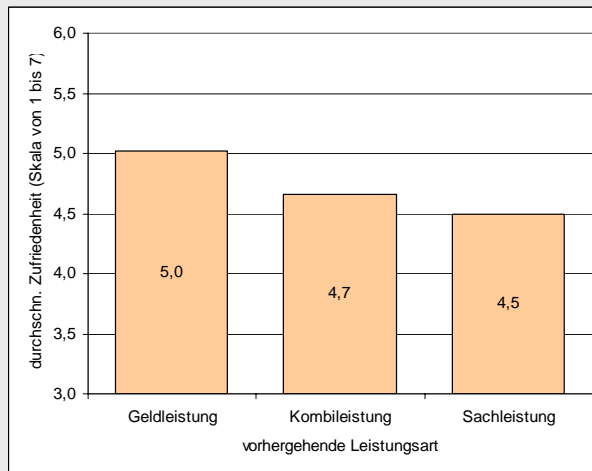
- Die Versorgungsqualität wird von Geldleistungsempfängern im Durchschnitt positiver beurteilt als von Kombi- und Sachleistungsbeziehern.

⁴⁶ Die Unterschiede sind mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,1 % hochsignifikant (Chi-Quadrat-Test).

⁴⁷ Durch eine multiple Regression wurde überprüft, von welchen Bedingungen die Einschätzung der Versorgungssituation abhängig ist. Das Modell ergab nur signifikante Beziehungen für die Teilstichprobe derjenigen, die selber geantwortet haben.

Abbildung 6-1

Zufriedenheit mit der Versorgung und vorhergehende Leistungsart – gewichtete Stichprobe

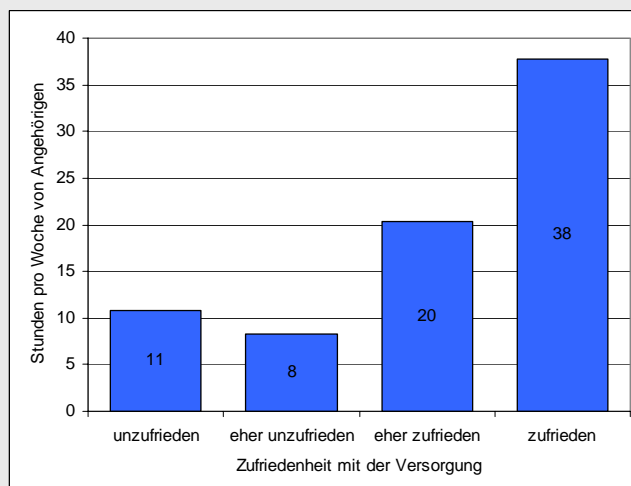


Nur Pflegebedürftige, die selber die Fragen beantwortet haben (n=180)

- Je mehr Zeit von den Angehörigen in die Versorgung investiert wird (inform. Sektor 1), desto größer ist die Zufriedenheit mit der Versorgung. Die Zeit der anderen Sektoren korreliert nicht signifikant mit der Versorgungszufriedenheit.

Abbildung 6-2

Zufriedenheit mit der Versorgung und von Angehörigen in die Versorgung investierte Zeit – gewichtete Stichprobe



Nur Pflegebedürftige, die selber die Fragen beantwortet haben (n=180)

Diese Ergebnisse zeigen deutlich, wie stark die Einschätzung der Versorgungsqualität von der Beteiligung der Angehörigen an der Pflege abhängt: Beim Bezug von

Geldleistungen sind Angehörige deutlich stärker beteiligt als bei den Sachleistungsempfängern und die Versorgungszufriedenheit ist bei den Beziehern von Geldleistungen deutlich höher. Die Versorgungszufriedenheit steigt auch in dem Maße, in dem von Angehörigen Zeit in die Pflege eingebracht wird. Wir vermuten, dass dabei nicht allein messbare Qualitäten bei der Übernahme von „Verrichtungen“ eine Rolle spielen, sondern auch die durch den Zeitaufwand zum Ausdruck gebrachte Zuwendung und Inklusion in einen nahe stehenden Sozialverband.

6.1.1 Was sind die Gründe für Unzufriedenheit mit der Versorgung?

Um Erkenntnisse über die Gründe für Unzufriedenheit herauszufinden, wurde denen, die mit 1 („völlig unzufrieden“) bis 4 („teils, teils“) die Zufriedenheitsfrage bewertet haben, eine offene Frage nach den Gründen für die Unzufriedenheit gestellt.⁴⁸

Von den Unzufriedenen oder nur zum Teil Zufriedenen werden am häufigsten Umstände und Erfahrungen genannt, die mit der Pflegebedürftigkeit selber zusammenhängen (40 %): fehlende Kontakte, Einsamkeit, fehlende Teilhabe, die Abhängigkeit von anderen, gesundheitliche Probleme. Der Anteil derjenigen, die in diesem Sinne eine Aussage machen, bzw. bei denen von Helfern eine derartige Aussage gemacht wird, steigt mit steigender Pflegebedürftigkeit und ist besonders hoch bei Pflegebedürftigen mit Demenz.

An zweiter Stelle stehen mit 24 % Gründe, die sich auf die Leistungen der Pflegedienste beziehen: Unzuverlässigkeit, Unpünktlichkeit, zu teuer, zu wenig Hilfen, zu wenig Zeit, personelle Fluktuation, zu unflexibel, lange Wartezeiten...

An dritter Stelle stehen Aussagen, die sich auf ungedeckte Bedarfslagen beziehen (16 %): fehlende Betreuung, Nennung von bestimmten Leistungen, die vermisst werden – z.B. Körperpflege, Mobilität, hauswirtschaftliche Versorgung, fehlende Hilfen für Haus und Garten...

An vierter Stelle stehen Aussagen über die wirtschaftliche Situation (12 %): finanzielle Probleme nehmen zu, Geld für nötige Hilfen fehlt...

Auch Gründe, die sich auf die Situation und das Verhalten der Angehörigen beziehen werden genannt (10 %): Angehörige sind überlastet, haben gesundheitliche Probleme, man fühlt sich vernachlässigt, es gibt Streit.

⁴⁸ Bei der Ergebnisdarstellung zu den Gründen für Unzufriedenheit wird nicht danach differenziert, wer die Fragen beantwortet hat. Auch die Aussagen von Angehörigen oder Betreuern, die anstelle der pflegebedürftigen Person antworten, sind hier von Interesse.

6.1.2 Fehlende Hilfen

In einem engen Zusammenhang zur Frage nach der Einschätzung der Versorgungsqualität steht die Frage, ob wichtige Hilfen fehlen.

Rund ein Viertel der Pflegebedürftigen in der gewichteten Stichprobe vermissen Hilfen (23 %).⁴⁹ Auch bei dieser Frage hängt das Ergebnis davon ab, wer sie beantwortet hat. Wenn die pflegebedürftige Person allein geantwortet hat, ist der Anteil derjenigen, die etwas vermissen mit 37 %, deutlich höher als in den Fällen bei denen jemand geholfen hat (20 %) oder jemand ganz anderes die Frage beantwortet hat (11 %)⁵⁰.

Die Einschätzung, ob wichtige Hilfen fehlen variiert nicht mit der Leistungsart, mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit und auch nicht mit dem sozialen Umfeld. Auch die von den Sektoren in die Versorgung investierten Zeiten korrelieren nicht signifikant mit der Aussage, dass wichtige Hilfen fehlen.⁵¹

6.1.3 Welche Hilfen werden vermisst?⁵²

Am häufigsten wird auf das Fehlen spezifischer Hilfen hingewiesen (50 %): Betreuung, u.a. auch Nachtbetreuung, Körperpflege, Ernährung, Hilfen zur Mobilität, zur hauswirtschaftlichen Versorgung, therapeutische Maßnahmen wie z.B. Massage, Ergotherapie, Logopädie..., kurzfristige Betreuungsleistungen wie z.B. Kurzzeitpflege, kurzfristige Betreuung im Notfall.

Nahezu gleich häufig werden Hilfen vermisst, die sich auf den Bereich der sozialen Teilhabe, auf Kontakte, auf Freizeitgestaltung und Begleitung beziehen (49 %): Hilfen zur Freizeitgestaltung, zur Alltagsstrukturierung, Anwesenheit anderer bei den Mahlzeiten, Gespräche, Teetinken in Begleitung, Spaziergehen, Begleitung beim Einkaufen, bei Arztgängen...

⁴⁹ Schneekloth/Leven berichten, dass bei 18 % der Pflegebedürftigen ein ungedeckter Hilfebedarf vorliegt, aaO, S. 32.

⁵⁰ Chi-Quadrat-Test: $p < 0,000$.

⁵¹ Immer bezogen auf die Teilstichprobe derjenigen, die selber geantwortet haben.

⁵² Die Aussagen zu der offenen Frage nach fehlenden Hilfen werden für alle ausgewertet, also nicht danach differenziert, wer geantwortet hat.

Auf die Ausstattung der Wohnung beziehen sich 12 % der Aussagen: Es fehlen Hilfsmittel wie z.B. Badelifter, Pflegebett, man braucht jemanden, der sich um den Garten und um Reparaturen kümmert, der Wohnzuschnitt müsste verändert werden...

Hilfen zur Entlastung von Angehörigen und mehr wirtschaftliche Unterstützung werden jeweils von 5 % bzw. 6 % genannt.

Hilfen, die sich auf die medizinische Versorgung beziehen, fehlen am wenigsten (1 %): Genannt werden vor allem Medikamente, die von den Kassen dann auch bezahlt werden sollten.

6.2 Zufriedenheit mit der Lebensqualität

Die Zufriedenheit mit der Lebensqualität wurde durch einen Pool von Items erfragt, die sich auf verschiedene Aspekte von Lebensqualität beziehen.⁵³ Die 14 Aussagen konnten in der gleichen Weise durch eine Skala von 1 („völlig unzufrieden“) bis 7 („völlig zufrieden“) bewertet werden wie die Frage zur Versorgungsqualität. Die Items wurden zu vier Skalen zusammengefasst, die jeweils im Wertebereich von 0 (unzufrieden) bis 100 (zufrieden) liegen.⁵⁴ Eine Auswertung erscheint uns nur für die Befragten sinnvoll zu sein, die selber und allein die Aussagen zur Zufriedenheit bewertet haben (n=160 bis 182, je nach Skala). Bei den Bewertungen geht es um die ganz persönliche Sichtweise der befragten Person und wenn eine andere für sie geantwortet hat, kann das nicht den Status einer gültigen Information beanspruchen.

Am zufriedensten ist man mit dem Unterstützungsnetzwerk. Ähnlich hoch ist die Zufriedenheit mit dem Zugang zu Infrastrukturen und mit der wirtschaftlichen Situation. Sehr viel weniger zufrieden sind unsere Befragten mit der allgemeinen Lebensqualität, mit ihrer Fähigkeit, alltägliche Probleme zu meistern und mit ihren Teilhabemöglichkeiten.

Die durch Skalen gemessene Zufriedenheit korreliert z.T. signifikant in der erwartbaren Weise mit dem Bedarf (Grad der Pflegebedürftigkeit) und mit den Chancen, d.h. mit dem sozialen Umfeld:

Je stärker die Pflegebedürftigkeit ist,

- desto geringer ist die Zufriedenheit insgesamt
- desto geringer ist die Zufriedenheit mit der Fähigkeit, alltägliche Probleme selber zu lösen und
- desto geringer ist die Zufriedenheit mit den Teilnahmemöglichkeiten.

Je günstiger das soziale Umfeld für eine häusliche Versorgung ist, desto größer ist die Zufriedenheit mit dem Unterstützungsnetzwerk.

⁵³ Vgl. Cappel (2005).

⁵⁴ Grundlage für die Zusammenfassung waren Faktorenanalysen. Die Varianzaufklärung für die gebildeten Skalen liegt zwischen 50% und 80 %. Alle Kommunalitäten der aufgenommenen Items liegen über 0,40. Die Faktorladungen sind durchweg höher als 0,60. Die Skalen wurden nicht auf der Basis der Faktorwerte gebildet, sondern als additive Skalen, die jeweils in den Bereich von 0 (zufrieden) bis 100 (unzufrieden) transformiert wurden. Auf diese Weise konnte die Zahl der Ausfälle verringert werden. Berücksichtigt wurden nur die Befragten, die selber eine Einstufung vornehmen konnten.

Alle Aspekte der Zufriedenheit mit der Lebensqualität korrelieren signifikant und deutlich mit der Versorgungszufriedenheit und mit der Aussage, dass wichtige Hilfen fehlen: Die mit ihrer Versorgung unzufriedenen Pflegebedürftigen sind im Durchschnitt auch weniger mit ihrer allgemeinen Lebensqualität zufrieden als diejenigen, die mit ihrer Versorgung zufrieden sind. Diejenigen, die Aussagen über fehlende Hilfen gemacht haben, sind im Durchschnitt auch deutlich weniger mit ihrer allgemeinen Lebensqualität zufrieden als die Pflegebedürftigen, die keine Hilfen vermissen.

7. Situation der Pflegenden: Belastungen und Lebensqualität der Hauptpflegepersonen

Im Fragebogen der Begleitforschung wurde nach der „Hauptpflegeperson“ und nach den sonstigen an der Pflege beteiligten Personen gefragt. Die als „Hauptpflegeperson“ benannte Person wurde die Referenzperson für den Teil der Befragung, in dem es um die soziale Situation, das Engagement, um Belastungen und um die Lebenszufriedenheit der Pflegenden ging. Nur über diese 485 „Hauptpflegepersonen“ haben wir differenzierte Informationen. Diese Informationen werden im Folgenden unter dem Gesichtspunkt von Belastungen und Lebensqualität dargestellt.

7.1 Belastungen

Es besteht Konsens darüber, dass die Übernahme von Pflegeverpflichtungen für die Pflegenden mit Belastungen verbunden ist und zwar sowohl für diejenigen, die als Angehörige Hilfe leisten, aber auch für Freunde, Nachbarn oder Bekannte (vgl. dazu Zeman, 2005). Das schließt natürlich nicht aus, dass Pflegen auch mit Gratifikationen und positiven Erfahrungen verbunden ist – aber dass es sich dabei auch um eine Tätigkeit handelt, die mit vielfältigen Belastungen verbunden sein kann, wird von niemandem ernsthaft bezweifelt. Von Pflegenden und in empirischen Untersuchungen werden vor allem die folgenden Belastungen genannt (vgl. u.a. Gräßel/Leutbecher, 1993):

- *psychische Belastungen*: Man kann außerhalb der Pflegesituation nicht abschalten; man empfindet sich nicht mehr als sich selbst; die Pflege kostet viel von der eigenen Kraft; man hat das Gefühl, dass man einmal ausspannen müsste; das Schicksal des Pflegebedürftigen macht traurig
- *somatisch-gesundheitliche Belastungen*: man fühlt sich morgens unausgeschlafen; man fühlt sich körperlich erschöpft; durch die Pflege wird die Gesundheit angegriffen
- *Belastungen durch eine Einschränkung der Lebensplanung/-führung*: es bleibt nicht genügend Zeit für die eigenen Interessen und Bedürfnisse; der Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert; wegen der Pflege mussten Pläne für die Zukunft aufgegeben werden; man sorgt sich wegen der Pflege um die eigene Zukunft; neben der Pflege können sonstige Aufgaben des täglichen Lebens nicht erledigt werden
- *soziale Belastungen*: man vermisst es, über die Pflege mit anderen Menschen sprechen zu können; die geleistete Pflege wird von anderen nicht anerkannt; es stört einen, wenn Außenstehende die Situation des Pflegebedürftigen mitbekommen; man fühlt sich hin- und hergerissen zwischen den Pflegeanforde-

rungen und den Anforderungen der Familie; es gibt wegen der Pflege Probleme mit anderen Familienangehörigen; während der Pflege leidet die Beziehung zu anderen Verwandten, zu Freunden und Bekannten

- *Belastungen durch Überforderung*: das Helfen bei wichtigen Angelegenheiten fällt schwer; man hat das Gefühl, die Pflege nicht im Griff zu haben
- *Belastungen durch das Verhältnis zum Pflegebedürftigen*: man fühlt sich von dem Pflegebedürftigen manchmal ausgenutzt; man hat das Gefühl, dass einem die Pflege aufgedrängt wurde; die Wünsche des Pflegebedürftigen gelten nicht immer als angemessen; man empfindet den Kontakt zu dem Pflegebedürftigen als nicht gut

a. Die Messung von Belastungen

Um zu erfassen, ob und wie die Pflege von der Hauptpflegeperson auch subjektiv als belastend empfunden wird, wurden in der Begleitforschung Klassifikationen berücksichtigt, die auch in anderen Forschungen zur Anwendung kamen (Gräßel/Leutbecher, 1993). Als Basis wurde den Hauptpflegepersonen ein Pool von 28 Items zur Bewertung vorgelegt, die auf einer Skala von 1 = „stimmt genau“ bis 4 = „stimmt nicht“ bewertet werden konnten. Diese 28 bewerteten Aussagen über Belastungen wurden durch eine Faktorenanalyse zu einer Skala zusammengefasst.⁵⁵ Ein Vergleich zwischen Programm- und Vergleichsgruppe zeigt, dass der Unterschied bei der Ersterhebung zwischen beiden Gruppen nicht signifikant ist.⁵⁶

b. Belastungen und Pflegeaufwand

Die Belastungswerte für verschiedene Kategorien von Hauptpflegepersonen sind sehr unterschiedlich:

- Die niedrigsten Werte lassen sich für Schwiegersöhne, Nachbarn, Freunde, Bekannte, Ehrenamtliche beobachten. Das ist zu erwarten, weil die persönliche Einbindung in den Pflegeprozess für diese Gruppen im Allgemeinen deutlich geringer sein dürfte.
- Die höchsten Belastungswerte konnten für die pflegenden Töchter gemessen werden.

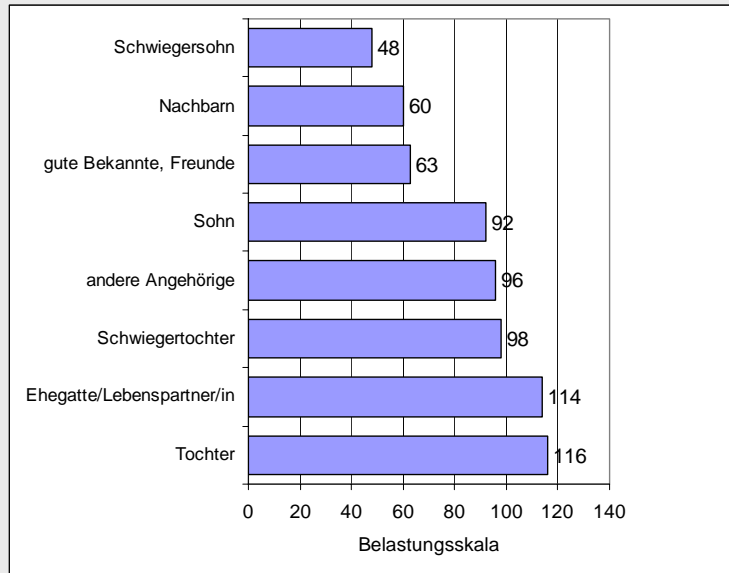
⁵⁵ Ausgewählt wurden die Aussagen, deren „Kommunalität“ größer als 0,40 ist. Die „Kommunalität“ bringt zum Ausdruck, wie gut ein Indikator durch den Faktor erklärbar ist. Alle ausgewählten Aussagen korrelieren sehr hoch mit der auf diese Weise gebildeten Skala, d.h. ihre „Ladungen“ sind fast immer größer als 0,70. Die Skala wurde durch eine Transformation so umgerechnet, dass sie einen Mittelwert von 100 und eine Standardabweichung von 50 hat. Die Reliabilitätswerte für die Skala sind zufrieden stellend: Cronbachs Alpha = 0,83; Guttman's Split-Half-Koeffizient = 0,87.

⁵⁶ T-Test; $p < 0,26$

- An zweiter Stelle folgen die Ehegatten bzw. Lebenspartner.

Abbildung 7-1

Belastungen von Hauptpflegepersonen gewichtete Stichprobe

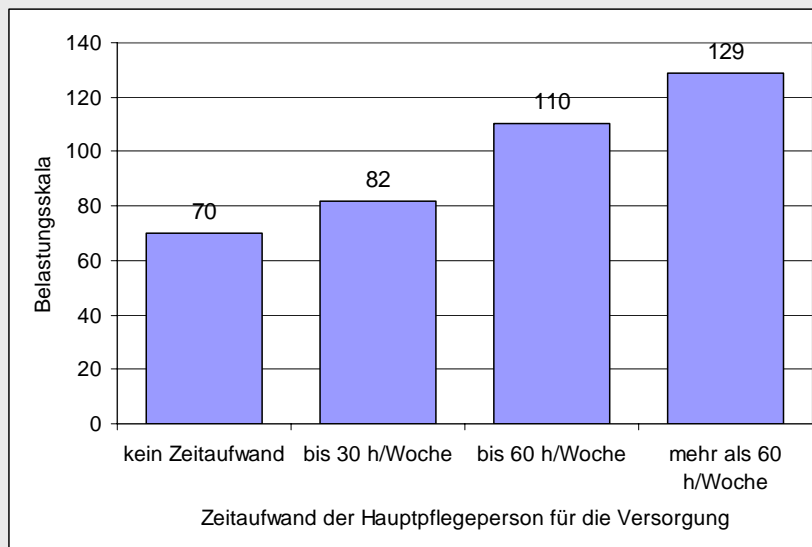


Durch eine multiple Regression lässt sich schätzen, welche Bedingungen besonders wichtig für die Entstehung von Belastungen sind. Die größte Bedeutung für die Entstehung von Belastungen hat die von der Hauptpflegeperson aufgewendete Zeit. Im Durchschnitt werden von den Hauptpflegepersonen pro Woche 58 Stunden aufgewendet.⁵⁷ Je mehr Zeit Hauptpflegepersonen in die Versorgung investieren, desto belastender ist für sie die Pflege.

⁵⁷ Dieser Wert für die gewichtete Stichprobe ist deutlich höher als der von Schneekloth/Leven für Hauptpflegepersonen berichtete Wert von 37 Stunden pro Woche, aaO, S. 22.

Abbildung 7-2

Belastungen der Hauptpflegeperson und Zeitaufwand für die Versorgung – gewichtete Stichprobe



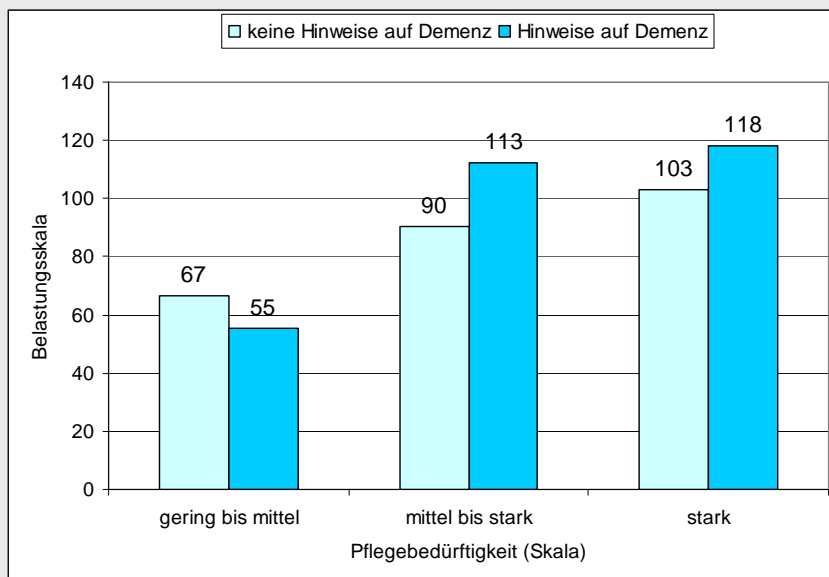
Fast ebenso wichtig ist die Pflegebedürftigkeit der zu versorgenden Person. Die Belastungen steigen deutlich mit steigender Pflegebedürftigkeit und zwar unabhängig von der aufgewendeten Zeit. Das lässt darauf schließen, dass die Erfahrung der Pflegebedürftigkeit einer nahe stehenden Person auch als solche bereits belastend ist.⁵⁸ Von erheblicher und zusätzlicher Bedeutung für die Erfahrung von Belastungen ist es auch, wenn die zu versorgende Person demenzerkrankt ist.⁵⁹

⁵⁸ Beta-Werte: Zeitaufwand=0,311; Pflegebedürftigkeit=0,245; R=0,494. Es wurde untersucht, ob es andere signifikante Abhängigkeiten gibt. Zwischen der Belastungsskala und den folgenden potentiell relevanten Variablen konnte kein Zusammenhang beobachtet werden: Alter und Geschlecht der Hauptpflegeperson, sozialer Status, Lebensentwurf, Zahl der zu versorgenden Kinder unter 15 Jahre im Haushalt, Erwerbstätigkeit der Hauptpflegeperson, Leistungsart (Geld- vs. Sachleistungen).

⁵⁹ Zur Belastung von Angehörigen bei der Pflege demenziell Erkrankter vgl. Leipold/Schacke/Zank (2005).

Abbildung 7-3

Belastungen der Hauptpflegpersonen – Pflegebedürftigkeit und Demenz – gewichtete Stichprobe



7.2 Zufriedenheit der Hauptpflegeperson mit der Lebensqualität

Zu erwarten ist, dass die von Hauptpflegepersonen mit der Versorgung in Verbindung gebrachten Belastungen sehr deutlich mit der Einschätzung der Lebensqualität korrelieren. Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit der Lebenssituation und Belastungen bilden ein Syndrom, lassen sich sprachlich und semantisch jedoch trennen und ermöglichen auf diese Weise auch eine getrennte Messung. Die im Interview abgefragten Belastungen haben einen sehr engen und spezifischen Bezug zur Pflegesituation. Die zur Bewertung der Lebensqualität im Interview vorgelegten Aussagen haben dagegen einen allgemeinen Charakter bzw. beziehen sich auf Lebensverhältnisse, die direkt nichts mit der Versorgung einer pflegebedürftigen Person zu tun haben.

a. Die Messung von Lebensqualität

Bislang existiert keine einheitliche Definition von Lebensqualität. Einigkeit besteht weitgehend darüber, dass es sich dabei um eine multidimensionale Begrifflichkeit handelt, die stark subjektiv ausgerichtet ist und auf der Selbstbeschreibung der Befragten beruht. Der vierte Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland konstatiert, dass sich historisch zwei wissenschaftliche Traditionen unterscheiden lassen, die sich mit der Konzeptualisierung und Messung von Lebensqualität beschäftigt haben: Der Ansatz objektiver Lebensbedingungen, in dem objektive Aspekte die Lebensqualität definieren, sowie der Ansatz des subjektiven Wohlbefindens, in dem das individuelle Urteil der Person über die eigene Lebenssituation die Basis für eine Definition darstellt. Für die empirische Sozialforschung haben sich integrative Ansätze, die sowohl objektiven als auch subjektiven Komponenten von Lebensqualität Rechnung tragen, als besonders fruchtbar erwiesen. Bei dem von uns angewandten Fragemodul wurden 16 Aussagen zur Einstufung auf einer Skala von 1 bis 7 vorgelegt. Wir orientierten uns dabei an dem von der WHO vorgelegten Konzept von Lebensqualität, das vier Dimensionen und eine Globalbeurteilung beinhaltet. Unterschieden werden die „Physische Domäne“, die „Psychische Domäne“, die Domäne „Soziale Beziehungen“ sowie die Domäne „Umwelt“. Zur Messung der subjektiv bewerteten Lebensqualität integrierten wir eine Skala des WHOQOL-BREF, einer getesteten, international angewandten Kurzversion des WHO-

Fragebogens, die bereits in andere Untersuchungen wie z.B. den Wohlfahrtssurvey sowie OASIS einbezogen wurde.⁶⁰

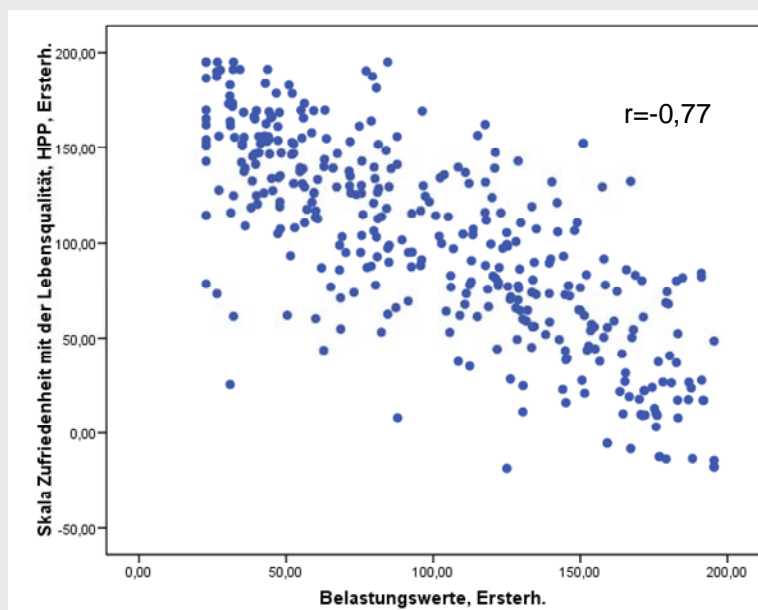
Wie bei der Konstruktion der Belastungsskala wurde auch für die Entwicklung einer Zufriedenheitsskala eine Faktorenanalyse als Item-Analyse durchgeführt.⁶¹

b. Zufriedenheit mit der Lebensqualität und Belastungen

Wie erwartet korreliert die von uns entwickelte Skala zur Messung der Zufriedenheit mit der allgemeinen Lebensqualität sehr hoch mit den Belastungswerten ($r=-0,77$):

Abbildung 7-4

Korrelation der Belastungsskala mit der Skala „Zufriedenheit mit der Lebensqualität“



Die Zufriedenheit mit der Lebensqualität korreliert auch ganz ähnlich wie die Belastungsskala (allerdings mit anderem Vorzeichen) mit den für die Pflege konstitutiven Bedingungen: Mit steigender Pflegebedürftigkeit und mit steigender für die Versorgung aufgewendeter Zeit verringert sich deutlich die subjektiv empfundene Lebensqualität. Diese Korrelationen verschwinden jedoch, d.h. sie gehen gegen Null, wenn

⁶⁰ Vgl. Filipp/Mayer (2002); Noll/Schoeb (2002); WHOQOL-Bref (Program on Mental Health, World Health Organisation, Geneva); für die dt. Version: Angermeyer/Kilian/Matschinger (2000); Wohlfahrtssurvey 1998 (gemeinsames Projekt von WZB und ZUMA).

⁶¹ Die Reliabilitätswerte für die Skala sind zufriedenstellend: Cronbachs Alpha = 0,91; Guttman's Split-Half-Koeffizient = 0,84.

für die Belastungswerte „kontrolliert“ wird.⁶² Diese für die Versorgung konstitutiven Bedingungen – Grad der Pflegebedürftigkeit und Zeitaufwand – wirken also eher indirekt auf die Zufriedenheit mit der Lebensqualität. Sie beeinflussen, in welchem Umfang die Pflege von der Hauptpflegeperson mit Belastungen in Verbindung gebracht wird. Die Erfahrung von Belastungen ist dann der eigentliche Grund dafür, ob Pflegenden mit ihrer Lebensqualität zufrieden sind oder nicht.

⁶² Das erfolgt dadurch, dass die Partialkorrelationen zwischen Zufriedenheit und Pflegebedürftigkeit, sowie Zeitaufwand ermittelt werden, wobei für den Grad der Belastung kontrolliert wurde. Partialkorrelationen sind die Korrelationen zwischen Residuen, d.h. zwischen den Teilen von Variablen aus denen der Effekt der zu kontrollierenden Variable herausgerechnet wurde. Partialkorrelationen: Zufriedenheit/Pflegebedürftigkeit.Belastungsskala=0,01; Zufriedenheit/Zeitaufwand.Belastungsskala=-0,08.

Teil III

Auswirkungen des Pflegebudgets auf die Situation von Pflegebedürftigen und Pflegenden

8. Methodische Vorbemerkungen

Das wesentliche Ziel der soziologischen Begleitforschung besteht darin, die Auswirkungen der Einführung des persönlichen Pflegebudgets mit integriertem Case Management auf die Versorgungssituation von Pflegebedürftigen und auf die Situation der Pflegenden so präzise wie möglich zu beschreiben. Dabei gehen wir von der allgemeinen Hypothese aus, dass die Einführung des Pflegebudgets in einem kausalen Sinn die Situation von Pflegebedürftigen und Pflegenden verändern kann. Ob eine solche Kausalität tatsächlich besteht, lässt sich in einer direkten Weise nicht belegen. Aber aus unserem Forschungsdesign ergeben sich hinreichende Indikatoren dafür, ob es sinnvoll und vernünftig ist, auf einen solchen Einfluss zu schließen. Diese Folgerungen beruhen auf verschiedenen Vergleichen zwischen den Erhebungsphasen und zwischen Programm- und Vergleichsgruppe.

Bei der Ergebnisdarstellung werden wir „zweigleisig“ verfahren:

1. Nach Möglichkeit werden wir Ergebnisse in einer anschaulichen Weise darstellen – im Wesentlichen durch Grafiken, aus denen hervorgeht, ob es wichtige Unterschiede zwischen Vergleichs- und Programmgruppe zu verschiedenen Erhebungsphasen gibt.
2. Für eine genauere Beurteilung ist das jedoch nicht ausreichend. Wir werden deshalb auch Ergebnisse vorlegen, die auf weniger anschaulichen Methoden beruhen, dafür aber effizienter sind, wenn es darum geht die Bedeutsamkeit von Effekten herauszuarbeiten. Diese Ergebnisse berichten wir jeweils in Kurzform in einem Anhang zu dem jeweiligen Kapitel. Die Lektüre ist natürlich empfehlenswert, aber der „eilige Leser“ kann diese Anhänge auch auslassen.

In den Abbildungen und Tabellen werden die Erhebungsphasen folgendermaßen bezeichnet:

t0: Ersterhebung

t1: 1. Folgerhebung nach ca. 6 Monaten

t2: 2. Folgerhebung nach ca. 12 Monaten

t3-t6: Durchschnittswert aus den Folgerhebungen 3 bis 6 nach ca. 18 Monaten. Eine solche Zusammenfassung war erforderlich, weil die Zahl der Fälle für statistische Analysen sonst zu gering gewesen wäre.

Die Berücksichtigung aller Folgerhebungen ist wichtig, um zu untersuchen, ob Veränderungen in den Pflegearrangements „nachhaltig“ sind und nicht bereits nach der 1. Folgerhebung eine Rückkehr in Zustände erfolgt, wie sie vor Eintritt in das Budgetprojekt bestanden.

a. Statistische Methoden und Modelle

Folgerungen über die Wirksamkeit des Pflegebudgets beruhen darauf, dass die Programmgruppe im Hinblick auf ein Evaluationskriterium mit der Vergleichsgruppe für verschiedene Erhebungszeitpunkte verglichen wird. Es lässt sich dann bestimmen, ob Unterschiede „signifikant“ sind. Ein Unterschied gilt als „signifikant“, wenn die Wahrscheinlichkeit eines Irrtums für das Zurückweisen der „Nullhypothese“ sehr klein ist (= „Irrtumswahrscheinlichkeit“). In der Begleitforschung werden die folgenden „Nullhypothesen“ überprüft: 1. Zwischen Programm- und Vergleichsgruppe gibt es in den Folgerhebungen keinen Unterschied. 2. In der Programmgruppe kommt es im Projektverlauf zu keinen Veränderungen, bzw. zu den gleichen Veränderungen wie in der Vergleichsgruppe. Ergebnisse mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % und weniger gelten als „signifikant“. Ist die Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner als 1 % spricht man von einem „hochsignifikanten“ Ergebnis.

„Signifikanz“ ist jedoch nicht das einzige Kriterium, um die Bedeutsamkeit eines Befunds zu belegen. Ebenso wichtig ist die sogenannte Effektgröße. Bei großen Stichproben (bereits bei $n=500$) können selbst kleine und in Wirklichkeit (und auch für die Praxis) unbedeutende Unterschiede „hochsignifikant“ sein. Wir berechnen deshalb für die Unterschiede auch die zugehörigen Effektgrößen.

Eine Effektgröße bis 0,20 gilt als „geringer Effekt“, bei Werten zwischen 0,20 und 0,50 kann man einen „mittleren Effekt“ annehmen; Werte größer als 0,50 lassen sich als „starker Effekt“ interpretieren.⁶³

⁶³ Zur Erläuterung des Konzepts der Effektgröße vgl. Bortz/Döring (1995, S.568 ff).

Um auf Effekte des Pflegebudgets schließen zu können, führen wir die folgenden Vergleiche durch:

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

Erst alle vier Vergleiche ermöglichen begründbare Folgerungen auf einen eventuellen Einfluss des Pflegebudgets. Wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind (s. unten), können diese Vergleiche nicht mit letzter Sicherheit, aber mit hoher Wahrscheinlichkeit die Frage beantworten, ob das persönliche Pflegebudget mit integriertem Case Management einen Einfluss auf die Versorgungssituation der Pflegebedürftigen und auf die Situation der Pflegenden hat und in welche Richtung dieser Einfluss geht.

Der *Vergleich 1* zeigt, ob sich die Ausgangssituation – zum Zeitpunkt der Ersterhebung – für die Programmgruppe im Hinblick auf das betreffende Kriterium nicht von der Ausgangssituation der Vergleichsgruppe unterscheidet. Durch die zufällige Zuweisung von Teilnehmern zur Vergleichs- und Programmgruppe sollte sichergestellt sein, dass es keine Unterschiede gibt, bzw. dass die Unterschiede nur sehr gering und statistisch nicht signifikant sind.

Überprüft wird das durch einen t-Test für *unabhängige* Stichproben.

Die entsprechende Effektgröße wird folgendermaßen ermittelt:

$$E_1 = \frac{\bar{x}_P - \bar{x}_V}{s}$$

\bar{x}_P : Mittelwert des Kriteriums in der Programmgruppe

\bar{x}_V : Mittelwert des Kriteriums in der Vergleichsgruppe

s : Streuung (Standardabweichung)

Durch *Vergleiche vom Typ 1* wird die Voraussetzung überprüft, dass der Unterschied zwischen Programm- und Vergleichsgruppe zum Zeitpunkt der Ersterhebung nicht signifikant ist. Bei einem signifikanten Unterschied ist die Effektgröße eine Kennziffer dafür, wie groß ein eventueller Auswahleffekt ist, der bei den Interpretationen berücksichtigt werden muss.

Der *Vergleich 2* zeigt, ob es in der Programmgruppe zu Veränderungen gekommen ist, die sich eventuell mit dem Budget in Verbindung bringen lassen. Die Beobachtung einer solchen Veränderung ist eine *notwendige* Bedingung dafür (jedoch nicht hinreichend), dass auf einen Effekt des Pflegebudgets geschlossen werden kann. Bei diesem Vergleich wird für die *gleichen* Fälle untersucht, ob sich ihre Messwerte auf dem Kriterium zu *verschiedenen* Zeitpunkten signifikant unterscheiden und eine nennenswerte Effektgröße ermittelt werden kann.

Durch den *Vergleich 3* wird überprüft, ob diese Veränderungen nicht auch ohne das Pflegebudget eingetreten wären. Das könnte vermutet werden, wenn sich für die Vergleichsgruppe die gleiche Veränderung beobachten lässt, wenn diese Veränderung signifikant ist und die Effektgröße eine nennenswerte Größenordnung aufweist. Die Folgerungen über einen möglichen Effekt des Pflegebudgets gewinnen an Gewicht, wenn es in der Vergleichsgruppe nicht zu Veränderungen kommt oder wenn sich Veränderungen beobachten lassen, die genau gegenläufig zu den Veränderungen in der Programmgruppe sind.

Die Signifikanz von Veränderungen für die Vergleiche 2 und 3 wird durch einen t-Test für *abhängige* (gepaarte) Stichproben überprüft, da es hier immer um einen Vergleich der Mittelwerte *zweier* Variablen für die *gleichen* Fälle geht.

Eine Effektgröße wird in der folgenden Weise bestimmt:

$$E_2 = \frac{\bar{x}_0 - \bar{x}_i}{s_D}$$

\bar{x}_0 : Mittelwert des Kriteriums zum Zeitpunkt t_0 (=Ersterhebung)

\bar{x}_i : Mittelwert des Kriteriums zum Zeitpunkt t_i (=Folgerhebung 1, 2, 3...)

s_D : Standardfehler der Differenz $\bar{x}_0 - \bar{x}_i$

Um auf einen Effekt des Pflegebudgets zu folgern, sollte die Effektgröße E_2 in der Programmgruppe signifikant sein und eine nennenswerte Größe haben. In der Vergleichsgruppe sollte die Effektgröße entweder nicht signifikant sein, gegen 0 gehen oder ein anderes Vorzeichen haben als in der Programmgruppe.

Bei den Vergleichen 2 und 3 untersuchen wir, ob sich die Messwerte der Folgeerhebungen von dem Messwert zum Zeitpunkt der Ersterhebung deutlich und signifikant unterscheiden. Vergleiche zwischen den Folgeerhebungen unter Anwendung statistischer Tests wären im Prinzip möglich, werden aber nicht durchgeführt, da sie für die Bewertung des Pflegebudgets nicht erforderlich sind.

Der *Vergleich 4* beantwortet die Frage, ob sich die Programmgruppe in den Folgeerhebungen im Hinblick auf ein Evaluationskriterium von der Vergleichsgruppe unterscheidet. Bei einem Effekt des Pflegebudgets wäre zu erwarten, dass sich die beiden Gruppen in den Folgeerhebungen deutlich unterscheiden und dass auch eine nennenswerte Effektgröße bestimmt werden kann.

Für diese Vergleiche berücksichtigen wir nicht die Ausgangswerte – z.B. die erhobenen Zeiteinheiten –, sondern „bereinigte Werte“. Diese „bereinigten Werte“ berechnen wir als standardisierte Residuen der Regression des Kriteriums zum Zeitpunkt einer Folgeerhebung auf das Kriterium zum Zeitpunkt der Ersterhebung. Diese Residuen werden in den Bereich Mittelwert=100 und Standardabweichung=50 transformiert.

Diese Vorgehensweise hat die folgenden Gründe:

1. Für einige Kriteriumsvariablen gibt es für die Ersterhebung deutliche Unterschiede zwischen den Mittelwerten der Programm- und Vergleichsgruppe. Diese Unterschiede verlieren an Gewicht, wenn die für die Folgeerhebungen beobachteten Werte um die Anfangswerte bereinigt werden. Auf diese Weise werden gewissermaßen „gleiche Ausgangsbedingungen“ für die Programm- und für die Vergleichsgruppe hergestellt.
2. Auch aus sachlichen Gründen ist eine solche Bereinigung sinnvoll. Für die meisten Teilnehmer bestand auch schon vor Eintritt in das Projekt die Notwendigkeit ein Versorgungsarrangement zu entwickeln. Sie wurden von Angehörigen oder Nachbarn gepflegt oder haben Pflegedienste in Anspruch ge-

nommen. Die meisten Teilnehmer haben also eine Art „Versorgungsgeschichte“ (vgl. Kap. 3), die zum Zeitpunkt der Ersterhebung mit unseren Instrumenten in Ausschnitten ermittelt wurde. Diese „Versorgungsgeschichte“ kam unter den Bedingungen von „Bedarf“ und „Chancen“ zustande (vgl. Teil II), d.h. sie ist beeinflusst vom Grad der Pflegebedürftigkeit, aber auch von den Möglichkeiten und Restriktionen des sozialen Umfeldes. Vermutlich hat diese Geschichte – verkörpert in den Pflegearrangements der Vergangenheit – auch Auswirkungen auf die Arrangements, die sich im Projektverlauf entwickeln.⁶⁴ Damit ist zu rechnen, wenn „Bedarf“ und „Chancen“ sich nicht grundlegend ändern. Damit ist aber auch zu rechnen, weil sich im Versorgungsprozess soziale Beziehungen entwickelt haben mit Verpflichtungen und Loyalitäten, die nicht einfach durch den Eintritt in das Budgetprojekt verändert werden können. Diese Wirkung der persönlichen Versorgungsgeschichte zeigt sich, wenn wir die Korrelationen für verschiedene Aspekte von Pflegearrangements zum Zeitpunkt der Ersterhebung mit denen aus den Folgerhebungen betrachten:

Tabelle 8-1: Korrelationen zwischen Strukturmerkmalen von Pflegearrangements in der Ersterhebung mit den entsprechenden Strukturmerkmalen in den Folgerhebungen

Signifikante Korrelationen der entsprechenden Variablen in der Ersterhebung mit ...		Programmgruppe	Vergleichsgruppe
Zahl der Helfer in...	Folgerhebung 1	0,53	0,58
	Folgerhebung 2	0,44	0,59
	Folgerhebung 3-6	0,44	0,77
Für die Versorgung aufgewendete Zeit in...	Folgerhebung 1	0,73	0,76
	Folgerhebung 2	0,64	0,58
	Folgerhebung 3-6	0,74	0,60

Wenn wir wissen wollen, welcher „Nettoeffekt“ sich für das Pflegebudget annehmen lässt, ist es sinnvoll, diese Spuren der Vergangenheit aus den Daten der Folgerhebung „herauszurechnen“. Das geschieht in der beschriebenen Weise: durch die Berechnung der Residuen für die Folgerhebungen. Das sind die Werte für ein Kriterium, die sich ergeben wenn wir von den beobachteten Werten der Folgerhebung den Schätzwert abziehen, der sich durch eine lineare Regression auf der Basis des Wertes der Ersterhebung ergibt:

⁶⁴ Vgl. dazu das Modell in Teil II, das eine solche „Abhängigkeit“ von der Vergangenheit ausdrücklich annimmt.

$$K_i' = a + bK_0$$

$$K_i^{res} = K_i - K_i'$$

$$BK_i = 50 \cdot z_{K_i^{res}} + 100$$

K_i : beobachteter Wert für das Kriterium zur Zeit i (=Folgerhebungen)

K_i' : Schätzwert für das Kriterium zur Zeit i (=Folgerhebungen)

K_0 : Kriterium zur Zeit t_0 (=Ersterhebung)

K_i^{res} : Residuen für das Kriterium zur Zeit i (=Folgerhebungen)

BK_i : bereinigter Wert für das Kriterium zur Zeit i (=Folgerhebungen)

$z_{K_i^{res}}$: standardisierte Residuen für das Kriterium

Mit einem t-Test für unabhängige Stichproben wird überprüft, ob sich die Nullhypothese verwerfen lässt, dass zwischen den bereinigten Kriteriumswerten von Programm- und Vergleichsgruppe in den Folgerhebungen kein Unterschied besteht.

Die Effektgröße wird wie für den Vergleich 1 berechnet.

Für einige Fragestellungen führen wir weitere Vergleiche durch. Dabei wird untersucht, ob es innerhalb der Programmgruppe signifikante Unterschiede bzw. Veränderungen gibt, wenn zusätzlich bestimmte Merkmale berücksichtigt werden. Solche Merkmale beziehen sich z.B. auf besonders schwierige Bedingungen, wie Demenz oder ein ungünstiges soziales Umfeld. Methodisch wird dabei so verfahren, wie für die Vergleiche 1 bis 4 dargelegt wurde.

Ob diese Vergleiche zu gültigen und interpretierbaren Ergebnissen führen, hängt im Wesentlichen von der folgenden allgemeinen Voraussetzung ab: Alle potentiell für die Versorgungssituation relevanten Bedingungen müssen in der Programm- und Vergleichsgruppe gleich verteilt sein. Die beiden Gruppen dürfen sich nur durch das „Treatment“ unterscheiden: ob die Teilnehmer das Budget erhalten haben oder nicht. Solche potentiell relevanten Bedingungen sind u.a. Alter, Geschlecht, Grad der Pflegebedürftigkeit, Familienstand oder die Stabilität des Unterstützungsnetzwerks. Aber auch Bedingungen, die wir in der Begleitforschung nicht erheben konnten – z.B. kognitive Kompetenzen bei den Hauptpflegepersonen oder besondere Krankheiten bei der pflegebedürftigen Person. Die Menge der potentiell relevanten Bedingungen ist überaus groß und anders als bei Experimenten in einem Chemielabor ist es bei ei-

nem Sozialexperiment unmöglich, alle potentiell relevanten Bedingungen wirklich zu kontrollieren. In einem Sozialexperiment müssen wir uns darauf verlassen, dass durch die Zuweisung der Personen zur Programm- und Vergleichsgruppe nach einem Zufallsverfahren („Randomisierung“) die *Verteilung* relevanter Merkmale in den beiden Gruppen gleich ist, wenn die Zahl der Fälle in den Gruppen „groß genug“ ist.⁶⁵

Für einige Merkmale konnten wir nachträglich überprüfen, ob sie in der Programm- und Vergleichsgruppe gleich verteilt sind. Für andere Merkmale, die vielleicht wichtig sind, war das jedoch nicht möglich. Im Hinblick auf viele Merkmale sind die Verteilungen ziemlich gleich. Aber zumindest in einem wichtigen Punkt unterscheiden sich die Verteilungen von Programm- und Vergleichsgruppe: In der Programmgruppe ist der Anteil der Sachleistungsempfänger sehr viel höher als in der Vergleichsgruppe und der Anteil der Geldleistungsempfänger ist sehr viel niedriger (Kap. 2). Die in Teil II berichteten Ergebnisse zeigen nun aber, dass die vor Eintritt in das Projekt gewählte Leistungsart mit anderen relevanten Merkmalen korreliert und auch von großer Bedeutung für das Pflegearrangement ist (Kap. 4.5). Alle Vergleiche sind unter diesen Bedingungen nur schwer interpretierbar. Es könnte sein, dass Unterschiede in den Veränderungen zwischen Programm- und Vergleichsgruppe allein oder doch im Wesentlichen auf diese Unterschiede in der Ausgangssituation zurückzuführen sind.

Für diese Probleme bieten sich die folgenden Lösungen an:

1. Bei allen Vergleichen wird immer das Merkmal „vorhergehender Leistungsbezug“ kontrolliert. Konkret heißt das, dass die Vergleiche immer getrennt in den Teilstichproben der Sach-, Kombi- und Geldleistungsempfänger durchgeführt werden müssten. Zum Teil werden wir auch so verfahren, aber diese Problemlösung lässt selber ein Problem entstehen: Die Zahl der Fälle wird für viele Analysen bei den Folgerhebungen so gering, dass innerhalb dieser drei Teilstichproben keine gültigen Ergebnisse mehr zu erwarten sind.

⁶⁵ Wie so oft in der Statistik kann niemand genau sagen, was „groß genug“ ist, was eine „große Zahl“ ist. Die Gruppen sollten „möglichst groß“ sein, aber wie groß sie dann wirklich sind, hängt auch von den Ressourcen und von den Möglichkeiten im Feld ab. In der Statistik geht man davon aus, dass ab 30 Fällen bestimmte Gesetzmäßigkeiten der Wahrscheinlichkeitstheorie wirksam werden, z.B. das „zentrale Grenzwerttheorem“; vgl. dazu Bortz/Lienert/Boehne (2008); grundlegender: Stegmüller (1973). In sozialen Laborexperimenten liegt die Zahl der Versuchspersonen in Gruppen oft zwischen 20 und 50. Das gilt z.B. auch für das berühmte „Milgram-Experiment“.

2. Eine andere Lösung besteht darin, dass die Analysen mit einer gewichteten Stichprobe durchgeführt werden. Die Fälle der Programmgruppe werden dabei so gewichtet, dass die Verteilung der Leistungsarten in der Programmgruppe der Verteilung in der Vergleichsgruppe entspricht. Für die meisten Vergleiche werden wir eine solche „rechnerische Kontrolle“ vornehmen. Das ist keine hundertprozentig zufriedenstellende, aber doch eine relativ gute Lösung für das dargelegte Problem, die in der Praxis der Forschung auch oft zur Anwendung kommt.⁶⁶

b. Evaluationskriterien

Die oben beschriebenen Vergleiche müssen sich auf Kriterien beziehen, die für die Fragestellung sinnvoll und wichtig sind. Was solche Kriterien sind, ergibt sich aus den Analysen, die den in Teil II berichteten Ergebnissen zugrunde liegen. Alle diese Kriterien sind von großer Bedeutung für die Versorgungssituation der pflegebedürftigen Personen und für die Lebenssituation der Pflegenden:

1. Kommt es zu Veränderungen der Pflegearrangements bei den Budgetnehmern?
 - a. Zahl der an der Pflege beteiligten Akteure
 - b. Zusammensetzung der Helfer nach Sektoren
 - c. Umfang der in die Versorgung investierten Zeit
 - d. Zeitbeitrag der vier Sektoren zum Pflegearrangement
 - e. Umfang und Struktur der Geldausgaben für die Versorgung
2. Welche Wirkung entfaltet das Pflegebudget unter verschiedenen Bedingungen?
 - a. Gibt es Nachwirkungen des vor Eintritt in das Projekt gewählten Pflegearrangements?
 - b. Welche Effekte entfaltet das Budget unter „schwierigen Bedingungen“?
3. Gibt es Hinweise auf eine veränderte Nachfrage nach Versorgungsleistungen?
4. Wie verändern sich die subjektiv empfundenen Belastungen der Hauptpflegeperson? Wie verändert sich die subjektive Einschätzung der Lebensqualität der Hauptpflegeperson?
5. Kann das Pflegebudget den Übergang in eine stationäre Versorgung verhindern oder zumindest hinauszögern?

⁶⁶ Z.B. in den repräsentativen Erhebungen zum European Social Survey (ESS) oder in der Repräsentativerhebung des ALLBUS.

Als weiteren Kriteriumsbereich könnte man fragen, wie sich die Zufriedenheit der pflegebedürftigen Person im Projektverlauf entwickelt. Da wir die dazu erhobenen Informationen aus den dargelegten Gründen (vgl. Kap. 6) nicht für sehr zuverlässig halten, werden wir diesen Bereich in unseren Analysen nicht berücksichtigen.

9. Bedarf und Chancen: Veränderung der Rahmenbedingungen?

Die Analysen in Teil II haben gezeigt, dass Pflegearrangements in hohem Maße von Bedingungen abhängig sind, die wir mit den Begriffen „Bedarf“ und „Chancen“ beschrieben haben. Der „Bedarf“ bezieht sich auf Ausmaß und Art der Pflegebedürftigkeit. Der Begriff „Chancen“ bezieht sich auf das soziale Umfeld unter dem Gesichtspunkt, wie günstig dieses für eine häusliche Versorgung ist. Berücksichtigt wurden dabei die Verfügbarkeit über ein Unterstützungsnetzwerk, das soziale Milieu der Hauptpflegeperson und der Raumtyp.

Diese Bedingungen können sich im Verlauf der Projektteilnahme verändern. Zumindest ist das für die Pflegebedürftigkeit vorstellbar und für das Unterstützungsnetzwerk. Für das soziale Milieu der Hauptpflegeperson und für den Raumtyp sind dagegen kaum Veränderungen zu erwarten.

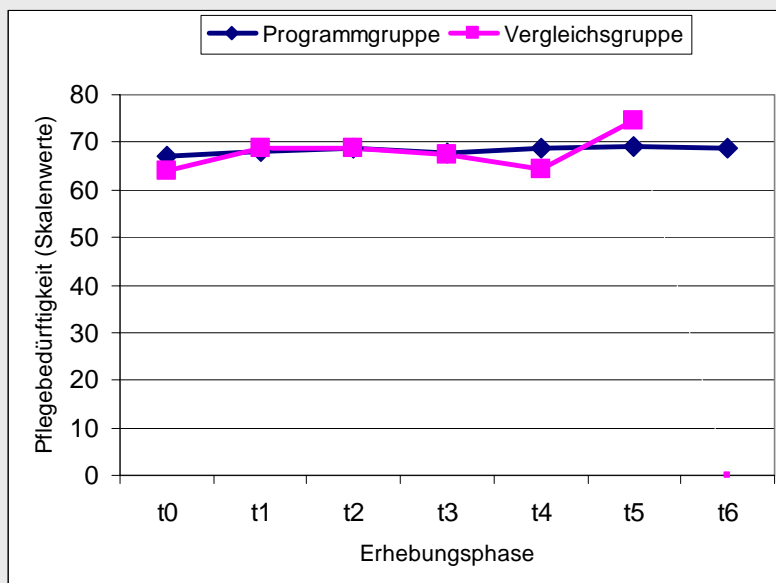
Da „Bedarf“ und „Chancen“ auch bei der Untersuchung von Veränderungen eine Rolle spielen, ist zu fragen, ob und in welcher Weise sich die damit bezeichneten Bedingungen verändert haben.

9.1 Bedarf: Veränderung der Pflegebedürftigkeit

Im *Durchschnitt* hat sich der Grad der Pflegebedürftigkeit im Projektverlauf kaum verändert:

Abbildung 9-1

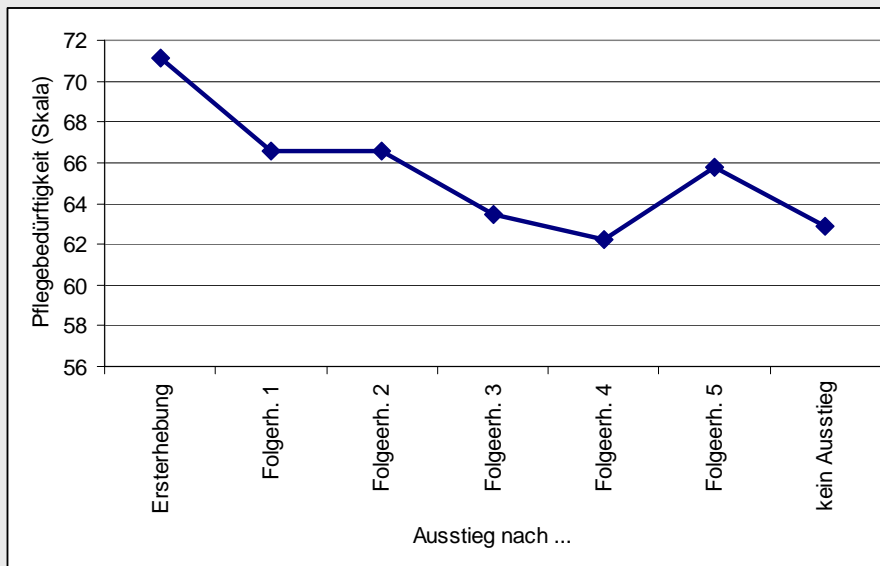
Veränderung der Pflegebedürftigkeit im Projektverlauf - Durchschnittswerte



Dieses Ergebnis vermittelt einen Eindruck davon, wie hoch die *durchschnittliche* Pflegebedürftigkeit der Projektteilnehmer in den einzelnen Projektphasen ist. Aber daraus kann man noch nicht auf die *Entwicklung* der Pflegebedürftigkeit bei den Teilnehmern schließen, denn die Informationen beziehen sich in den Folgerhebungen nicht immer auf die gleichen Fälle. Es könnte ja sein, dass in den Folgerhebungen vor allem Teilnehmer mit starker Pflegebedürftigkeit ausgeschieden sind und diejenigen im Projekt verbleiben, deren Pflegebedürftigkeit geringer ist. Diese Vermutung wird tendenziell für die Programmgruppe bestätigt – für die Vergleichsgruppe sind die Fallzahlen in den Folgerhebungen für eine solche Analyse zu gering:

Abbildung 9-2

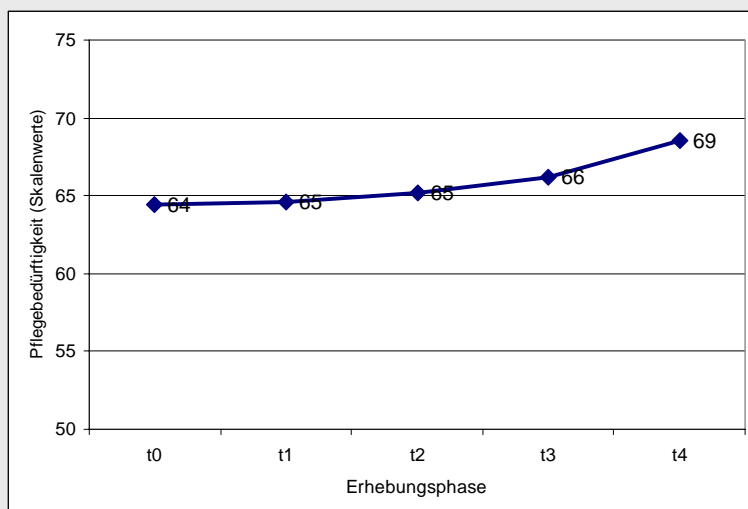
Selektionseffekt der Pflegebedürftigkeit: Zeit des Ausstiegs aus dem Projekt und Pflegebedürftigkeit - Programmgruppe



Eine „Kohortenanalyse“ zeigt, wie die Pflegebedürftigkeit sich bei denen entwickelt, die von der Ersterhebung bis zur Phase 4 im Projekt verblieben sind. Bei denjenigen, die mindestens 24 Monate am Projekt teilgenommen haben (n=107), ist die durchschnittliche Pflegebedürftigkeit leicht gestiegen:

Abbildung 9-3

Veränderung der Pflegebedürftigkeit in der Kohorte der Teilnehmer, die an allen Erhebungen von der Ersterhebung bis zur Folgerhebung 4 teilgenommen haben (n=107)



Anhang zu Kap. 9.1: Statistische Analysen zur Veränderung der Pflegebedürftigkeit

1. Vergleich Programm-/Vergleichsgruppe zu verschiedenen Zeitpunkten (Programmgruppe gewichtet)

	Zeitpunkt	Pflegebedürftigkeit (Skalenwert)		Effektgröße **)	Signifikanz *)
		Programmgruppe	Vergleichsgruppe		
Vergleich 1	t0	67	64	0,14	ns
Vergleich 4	t1	68	69	0,05	ns
	t2	68	69	-0,05	ns
	t3-6	68	68	0,00	ns

*) t-Test für unabhängige Stichproben: ns=nicht signifikant, s= $p < 0,05$, ss= $p < 0,01$

2. Veränderung in den Folgerhebungen gegenüber der Ersterhebung: Pflegebedürftigkeit

	Vergleich 2: Programmgruppe		Vergleich 3: Vergleichsgruppe	
	Effektgröße **)	Signifikanz *)	Effektgröße **)	Signifikanz *)
t0 - t1	-0,23	ss	-0,16	ns
t0 - t2	-0,21	ss	-0,16	ns
t0 - t3-6	-0,28	ss	-0,18	ns

*) t-Test für abhängige Stichproben: ns=nicht signifikant, s= $p < 0,05$, ss= $p < 0,01$

**) zur Erläuterung vgl. Kap. 8

Folgerungen:

1. Im Hinblick auf den Grad der Pflegebedürftigkeit sind die Ausgangsbedingungen in der Programm- und Vergleichsgruppe gleich. (Vergleich 1)
2. In der Programmgruppe steigt die Pflegebedürftigkeit im Projektverlauf (berücksichtigt sind dabei nur die Teilnehmer, die sowohl an der Ersterhebung teilgenommen haben wie auch an den Folgerhebungen). (Vergleich 2)
3. In der Vergleichsgruppe ist eine ähnliche Entwicklung beobachtbar. Die Veränderungen sind jedoch nicht signifikant. (Vergleich 3)
4. Zu den verschiedenen Zeitpunkten der Folgerhebungen lassen sich die Unterschiede zwischen der durchschnittlichen Pflegebedürftigkeit in der Programm- und Vergleichsgruppe vernachlässigen. (Vergleich 4)

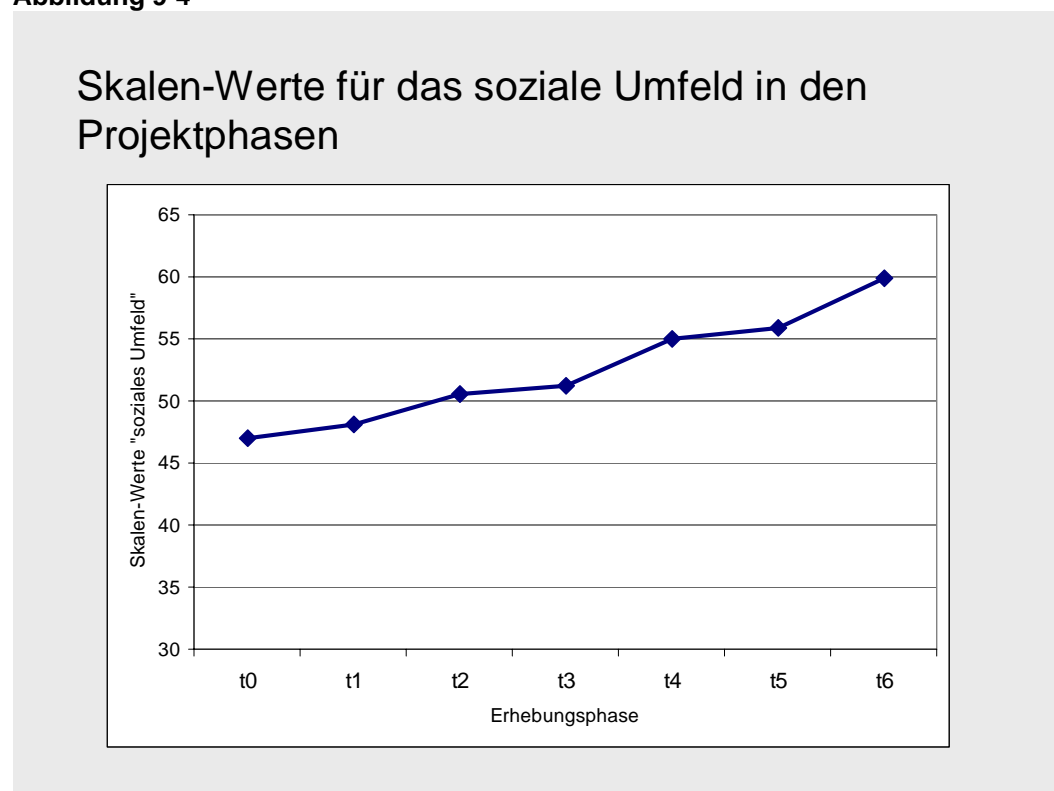
9.2 Chancen: Veränderungen des sozialen Umfelds?

Veränderungen im sozialen Umfeld sind am ehesten für das Unterstützungsnetzwerk zu erwarten: Ein Ehepartner kann sterben, die pflegebedürftige Person kann in einen Mehrpersonenhaushalt, z.B. in eine Wohngemeinschaft ziehen, eine bisher nicht vorhandene Hauptpflegeperson kann in einer späteren Projektphase auftreten usw.

In allen Folgerhebungen wurden die Merkmale zur Netzwerkklassifikation abgefragt, damit Veränderungen im sozialen Umfeld dokumentiert und bei der Auswertung zu Veränderungen berücksichtigt werden können.

Die für den Bereich 0 bis 100 normierte Skala zur Klassifikation des sozialen Umfelds zeigt im Projektverlauf steigende Werte:

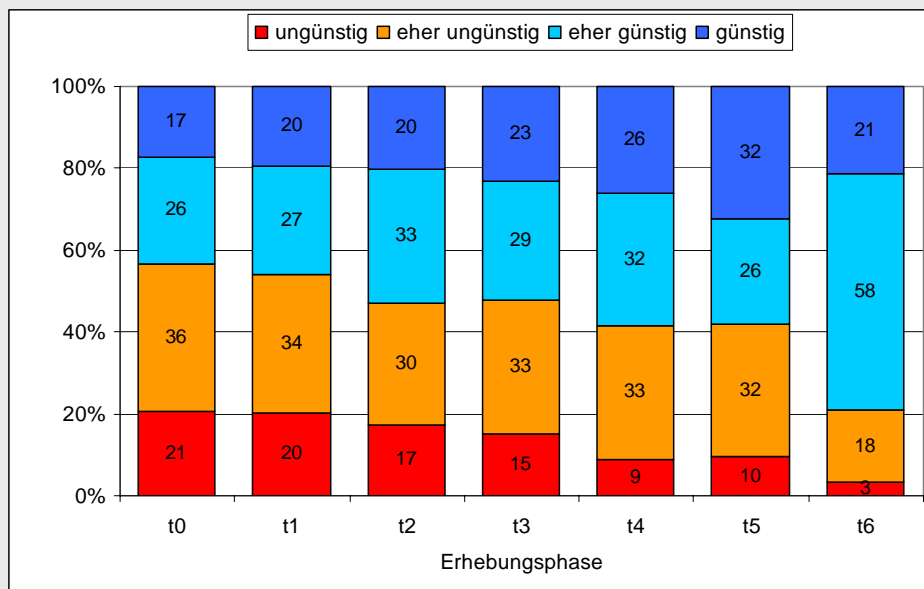
Abbildung 9-4



Der Anteil der Teilnehmer mit einem für die häusliche Versorgung eher günstigen Umfeld ist im Projektverlauf gestiegen – in der Programmgruppe genauso wie in der Vergleichsgruppe.

Abbildung 9-5

Veränderung des sozialen Umfelds im Projektverlauf – Programm- und Vergleichsgruppe zusammen Programmgruppe gewichtet

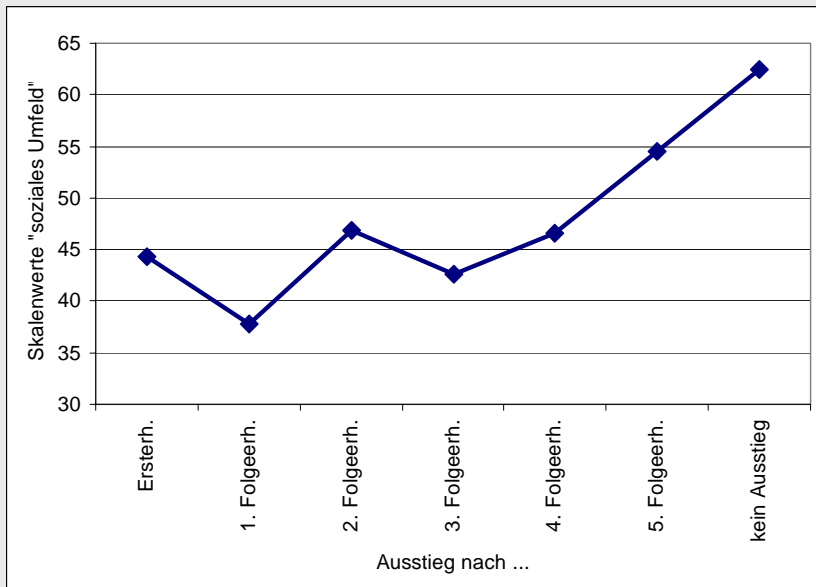


Für diese Veränderungen gibt es verschiedene Gründe: Zunächst wäre daran zu denken, dass sich die Bedingungen für eine häusliche Versorgung im Durchschnitt wirklich verbessert haben, vor allem dadurch, dass Netzwerke stabiler geworden sind. Man könnte das vielleicht sogar als einen Erfolg des Pflegebudgets verbuchen. Das wäre jedoch *keine* einleuchtende Erklärung für die beobachtbaren Anteile zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten, denn gegenüber den in der Ersterhebung klassifizierten Umfeldbedingungen gibt es für die Folgerhebungen nur bei 6 % bis 8 % der Teilnehmer Verbesserungen, aber für ungefähr genauso viele verschlechtert sich die Situation gegenüber der Ersterhebung.

Wir vermuten deshalb, dass ein wichtigerer Grund für den Anstieg der Umfeld-Skalenwerte in einem Selektionseffekt zu sehen ist: Pflegebedürftige mit einem günstigen sozialen Umfeld beenden das Projekt seltener als Pflegebedürftige mit einem ungünstigen Umfeld. Für diese Vermutung gibt es einen Beleg:

Abbildung 9-6

Selektionseffekt des sozialen Umfelds: Zeit des Ausstiegs aus dem Projekt und soziales Umfeld - Programmgruppe



Der Tendenz nach erfolgt der Ausstieg aus dem Projekt umso später, je günstiger das soziale Umfeld für eine häusliche Versorgung ist.

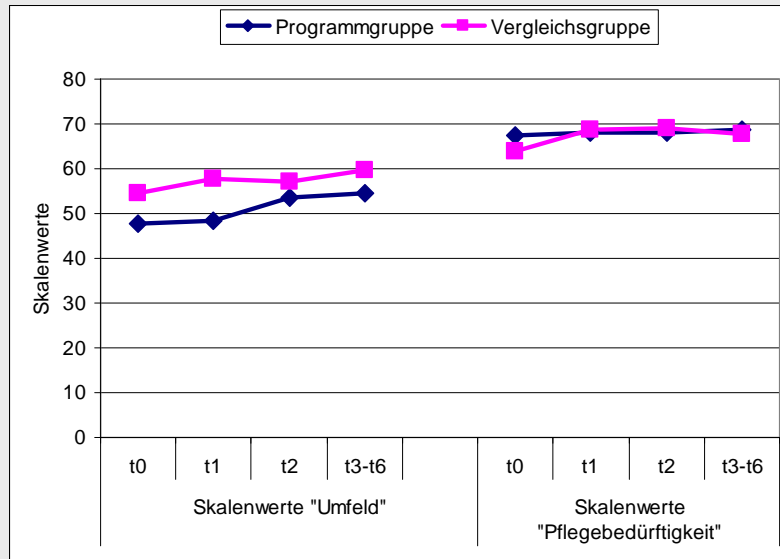
Kommt es in der Programm- und Vergleichsgruppe zu unterschiedlichen Veränderungen?

Für die Vergleichbarkeit der Entwicklungen in der Programm- und Vergleichsgruppe ist es wichtig, dass sich „Bedarf“ und „Chancen“ – Pflegebedürftigkeit und soziales Umfeld – in den beiden Gruppen in der gleichen Weise entwickeln.

Wie die folgende Abbildung zeigt, ist das weitgehend der Fall:

Abbildung 9-7

Skalen-Werte für „soziales Umfeld“ und „Pflegebedürftigkeit“ in den Projektphasen in der Programm- und Vergleichsgruppe Programmgruppe gewichtet



Anhang zu Kap.9.2: Statistische Analysen zur Veränderung des sozialen Umfelds

1. Vergleich Programm-/Vergleichsgruppe zu verschiedenen Zeitpunkten (Programmgruppe gewichtet)

	Zeitpunkt	Soziales Umfeld (Indexwerte)		Effektgröße **)	Signifikanz *)
		Programmgruppe	Vergleichsgruppe		
Vergleich 1	t0	48	54	-0,23	ss
Vergleich 4	t1	49	58	-0,33	ss
	t2	53	57	-0,15	ns
	t3-6	54	60	-0,25	ns

*) t-Test für unabhängige Stichproben: ns=nicht signifikant, s= $p < 0,05$, ss= $p < 0,01$

2. Veränderung in den Folgerhebungen gegenüber der Ersterhebung: soziales Umfeld

	Vergleich 2: Programmgruppe		Vergleich 3: Vergleichsgruppe	
	Effektgröße **)	Signifikanz *)	Effektgröße **)	Signifikanz *)
t0 - t1	-0,09	ns	-0,03	ns
t0 - t2	-0,08	ns	0,11	ns
t0 - t3-6	-0,02	ns	-0,01	ns

*) t-Test für abhängige Stichproben: ns=nicht signifikant, s= $p < 0,05$, ss= $p < 0,01$

**) zur Erläuterung vgl. Kap. 8

Folgerungen:

1. Im Hinblick auf das soziale Umfeld sind die Ausgangsbedingungen in der Programm- und Vergleichsgruppe verschieden: Die Teilnehmer in der Vergleichsgruppe verfügen im Durchschnitt häufiger über ein soziales Umfeld, das für eine häusliche Versorgung günstig ist. (Vergleich 1)
2. In der Programmgruppe ändert sich das soziale Umfeld nur wenig (berücksichtigt sind dabei nur die Teilnehmer, die sowohl an der Ersterhebung teilgenommen haben, wie auch an den Folgerhebungen). Das Pflegebudget hat keinen Einfluss darauf, ob das soziale Umfeld für eine häusliche Versorgung günstiger oder weniger günstig wird. (Vergleich 2)
3. Auch in der Vergleichsgruppe bleibt das soziale Umfeld der Teilnehmer nahezu unverändert. (Vergleich 3)
4. Nur für den Zeitpunkt der ersten Folgerhebung unterscheidet sich die Programmgruppe signifikant von der Vergleichsgruppe im Hinblick auf das soziale Umfeld. Zu den anderen Zeitpunkten der Folgerhebungen lassen sich die Unterschiede zwischen Programm- und Vergleichsgruppe vernachlässigen. (Vergleich 4)

Abschließende Kommentierung

Die für Pflegearrangements konstitutiven Bedingungen Bedarf und Chancen – Pflegebedürftigkeit und soziales Umfeld – haben sich im Projektverlauf nicht grundlegend verändert. Vermutlich beruhen die beobachtbaren Veränderungen im Wesentlichen auf Selektionseffekten: Stark pflegebedürftige Teilnehmer bleiben seltener über eine längere Zeit im Projekt als Teilnehmer mit weniger starker Pflegebedürftigkeit. Teilnehmer mit einem eher ungünstigen sozialen Umfeld beenden ihre Teilnahme früher als Teilnehmer mit einem eher günstigen sozialen Umfeld. Dabei ist der von der Pflegebedürftigkeit ausgehende Selektionseffekt vermutlich etwas schwächer als der durch das soziale Umfeld bedingte Selektionseffekt. Wichtig für die folgenden Analysen ist, dass annähernd vorausgesetzt werden kann, dass die Veränderung der beiden für Pflegearrangements konstitutiven Bedingungen Bedarf und Chancen in der Programm- und Vergleichsgruppe in der gleichen Weise verlaufen, dass die beschriebenen Selektionseffekte in beiden Gruppen vermutlich ähnlich wirksam sind.

10. Die Veränderung von Pflegearrangements durch die Einführung des persönlichen Pflegebudgets

In Teil II wurde dargelegt, wie sich im Rahmen der Begleitforschung Pflegearrangements beschreiben lassen: durch eine Hilfe-Helfer-Matrix, über die an der Versorgung beteiligten Akteure und Sektoren, über die von diesen Sektoren für die Versorgung geleistete Zeit und durch die an die Sektoren fließenden Geldzahlungen. Für diese Aspekte wird nun im Einzelnen untersucht, ob und in welche Richtung sich im Projektverlauf etwas verändert hat.

Anmerkung zur Methode und zur Darstellung

Veränderungen im Zeitverlauf innerhalb der Programm- und Vergleichsgruppe (Vergleich 2 und 3) überprüfen wir durch einen t-Test für *abhängige* Stichproben.

Unterschiede zwischen Programm- und Vergleichsgruppe innerhalb der verschiedenen Erhebungsphasen (Vergleich 4) werden durch einen t-Test für *unabhängige* Stichproben überprüft. Wenn in der Ergebnisdarstellung davon die Rede ist, dass es einen „deutlichen“, „signifikanten“, „beachtlichen“ usw. Unterschied gibt, dann bedeutet das, dass die Unterschiede bzw. Veränderungen mindestens mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % und weniger signifikant sind. Genauere Informationen dazu gibt es in dem Anhang „Statistische Analysen“ zu dem jeweiligen Kapitel.

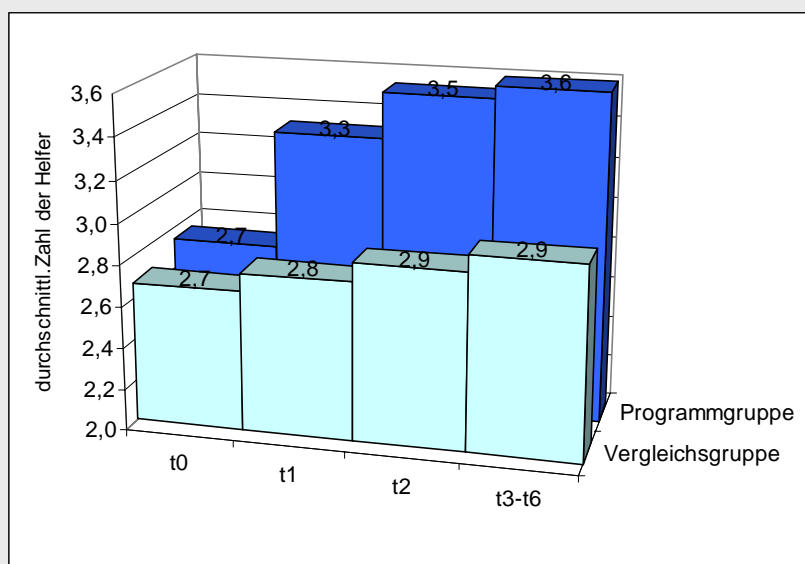
Die Analysen werden mit einer gewichteten Stichprobe durchgeführt. Die Fälle der Programmgruppe sind so gewichtet, dass die Anteile der Leistungsarten Geld-, Kombi- und Sachleistungen den Anteilen in der Vergleichsgruppe entsprechen.

10.1 Veränderung der Zahl und der Zusammensetzung der Akteure

Bei den Teilnehmern der Programmgruppe hat sich im Projektverlauf sowohl die Zahl wie auch die Zusammensetzung der Helfer signifikant verändert. In der Vergleichsgruppe kam es dagegen nicht bzw. nur zu geringfügigen Veränderungen.

Abbildung 10-1

Veränderung der Zahl der Helfer in der Programm- und Vergleichsgruppe
Programmgruppe gewichtet



Die Zahl der am Pflegearrangement beteiligten Personen stieg in der Programmgruppe von durchschnittlich 2,7 auf 3,3 nach ca. 6 Monaten (t1), ist dann in den nächsten 12 Monaten (t2) weiter leicht gestiegen und erreichte in den Erhebungsphasen 3 bis 6 einen Durchschnittswert von 3,6.

In der Vergleichsgruppe blieb die Zahl der Helfer dagegen im gesamten Projektverlauf relativ konstant.

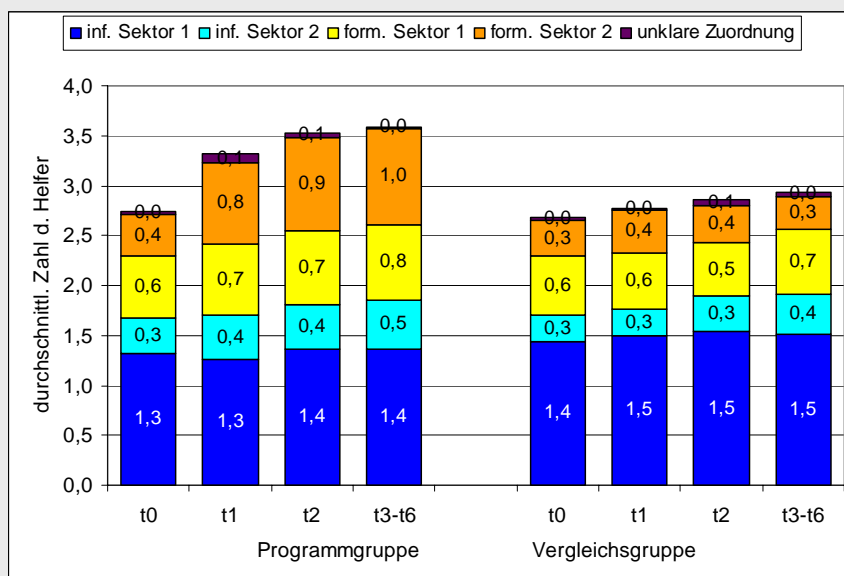
Auch die Zusammensetzung der Helfer hat sich in der Programmgruppe signifikant verändert. Das gilt jedoch nicht für Helfer aus den beiden informellen Sektoren: Sowohl die durchschnittliche Zahl der helfenden Angehörigen, wie auch die Durchschnittszahl der Helfer aus dem Kreis der Freunde, Bekannten, Nachbarn und Eh-

renamtlichen hat sich nicht, bzw. nur unwesentlich verändert. Diese Sektoren sind bei den Budgetnehmern auch annähernd genauso an der Pflege beteiligt wie bei den Teilnehmern der Vergleichsgruppe.

Leicht gestiegen gegenüber der Ersterhebung ist in der Programmgruppe jedoch die durchschnittliche Zahl der Akteure mit pflegfachspezifischer Ausbildung: Pflegekräfte und Beschäftigte von Pflegediensten. Am deutlichsten zugenommen hat aber die durchschnittliche Zahl der Akteure aus dem formellen Sektor 2. Helfer ohne pflegfachspezifische oder medizinische Ausbildung waren bei den Budgetnehmern im Projektverlauf zunehmend mehr am Pflegearrangement beteiligt. Für die Vergleichsgruppe lässt sich eine derartige Veränderung dagegen nicht beobachten. Die Zusammensetzung der am Pflegearrangement beteiligten Akteure bleibt über den ganzen Projektverlauf nahezu konstant.

Abbildung 10-2

Veränderung der Zusammensetzung der Helfer in der Programm- und Vergleichsgruppe Programmgruppe gewichtet



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

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

Anhang zu Kap. 10.1 Statistische Analysen zur Veränderung der Anzahl und Zusammensetzung von Helfern in der Programm- und Vergleichsgruppe

A. Zahl der Helfer

1. Vergleich Programm-/Vergleichsgruppe zu verschiedenen Zeitpunkten (Programmgruppe gewichtet)

	Zeitpunkt	Durchschnittliche Zahl der Helfer		Effektgröße ^{**)}	Signifikanz ^{*)}
		Programmgruppe	Vergleichsgruppe		
Vergleich 1	t0	2,75	2,68	0,03	ns
Vergleich 4		Standardisierte Kennwerte für die Zahl der Helfer ^{**)}			
	t1	104	85	0,38	ss
	t2	104	80	0,48	ss
	t3-6	104	79	0,50	ss

^{*)} t-Test für unabhängige Stichproben: ns=nicht signifikant, s=p<0,05, ss=p<0,01

^{**)} vgl. dazu die Erläuterungen in Kap. 8

2. Veränderung in den Folgerhebungen gegenüber der Ersterhebung: durchschnittliche Zahl der Helfer

	Vergleich 2: Programmgruppe		Vergleich 3: Vergleichsgruppe	
	Effektgröße ^{**)}	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße ^{**)}	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	-0,42	ss	-0,10	ns
t0 - t2	-0,59	ss	-0,14	ns
t0 - t3-6	-0,75	ss	-0,36	ns

^{*)} t-Test für abhängige Stichproben: ns=nicht signifikant, s=p<0,05, ss=p<0,01

^{**)} zur Erläuterung vgl. Kap. 8

Folgerungen:

1. Im Hinblick auf die Zahl der am Pflegearrangement beteiligten Akteure sind die Ausgangsbedingungen in der Programm- und Vergleichsgruppe im Wesentlichen gleich. (Vergleich 1)
2. In der Programmgruppe nimmt die Zahl der Helfer im Projektverlauf deutlich zu. (Vergleich 2)
3. In der Vergleichsgruppe ist eine ähnliche Entwicklung nicht beobachtbar. Die geringen Veränderungen sind nicht signifikant. (Vergleich 3)
4. Zu den verschiedenen Zeitpunkten der Folgerhebungen sind die Unterschiede in der durchschnittlichen Zahl der Helfer zwischen Programm- und Vergleichsgruppe beträchtlich und nehmen im Projektverlauf auch zu. (Vergleich 4)

B. Zusammensetzung der Helfer

1. Vergleich Programm-/Vergleichsgruppe zu verschiedenen Zeitpunkten (Programmgruppe gewichtet)

Informeller Sektor 1	Zeitpunkt	Durchschnittliche Zahl der Helfer		Effektgröße **)	Signifikanz *)
		Programmgruppe	Vergleichsgruppe		
Vergleich 1	t0	1,32	1,44	-0,11	ns
Vergleich 4		Standardisierte Kennwerte für die Zahl der Helfer **)			
	t1	98	107	-0,18	ns
	t2	99	103	-0,08	ns
	t3-6	99	105	-0,12	ns
Informeller Sektor 2		Durchschnittliche Zahl der Helfer			
Vergleich 1	t0	0,35	0,27	0,15	ns
Vergleich 4		Standardisierte Kennwerte für die Zahl der Helfer **)			
	t1	103	91	0,24	s
	t2	101	94	0,14	ns
	t3-6	101	96	0,10	ns
formeller Sektor 1		Durchschnittliche Zahl der Helfer			
Vergleich 1	t0	0,63	0,59	0,06	ns
Vergleich 4		Standardisierte Kennwerte für die Zahl der Helfer **)			
	t1	102	91	0,22	s
	t2	103	87	0,32	s
	t3-6	102	87	0,30	ns
formeller Sektor 2		Durchschnittliche Zahl der Helfer			
Vergleich 1	t0	0,41	0,35	0,10	ns
Vergleich 4		Standardisierte Kennwerte für die Zahl der Helfer **)			
	t1	106	78	0,56	ss
	t2	107	66	0,82	ss
	t3-6	106	66	0,80	ss

*) t-Test für unabhängige Stichproben: ns=nicht signifikant, s=p<0,05, ss=p<0,01

**) vgl. dazu die Erläuterungen in Kap.8

2. Veränderung in den Folgerhebungen gegenüber der Ersterhebung: Zusammensetzung der Helfer nach Sektoren

Inform. Sektor 1	Vergleich 2: Programmgruppe		Vergleich 3: Vergleichsgruppe	
	Effektgröße ^{**)}	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße ^{**)}	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	0,03	ns	-0,06	ns
t0 - t2	-0,08	ns	-0,07	ns
t0 - t3-6	-0,01	ns	-0,02	ns
Inform. Sektor 2	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	-0,11	s	0,02	ns
t0 - t2	-0,12	s	-0,06	ns
t0 - t3-6	-0,18	s	-0,10	ns
Form. Sektor 1	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	-0,17	ss	-0,02	ns
t0 - t2	-0,19	ss	0,07	ns
t0 - t3-6	-0,40	ss	-0,10	ns
Form. Sektor 2	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	-0,53	ss	-0,21	s
t0 - t2	-0,74	ss	-0,15	ns
t0 - t3-6	-0,76	ss	-0,26	ns

^{*)} t-Test für abhängige Stichproben: ns=nicht signifikant, s= $p < 0,05$, ss= $p < 0,01$

^{**)} zur Erläuterung vgl. Kap. 8

Folgerungen:

1. Hinsichtlich der Zusammensetzung der am Pflegearrangement beteiligten Akteure sind die Ausgangsbedingungen zum Zeitpunkt der Ersterhebung für die Programm- und für die Vergleichsgruppe im Wesentlichen gleich. (Vergleich 1)
2. In der Vergleichsgruppe verändert sich die Zusammensetzung der Helfer im Projektverlauf praktisch nicht. Die Effektgrößen sind durchweg niedrig und für die meisten Vergleiche nicht signifikant. (Vergleich 3)
3. Für die Programmgruppe ändert sich vor allem und sehr deutlich die im Durchschnitt zunehmende Zahl der Akteure aus dem formellen Sektor 2: sonstige berufliche und kommerzielle Anbieter. Auch die durchschnittliche Zahl der Helfer aus dem informellen Sektor 2 (Bekannte, Nachbarn, Freunde, Ehrenamtliche) steigt signifikant, allerdings sind die Effektgrößen sehr niedrig. Eine hochsignifikante Zunahme ist in der Programmgruppe auch für Akteure aus dem formellen Sektor 1 (Pflegefachkräfte, -dienste) beobachtbar. Die Effektgrößen liegen jedoch im unteren bis mittleren Bereich, so dass diese Veränderung nicht überbewertet werden sollte. (Vergleich 2)
4. Deutliche und hochsignifikante Unterschiede zwischen Programm- und Vergleichsgruppe in den Folgerhebungen, die auf einen beachtlichen Effekt des Pflegebudgets schließen lassen, gibt es vor allem für die durchschnittliche Zahl der Akteure des formellen Sektor 2 (sonstige berufliche und kommerzielle Anbieter). (Vergleich 4)

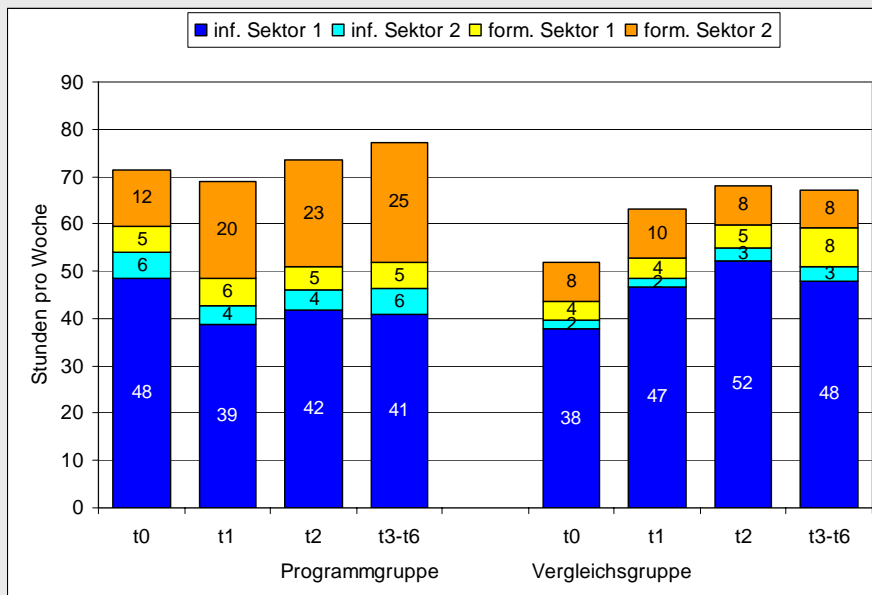
10.2 Veränderung der Zeitbeiträge der Sektoren zum Pflegearrangement

Eine ganz ähnliche Entwicklung wie für die Zusammensetzung der am Pflegearrangement beteiligten Helfer lässt sich für die Veränderung der Zeitstruktur der Pflegearrangements beobachten: Wenig Veränderungen für die Vergleichsgruppe, der Tendenz nach jedoch eine leichte Zunahme der von Angehörigen geleisteten Zeit.

Für die Budgetnehmer gibt es dagegen ganz erhebliche Veränderungen. Diese betreffen jedoch nicht alle Sektoren gleichmäßig. Die durchschnittliche Zeit, die von Bekannten, Freunden, Nachbarn und Ehrenamtlichen in die Versorgung investiert wird, bleibt praktisch konstant. Auch die von Fachkräften und Pflegediensten nachgefragte Zeit verändert sich nur wenig. Für die von Angehörigen geleistete Zeit ist eine geringe Abnahme beobachtbar: von 48 Stunden pro Woche auf 39 bis 41 Stunden je nach Erhebungsphase.

Abbildung 10-3

Veränderung der Zeitbeiträge der Sektoren zum Pflegearrangement in der Programm- und Vergleichsgruppe
Programmgruppe gewichtet



Außerordentlich deutliche Veränderungen gibt es aber für die Zeit des formellen Sektor 2: Die von sonstigen beruflichen und kommerziellen Anbietern nachgefragte Zeit

steigt im Projektverlauf von durchschnittlich 12 Stunden pro Woche beim Eintritt in das Projekt auf mehr als das Doppelte – auf rund 25 Stunden pro Woche – gegen Ende der Laufzeit.

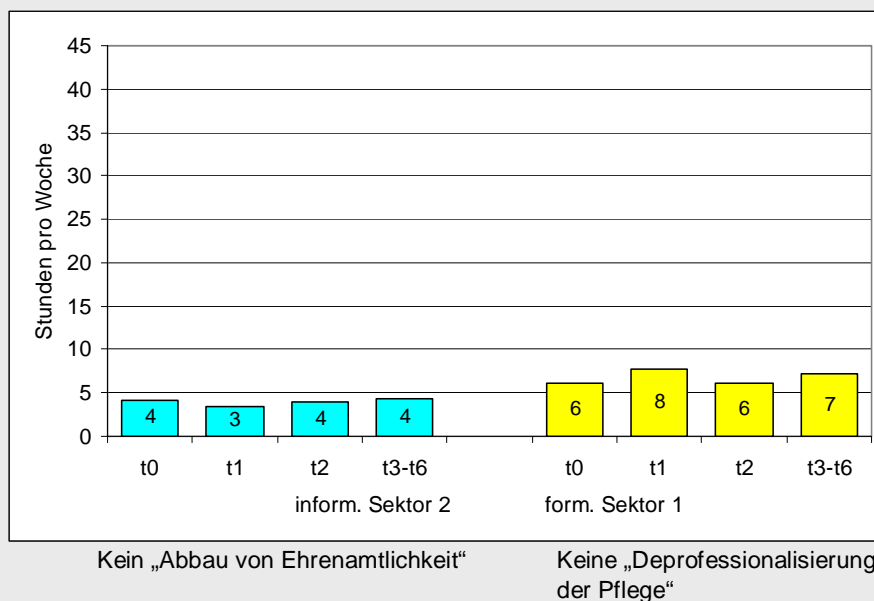
Entwicklungen innerhalb der Programmgruppe (ungewichtete Stichprobe)

Bei dieser noch sehr allgemeinen Betrachtung lassen sich für die Programmgruppe die folgenden Trends beschreiben:

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

Abbildung 10-4

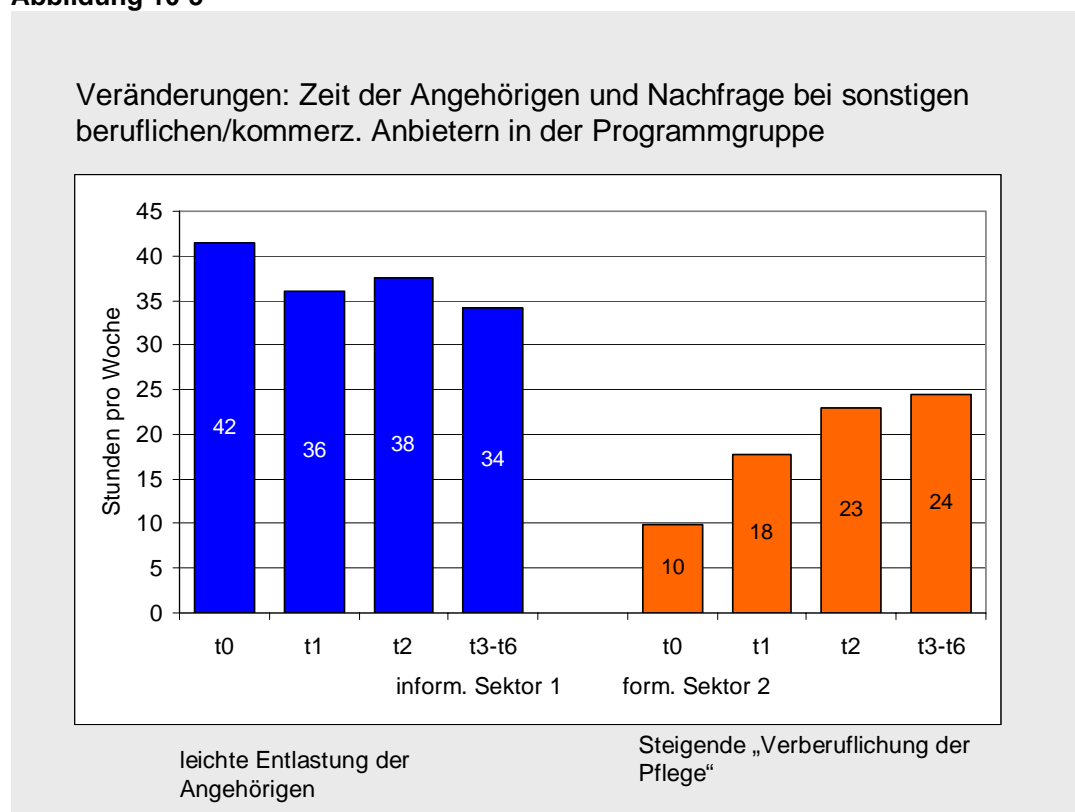
Keine Veränderungen: Zeit der Freunde, Nachbarn, Bekannten, Ehrenamtlichen und Zeit der Fachkräfte/ Pflegedienste in der Programmgruppe



2. Es kommt nicht zu einer „Deprofessionalisierung der Pflege“: Das Volumen der von Pflegediensten und qualifizierten Fachkräften nachgefragten Zeit verändert sich im Projektverlauf nicht.
3. Es kommt zu einer leichten Entlastung der Angehörigen: Die von Angehörigen geleistete Zeit verringert sich etwas von 42 Stunden pro Woche auf 34 bis 36 Stunden.

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

Abbildung 10-5



Bevor die Bedeutung dieser Veränderung ausführlicher kommentiert wird, werden in den folgenden Abschnitten Belege dafür vorgelegt, welche Wirkungen das Pflegebudget unter unterschiedlichen Bedingungen entfaltet.

Anhang zu Kap. 10.2: Statistische Analysen zur Veränderung von Pflegearrangements unter Zeitgesichtspunkten

Durchschnittliche Zeitbeiträge der Sektoren zum Pflegearrangement

1. Vergleich Programm-/Vergleichsgruppe zu verschiedenen Zeitpunkten (Programmgruppe gewichtet)

Informeller Sektor 1	Zeitpunkt	Durchschnittlicher Zeitbeitrag (Stunden pro Woche)		Effektgröße **)	Signifikanz *)
		Programmgruppe	Vergleichsgruppe		
Vergleich 1	t0	48	38	0,17	s
Vergleich 4		Standardisierte Kennwerte für den Zeitbeitrag **)			
	t1	97	111	-0,28	ss
	t2	97	115	-0,36	ss
	t3-6	97	115	-0,40	s
Informeller Sektor 2		Durchschnittlicher Zeitbeitrag (Stunden pro Woche)			
Vergleich 1	t0	6	2	0,22	s
Vergleich 4		Standardisierte Kennwerte für den Zeitbeitrag **)			
	t1	101	97	0,08	ns
	t2	97	102	-0,10	ns
	t3-6	99	105	-0,12	ns
formeller Sektor 1		Durchschnittlicher Zeitbeitrag (Stunden pro Woche)			
Vergleich 1	t0	5	4	0,06	ns
Vergleich 4		Standardisierte Kennwerte für den Zeitbeitrag **)			
	t1	101	97	0,08	ns
	t2	100	101	-0,02	ns
	t3-6	99	105	-0,12	ns
formeller Sektor 2		Durchschnittlicher Zeitbeitrag (Stunden pro Woche)			
Vergleich 1	t0	12	8	0,12	ns
Vergleich 4		Standardisierte Kennwerte für den Zeitbeitrag **)			
	t1	103	89	0,28	ss
	t2	105	79	0,52	ss
	t3-6	103	82	0,42	ss

*) t-Test für unabhängige Stichproben: ns=nicht signifikant, s= $p < 0,05$, ss= $p < 0,01$

**) vgl. dazu die Erläuterungen in Kap. 8

2. Veränderung in den Folgeerhebungen gegenüber der Ersterhebung: Zeitbeitrag der Sektoren am Pflegearrangement

Inform. Sektor 1	Vergleich 2: Programmgruppe		Vergleich 3: Vergleichsgruppe	
	Effektgröße ^{**)}	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße ^{**)}	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	0,14	ss	-0,17	ns
t0 - t2	0,12	s	-0,28	s
t0 - t3-6	0,25	ss	-0,22	ns
Inform. Sektor 2	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	0,09	ns	-0,03	ns
t0 - t2	0,12	s	-0,03	ns
t0 - t3-6	0,14	ns	-0,12	ns
Form. Sektor 1	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	0,02	ns	-0,07	ns
t0 - t2	0,06	ns	0,22	ns
t0 - t3-6	0,08	ns	-0,43	s
Form. Sektor 2	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	-0,25	ss	-0,03	ns
t0 - t2	-0,40	ss	0,12	ns
t0 - t3-6	-0,41	ss	-0,07	ns

^{*)} t-Test für abhängige Stichproben: ns=nicht signifikant, s= $p < 0,05$, ss= $p < 0,01$

^{**)} vgl. dazu die Erläuterungen in Kap. 8

Folgerungen:

1. Hinsichtlich der Zeitbeiträge der am Pflegearrangement beteiligten Sektoren gibt es signifikante Unterschiede in den Ausgangsbedingungen zwischen der Programm- und der Vergleichsgruppe. In der Programmgruppe sind die beiden informellen Sektoren im Durchschnitt stärker an der Pflege beteiligt als in der Vergleichsgruppe. Die Effektgrößen liegen jedoch im unteren bis mittleren Bereich. (Vergleich 1)
2. In der Vergleichsgruppe verändern sich die Zeitbeiträge der Sektoren im Projektverlauf nur wenig. Die Effektgrößen sind durchweg niedrig und für die meisten Vergleiche nicht signifikant. In den Folgeerhebungen 3 bis 6 nimmt allerdings der Zeitbeitrag des formellen Sektor 1 (Pflegedienste, -fachkräfte) gegenüber der Ersterhebung deutlich zu. (Vergleich 3)
3. Für die Programmgruppe ändert sich vor allem und sehr deutlich die im Durchschnitt von Akteuren aus dem formellen Sektor 2 (sonstige berufliche und kommerzielle Anbieter) geleistete Zeit. Die Unterschiede in den Folgeerhebungen gegenüber der Ersterhebung sind hochsignifikant und auch die Effektgrößen sind beachtlich. Signifikant ist auch die Abnahme der von Angehörigen geleisteten Zeit im ganzen Projektverlauf. Die Effektgrößen liegen jedoch im unteren bis mittleren Bereich. (Vergleich 2)
4. Deutliche und hochsignifikante Unterschiede zwischen Programm- und Vergleichsgruppe in den Folgeerhebungen, die auf einen beachtlichen Effekt des Pflegebudgets schließen lassen, gibt es vor allem für die durchschnittlich von Akteuren des formellen Sektor 2 (sonstige berufliche und kommerzielle Anbieter) und für die von Angehörigen geleistete Zeit. (Vergleich 4)

10.3 Effekte des Pflegebudgets unter Berücksichtigung der vor Eintritt in das Projekt gewählten Leistungsart

Die Analysen in Teil II haben gezeigt, dass mit den Leistungsarten Geld-, Kombi- und Sachleistungen ganz bestimmte Pflegearrangements verbunden sind, deren Unterschiedlichkeit sich durch Merkmale der Hilfe-Helfer-Matrix, wie die Zahl und Zusammensetzung der Akteure und durch die Zeitbeiträge der Sektoren beschreiben lässt. Durch die Analysen wurde außerdem deutlich, dass sich die Wahl der Leistungsarten sehr gut durch die für die Versorgungssituation grundlegenden Bedingungen Bedarf und Chancen erklären lässt. Die gewählten Leistungsarten beziehen sich auf den Versorgungsbedarf, bringen aber auch die durch das soziale Umfeld konstituierten Chancen und Restriktionen für eine häusliche Versorgung zum Ausdruck.

Es ist daher zu vermuten, dass alle diese mit der gewählten Leistungsart verbundenen Faktoren auch unter Budgetbedingungen wirksam sind. Die Ergebnisse in Teil II zeigen, dass wenn in der Vergangenheit Geldleistungen gewählt wurden, sich bis zum Eintritt in das Budgetprojekt ganz andere Versorgungsroutinen entwickelt haben als bei Pflegebedürftigen, die vorher Sachleistungen bezogen haben. Diese Routinen sind auch mit Bindungen und Verpflichtungen verbunden, die sich nicht einfach verändern oder ablösen lassen. Um diesen Faktor auszuschalten, war deshalb die ursprüngliche Idee, das Pflegebudget nur bei Neuanträgen zu erproben. Wegen der viel zu geringen Fallzahl in den Regionen erwies sich diese Konzeption jedoch als undurchführbar.

Welchen Effekt hat nun die vorher gewählte Leistungsart auf Veränderungen, die durch das Pflegebudget ausgelöst werden?

Vorbemerkungen zur Methode

Die folgenden Analysen werden nur für die Programmgruppe durchgeführt, da die hier skizzierte Fragestellung für die Vergleichsgruppe nicht sinnvoll ist. Die Analysen werden auch mit einer *ungewichteten* Stichprobe durchgeführt, da Vergleiche mit der Vergleichsgruppe nicht erforderlich sind. Berücksichtigt werden auch nur Teilnehmer aus der Programmgruppe, die vorher Geldleistungen und Sachleistungen bezogen haben. Die Empfänger von Kombileistungen werden also nicht berücksichtigt. Dazu haben wir uns entschieden, weil bei Kombileistungen der Sachleistungsanteil berücksichtigt werden müsste, was mit statistischen Methoden im Rahmen der Begleitforschung unmöglich wäre.

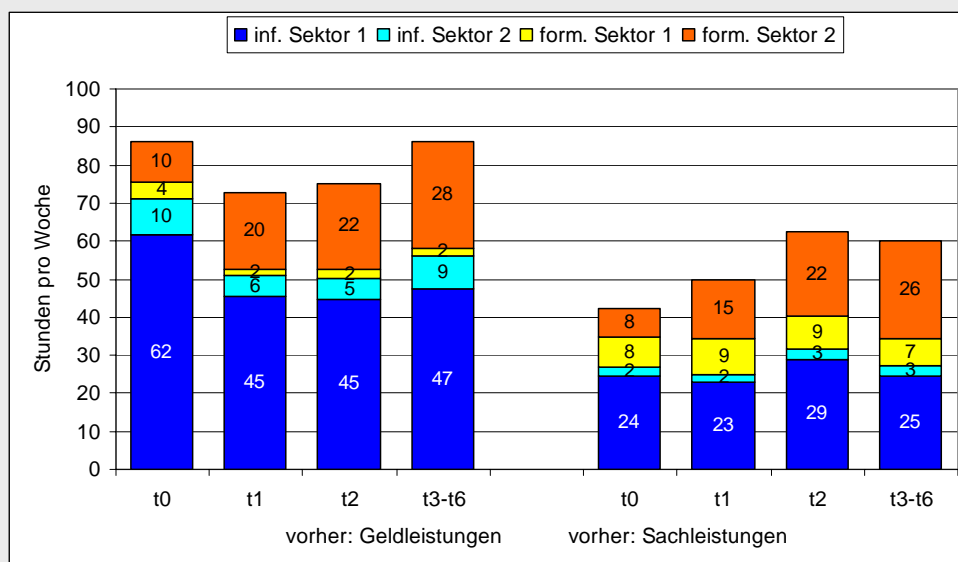
Die Analysen führen wir nur für die Zeitbeiträge der Sektoren am Pflegearrangement durch. Analysen für die Zahl und Zusammensetzung der Helfer würden keine zusätzlichen Erkenntnisse erbringen. Die Relationen und Veränderungen sind ganz ähnlich wie für die Zeitbeiträge.

Unterschiedliche und ähnliche Effekte des Budgets bei ehemaligen Geld- und Sachleistungsempfängern

Die folgende Abbildung zeigt, dass das Pflegebudget bei Geld- und Sachleistungsempfängern zum Teil ganz unterschiedliche, zum Teil aber auch ähnliche Effekte entfaltet:

Abbildung 10-6

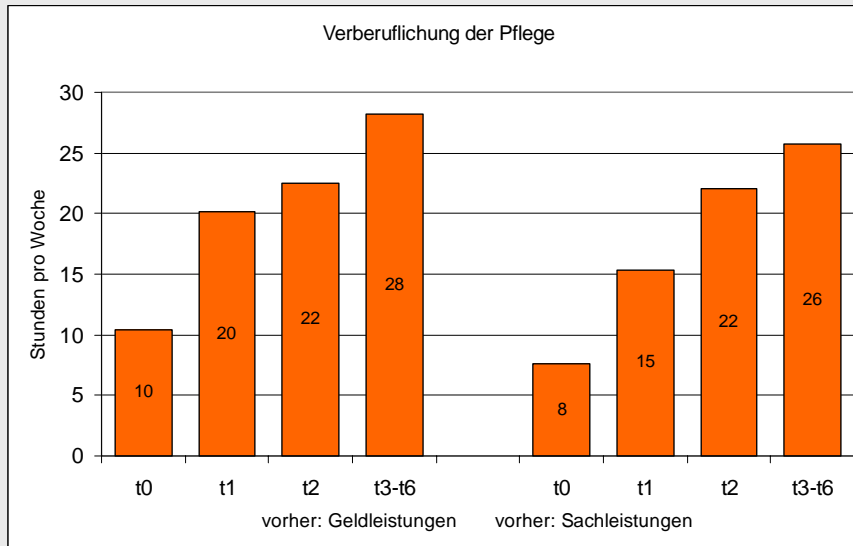
Effekte des Pflegearrangements vor Eintritt in das Projekt auf Veränderungen: Zeitveränderungen bei ehemaligen Geld- und Sachleistungsempfängern in der Programmgruppe



1. Ganz ähnlich ist bei Geld- und Sachleistungsempfängern der Trend zur „Verberuflichung der Pflege“: In beiden Gruppen steigt die Nachfrage nach Leistungen von beruflichen und kommerziellen Anbietern ohne fachspezifische Ausbildung (formeller Sektor 2) – bei den Geldleistungsbeziehern von durchschnittlich 10 Stunden pro Woche auf 28 Stunden; bei den Empfängern von Sachleistungen von 8 Stunden auf durchschnittlich 26 Stunden pro Woche.

Abbildung 10-7

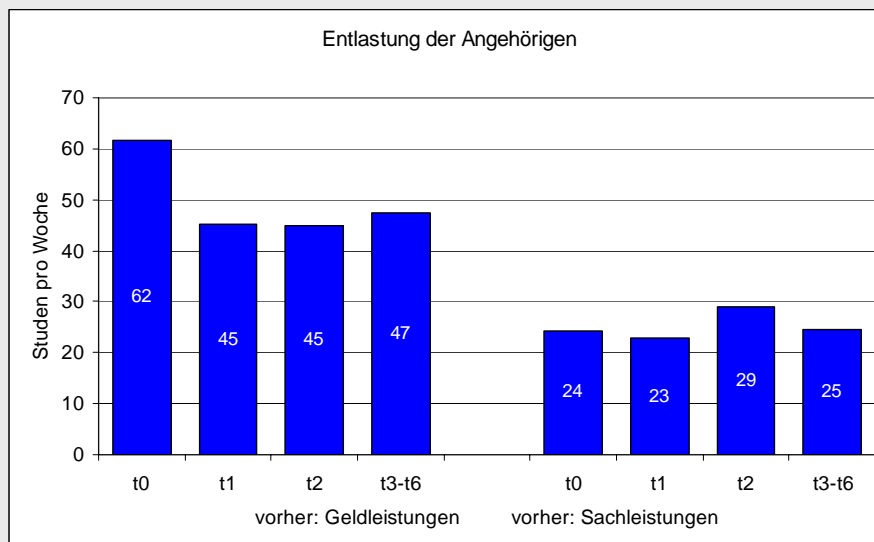
„Verberuflichung der Pflege“ durch das Budget -
vorhergehende Leistungsart: Geld- / Sachleistungen in der
Programmgruppe und Zeit des formellen Sektor 2



2. Bei den Empfängern von Sachleistungen kommt es nicht zu einer Entlastung von Angehörigen. Das Zeitvolumen des informellen Sektor 1 ist generell sehr viel geringer als bei den Geldleistungsbeziehern und bleibt nahezu konstant über den gesamten Projektzeitraum.
3. Die Entlastung der generell sehr stark involvierten Angehörigen ist bei den Geldleistungsbeziehern sehr deutlich. Die von Angehörigen geleistete Zeit sinkt von durchschnittlich 62 Stunden pro Woche auf 45 bis 47 Stunden je nach Projektphase. Diese Entlastung entsteht im Wesentlichen durch den Trend zur Verberuflichung, also durch die wachsende Nachfrage von Zeit bei Anbietern von Leistungen, die das zwar beruflich und erwerbsmäßig betreiben, aber ohne fachspezifische Ausbildung.
4. Die Nachfrage nach Leistungen von Pflegediensten und Fachkräften hatte bei Geldleistungsbeziehern nie eine sehr große Bedeutung und das ändert sich auch nicht durch das Budget. Die vom formellen Sektor 1 nachgefragte Zeit liegt je nach Zeitpunkt der Erhebung durchschnittlich zwischen 2 und 4 Stunden pro Woche.

Abbildung 10-8

Entlastung der Angehörigen durch das Budget –
vorhergehende Leistungsart: Geld- / Sachleistungen in der
Programmgruppe und Zeit des informellen Sektor 1



5. Auch die von Sachleistungsempfängern unter Budgetbedingungen von Pflegediensten und Fachkräften nachgefragte Zeit bleibt praktisch unverändert auf einem Niveau von durchschnittlich 7 bis 9 Stunden pro Woche.
6. Auch der Zeitbeitrag der Freunde, Bekannten, Nachbarn und Ehrenamtlichen bleibt in den beiden Gruppen für die ganze Projektzeit nahezu unverändert und ist bei den Beziehern von Geldleistungen deutlich höher als bei den Sachleistungsempfängern.
7. Das für die Versorgung insgesamt aufgewendete Zeitvolumen bleibt bei den Geldleistungsempfängern im Wesentlichen unverändert. Es kommt jedoch zu einer Umschichtung, zu einer Substitution von Angehörigenzeit durch die Zeit des formellen Sektor 2.
8. Bei den Sachleistungsempfängern steigt das insgesamt aufgewendete Zeitvolumen sehr deutlich – von durchschnittlich rund 40 auf ca. 60 Stunden pro Woche –, wobei diese Steigerung vor allem durch eine zunehmende Zeitanfrage bei den beruflichen und kommerziellen Anbietern ohne fachspezifische Ausbildung zustande kommt.

Anhang zu Kap. 10.3: Statistische Analysen zur Veränderung von Pflegearrangements unter Zeitgesichtspunkten – Unterschiede zwischen ehemaligen Sach- und Geldleistungsempfängern in der Programmgruppe

Durchschnittliche Zeitbeiträge der Sektoren zum Pflegearrangement

1. Vergleich Sach-/Geldleistungsempfänger in der Programmgruppe zu verschiedenen Zeitpunkten (Programmgruppe gewichtet)

Informeller Sektor 1	Zeitpunkt	Durchschnittlicher Zeitbeitrag (Stunden pro Woche)		Effektgröße ^{**}	Signifikanz [*]
		Vorher Sachleistungen	Vorher Geldleistungen		
	t0	26	63	-0,56	ss
		Standardisierte Kennwerte für den Zeitbeitrag ^{**}			
	t1	96	93	0,06	ns
	t2	98	93	0,10	ns
	t3-6	100	95	0,09	ns
Informeller Sektor 2		Durchschnittlicher Zeitbeitrag (Stunden pro Woche)			
	t0	3	10	-0,28	ss
		Standardisierte Kennwerte für den Zeitbeitrag ^{**}			
	t1	97	103	-0,11	ns
	t2	101	96	0,12	ns
	t3-6	105	102	0,05	ns
formeller Sektor 1		Durchschnittlicher Zeitbeitrag (Stunden pro Woche)			
	t0	7	4	0,15	ns
		Standardisierte Kennwerte für den Zeitbeitrag ^{**}			
	t1	113	88	0,58	ss
	t2	115	91	0,44	ss
	t3-6	107	87	0,57	ss
formeller Sektor 2		Durchschnittlicher Zeitbeitrag (Stunden pro Woche)			
	t0	7	10	-0,10	ns
		Standardisierte Kennwerte für den Zeitbeitrag ^{**}			
	t1	100	106	-0,11	ns
	t2	102	105	-0,06	ns
	t3-6	103	109	-0,11	ns

^{*}) t-Test für unabhängige Stichproben: ns=nicht signifikant, s=p<0,05, ss=p<0,01

^{**}) vgl. dazu die Erläuterungen in Kap. 8

2. Veränderung in den Folgerhebungen gegenüber der Ersterhebung: Zeitbeitrag der Sektoren – in der Programmgruppe

	Vorher: Sachleistungen		Vorher: Geldleistungen	
Inform. Sektor 1	Effektgröße ^{**)}	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße ^{**)}	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	-0,01	ns	0,27	ss
t0 - t2	-0,15	ns	0,23	ss
t0 - t3-6	-0,14	ns	0,40	ss
Inform. Sektor 2	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	-0,06	ns	0,15	s
t0 - t2	-0,07	ns	0,26	ss
t0 - t3-6	-0,08	ns	0,12	ss
Form. Sektor 1	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	-0,05	ns	0,15	ns
t0 - t2	-0,01	ns	0,10	ns
t0 - t3-6	0,14	ns	0,15	ns
Form. Sektor 2	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	-0,24	s	-0,31	ss
t0 - t2	-0,28	s	-0,45	ss
t0 - t3-6	-0,45	ss	-0,46	ss

^{*)} t-Test für abhängige Stichproben: ns=nicht signifikant, s= $p < 0,05$, ss= $p < 0,01$

^{**)} zur Erläuterung vgl. Kap. 8

Folgerungen:

1. Hinsichtlich der Zeitbeiträge der am Pflegearrangement beteiligten Sektoren gibt es in der Programmgruppe signifikante Unterschiede in den Ausgangsbedingungen zwischen den ehemaligen Beziehern von Sach- und Geldleistungen. Die ehemaligen Geldleistungsempfänger erhalten deutlich mehr Zeitzuwendungen von den beiden informellen Sektoren. Die Zeitbeiträge der beiden formellen Sektoren sind bei ehemaligen Geld- und Sachleistungsbeziehern zum Zeitpunkt der Ersterhebung ungefähr gleich.
2. Bei Sach- und Geldleistungsempfängern steigert sich der Zeitbeitrag des formellen Sektor 2 im Projektverlauf erheblich. Die Effektgrößen haben eine beachtliche Größe und sind für alle Vergleiche signifikant.
3. Bei den ehemaligen Geldleistungsbeziehern reduziert sich in der Programmgruppe der Zeitbeitrag der Angehörigen (informeller Sektor 1) sehr deutlich. Die Unterschiede in den Folgerhebungen gegenüber der Ersterhebung sind hochsignifikant und auch die Effektgrößen sind beachtlich.
4. Deutliche und hochsignifikante Unterschiede zwischen ehemaligen Sach- und Geldleistungsempfängern gibt es nur für den Zeitbeitrag des formellen Sektor 1. Die von Pflegefachkräften und -diensten geleistete Zeit ist im ganzen Projektverlauf bei den ehemaligen Sachleistungsempfängern immer deutlich höher als bei den ehemaligen Beziehern von Geldleistungen. Die vor Eintritt in das Projekt entstandenen Versorgungstraditionen haben sich in diesem Punkt nur wenig geändert.

10.4 Effekte des Budgets unter „schwierigen Bedingungen“

Die Analysen in Teil II haben deutlich gemacht, was unter „schwierigen Bedingungen“ zu verstehen ist:

1. starke Pflegebedürftigkeit
2. Demenz
3. ein für die häusliche Versorgung ungünstiges soziales Umfeld.

Eine wichtige Frage ist nun, ob das Pflegebudget unter diesen schwierigen Bedingungen eine andere Wirkung entfaltet, als unter „einfachen Bedingungen“: bei schwacher Pflegebedürftigkeit, ohne Demenz und bei einem für die häusliche Versorgung günstigen Umfeld.

Anmerkungen zur Methode

Die Frage nach der Bedeutung des Budgets für die Versorgung unter „schwierigen Bedingungen“ lässt sich nur durch multivariate Analysen beantworten: dazu müssen mehrere Variablen simultan kontrolliert werden. Für die Folgerhebungen geht das wegen der abnehmenden Fallzahlen nur durch eine stärkere Zusammenfassung der Merkmale. Wir haben die hier involvierten Variablen in der folgenden Weise zusammengefasst:

1. Die Pflegebedürftigkeitsskala wurde am Medianwert in die Kategorien „eher geringe Pflegebedürftigkeit“ und „eher starke Pflegebedürftigkeit“ zusammengefasst.
2. In der gleichen Weise wurde der Umfeldindex am Medianwert in zwei Klassen zusammengefasst: „für die häusliche Versorgung eher günstiges“ und „eher ungünstiges Umfeld“.
3. Die Erhebungsphasen 2 bis 6 mussten zusammengefasst werden. Berücksichtigt wird der Durchschnittswert aus diesen 5 Phasen.
4. Einigermaßen verlässliche Hinweise auf Demenz gibt es nur für die Programmgruppe (vgl. dazu Kap. 4).

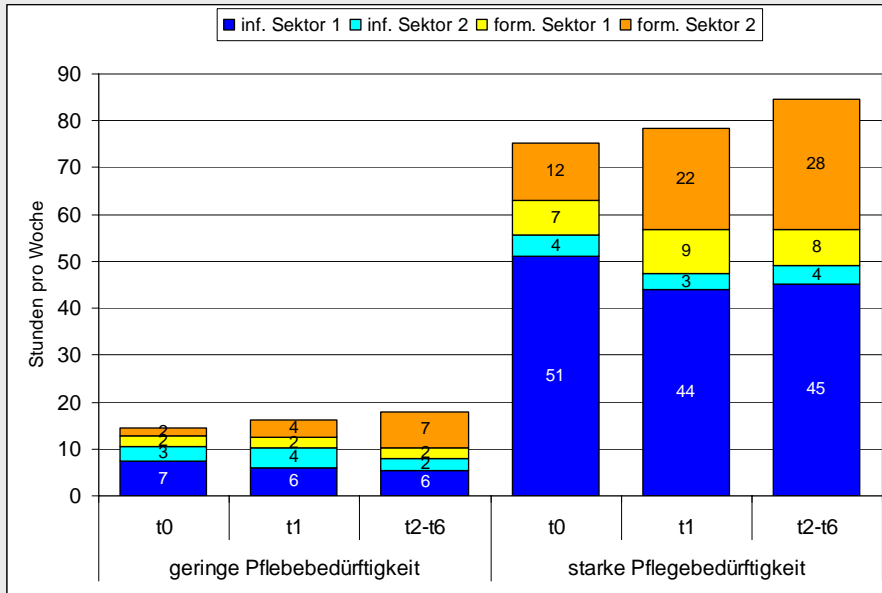
Die Analysen werden nur für die Programmgruppe durchgeführt und berücksichtigt werden nur die Zeitbeiträge der Sektoren am Pflegearrangement. Analysen für die Zahl und Zusammensetzung der Helfer würden keine zusätzlichen Erkenntnisse erbringen. Die Relationen und Veränderungen sind ganz ähnlich wie für die Zeitbeiträge.

a. Schwierige Bedingungen: starke Pflegebedürftigkeit und Demenz

Vergleicht man die Veränderungen bei „eher geringer Pflegebedürftigkeit“ mit den Veränderungen bei „eher starker Pflegebedürftigkeit“ zeigen sich deutliche Unterschiede:

Abbildung 10-9

Pflegebudget unter „schwierigen Bedingungen“: geringe vs. starke Pflegebedürftigkeit in der Programmgruppe
(jeweilige Pflegebedürftigkeit)

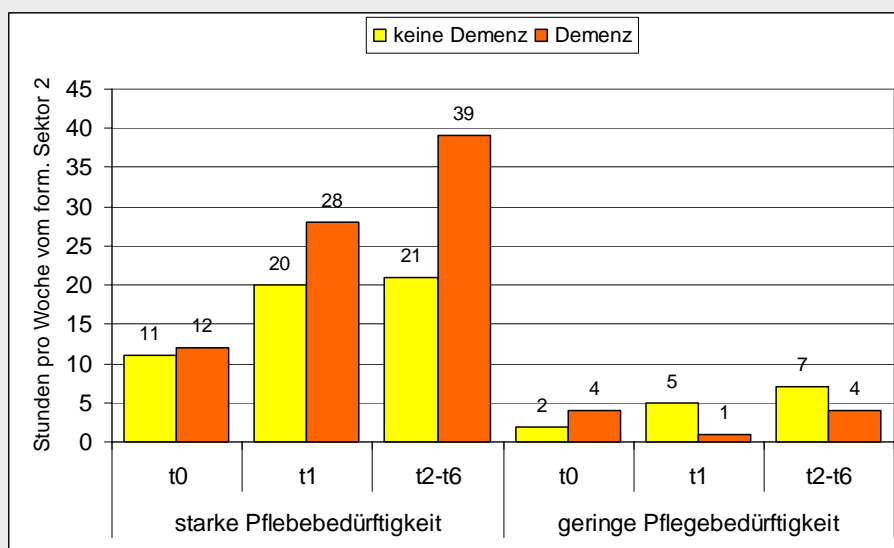


1. Bei starker Pflegebedürftigkeit ist die Entlastung der Angehörigen sehr viel deutlicher als im Durchschnitt: Die von Angehörigen geleistete Zeit verringert sich von rund 51 Stunden pro Woche auf 44 bzw. 45 Stunden. Bei schwacher Pflegebedürftigkeit kann ein solcher Effekt nicht beobachtet werden.
2. Ein Trend zur „Verberuflichung der Pflege“ kann sowohl bei leichter wie auch bei starker Pflegebedürftigkeit beobachtet werden: die von beruflichen und kommerziellen Anbietern ohne fachspezifische Ausbildung nachgefragte Zeit steigt in beiden Gruppen. Allerdings ist die Zunahme der vom formellen Sektor 2 erbrachten Zeit bei starker Pflegebedürftigkeit sehr viel deutlicher als bei schwacher Pflegebedürftigkeit. Die von diesem Sektor geleistete Zeit steigt im Projektverlauf von durchschnittlich 12 Stunden pro Woche auf fast 30 Stunden.

Der formelle Sektor 2 erfährt noch einmal einen erheblichen zusätzlichen Bedeutungszuwachs bei Pflegebedürftigen mit Demenz:

Abbildung 10-10

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



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

Bei starker Pflegebedürftigkeit ohne Demenz nimmt die Nachfrage nach Leistungen dieses Sektors zwar auch zu, aber in deutlich geringerem Maße – von durchschnittlich 11 Stunden pro Woche auf „nur“ 21 Stunden.

Bei geringer Pflegebedürftigkeit sind diese Effekte insgesamt geringer und Demenz spielt auch keine Rolle für die Veränderung der Zeitstruktur des Pflegearrangements.

Diese Ergebnisse zeigen, dass besonders für die Versorgung demenzerkrankter Pflegebedürftiger die durch das Pflegebudget eröffneten Möglichkeiten in hohem Maße attraktiv sind. Für die Versorgung können und werden offensichtlich in beträchtlichem Umfang Leistungen nachgefragt, die von Pflegediensten und Pflegefachkräften nur sehr begrenzt angeboten werden, oder einfach zu teuer sind. Wie sich im Folgenden noch zeigen wird, handelt es sich dabei vor allem um Leistungen

der Betreuung, aber auch Leistungen, die etwas mit der Sicherung von sozialer Teilhabe, mit Würde und Wellness zu tun haben.

Anhang zu Kap. 10.4 a.: Statistische Analysen zur Veränderung von Pflegearrangements unter Zeitgesichtspunkten

- Vergleich in der Programmgruppe: geringe vs. starke Pflegebedürftigkeit

Veränderung in den Folgerhebungen gegenüber der Ersterhebung: Zeitbeitrag der Sektoren am Pflegearrangement

Inform. Sektor 1	Geringe Pflegebedürftigkeit		Starke Pflegebedürftigkeit	
	Effektgröße ^{*)}	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße ^{*)}	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	0,01	ns	0,24	ss
t0 - t2-t6	-0,05	ns	0,25	ss
Inform. Sektor 2	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	-0,06	ns	0,17	s
t0 - t2-t6	0,09	ns	0,14	ns
Form. Sektor 1	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	-0,17	s	0,07	ns
t0 - t2-t6	-0,14	ns	0,12	ns
Form. Sektor 2	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	-0,25	ss	-0,28	ss
t0 - t2-t6	-0,40	ss	-0,45	ss

^{*)} t-Test für abhängige Stichproben: ns=nicht signifikant, s= $p < 0,05$, ss= $p < 0,01$

^{**)} zur Erläuterung vgl. Kap. 8

Folgerungen:

1. Bei geringer Pflegebedürftigkeit ändert sich in der Programmgruppe nur der Zeitbeitrag des formellen Sektor 2 in einer signifikanten Weise. Die Zeitbeiträge von sonstigen beruflichen und kommerziellen Anbietern, die keine Pflegedienste sind, nehmen deutlich zu.
2. Diese Entwicklung lässt sich auch für starke Pflegebedürftigkeit beobachten.
3. Bei starker Pflegebedürftigkeit reduziert sich außerdem sehr deutlich der Zeitbeitrag der Angehörigen (informeller Sektor 1).

- Vergleich in der Programmgruppe: keine Demenz - Demenz

Veränderung in den Folgerhebungen gegenüber der Ersterhebung: Zeitbeitrag der Sektoren am Pflegearrangement

Inform. Sektor 1	Keine Demenz		Demenz	
	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	0,02	ns	-0,03	ns
t0 - t2-t6	-0,02	ns	-0,17	ns
Inform. Sektor 2	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	0,12	ns	-0,10	ns
t0 - t2-t6	0,11	ns	-0,11	ns
Form. Sektor 1	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	0,06	ns	-0,18	ns
t0 - t2-t6	0,17	ns	-0,11	ns
Form. Sektor 2	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	-0,25	ss	-0,36	ss
t0 - t2-t6	-0,48	ss	-0,55	ss

^{*)} t-Test für abhängige Stichproben: ns=nicht signifikant, s= $p < 0,05$, ss= $p < 0,01$

Folgerungen:

1. Sowohl beim Fehlen von Demenz wie auch bei Demenz ändert sich nur der Zeitbeitrag des formellen Sektor 2 (sonstige berufliche und kommerzielle Anbieter) in einer signifikanten und deutlichen Weise. Die von diesem Sektor nachgefragte Zeit steigt im Projektverlauf beträchtlich.
2. Diese Entwicklung ist bei demenziell erkrankten Pflegebedürftigen deutlicher als bei Pflegebedürftigen ohne Anzeichen von Demenz.

b. Schwierige Bedingungen: ein für die häusliche Versorgung ungünstiges soziales Umfeld

In Teil II wurde durch Ergebnisse belegt, dass ein soziales Umfeld für die häusliche Versorgung unter den folgenden Bedingungen eher ungünstig ist:

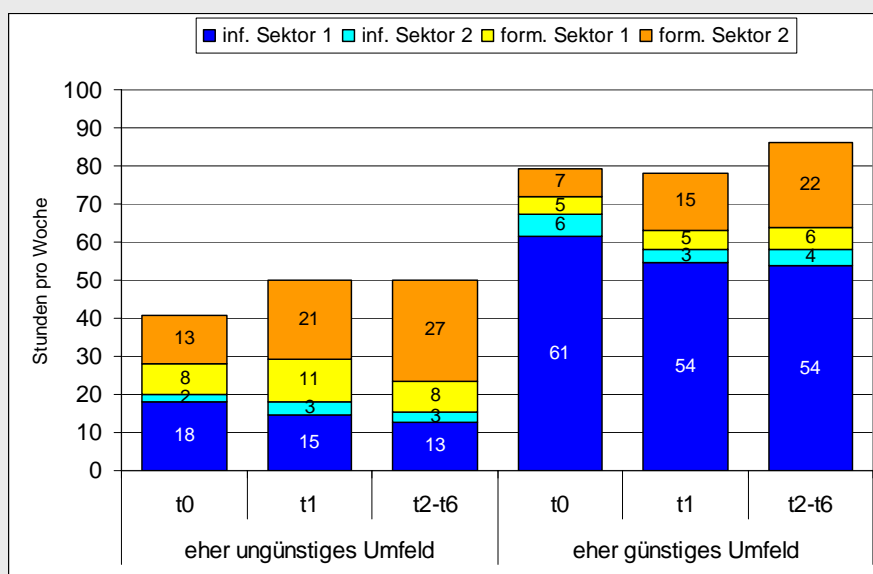
- wenn jemand in einer städtischen Region lebt
- wenn die Hauptpflegeperson einen relativ hohen sozialen Status hat
- wenn sie über einen „modernen Lebensentwurf“ verfügt
- wenn jemand nicht über ein Unterstützungsnetzwerk oder nur über ein prekäres Netzwerk verfügt

Wegen der geringen Fallzahlen in den Folgerhebungen musste unser differenzierter Index zur Klassifikation des sozialen Umfeldes nach diesen Kriterien zusammengefasst werden – in die Kategorien „eher ungünstig“ und „eher günstig“.

Aber auch mit diesen groben Einstufungen lässt sich zeigen, wie das Pflegebudget unter schwierigen Bedingungen des sozialen Umfeldes wirkt:

Abbildung 10-11

„Schwierige Bedingungen“ – Veränderung der Zeitstruktur von Pflegearrangements bei „günstigem“ und „ungünstigem“ sozialen Umfeld in der Programmgruppe (jeweiliges Umfeld)



Die zentralen Effekte sind bei ungünstigem und günstigem Umfeld ganz ähnlich – aber auf den für die beiden Umfeldtypen charakteristischen Niveaus.

1. In beiden Gruppen lässt sich eine geringe Entlastung der Angehörigen beobachten. Bei ungünstigem Umfeld sind Angehörige eher gering involviert. Ihr Zeitbeitrag verringert sich im Projektverlauf von 18 Stunden pro Woche auf durchschnittlich 13 Stunden. Bei einem günstigen Umfeld investieren Angehörige sehr viel mehr Zeit in die Versorgung. Ihr Zeitbeitrag reduziert sich im Projektverlauf von durchschnittlich 61 Stunden pro Woche auf 54 Stunden.
2. Der Trend zur „Verberuflichung der Pflege“ ist unter günstigen wie auch unter ungünstigen Bedingungen beobachtbar. Bei einem günstigen Umfeld steigt die von beruflichen und kommerziellen Anbietern ohne pflegespezifische Ausbildung geleistete Zeit von durchschnittlich 7 Stunden pro Woche auf 22 Stunden – bei einem ungünstigen Umfeld von 13 Stunden auf 27 Stunden.

Anhang zu Kap. 10.4 b.: Statistische Analysen zur Veränderung von Pflegearrangements unter Zeitgesichtspunkten
- Vergleich in der Programmgruppe: ungünstiges - günstiges soziales Umfeld

Veränderung in den Folgerhebungen gegenüber der Ersterhebung: Zeitbeitrag der Sektoren am Pflegearrangement

Inform. Sektor 1	Umfeld ungünstig		Umfeld günstig	
	Effektgröße ^{**)}	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße ^{**)}	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	0,00	ns	0,08	ns
t0 - t2-t6	-0,07	ns	0,07	ns
Inform. Sektor 2	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	-0,10	ns	0,11	ns
t0 - t2-t6	-0,14	ns	0,11	ns
Form. Sektor 1	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	-0,05	ns	0,01	ns
t0 - t2-t6	0,08	ns	-0,12	ns
Form. Sektor 2	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	-0,19	ss	-0,28	ss
t0 - t2-t6	-0,32	ss	-0,47	ss

^{*)} t-Test für abhängige Stichproben: ns=nicht signifikant, s= $p < 0,05$, ss= $p < 0,01$

^{**)} zur Erläuterung vgl. Kap. 8

Folgerungen:

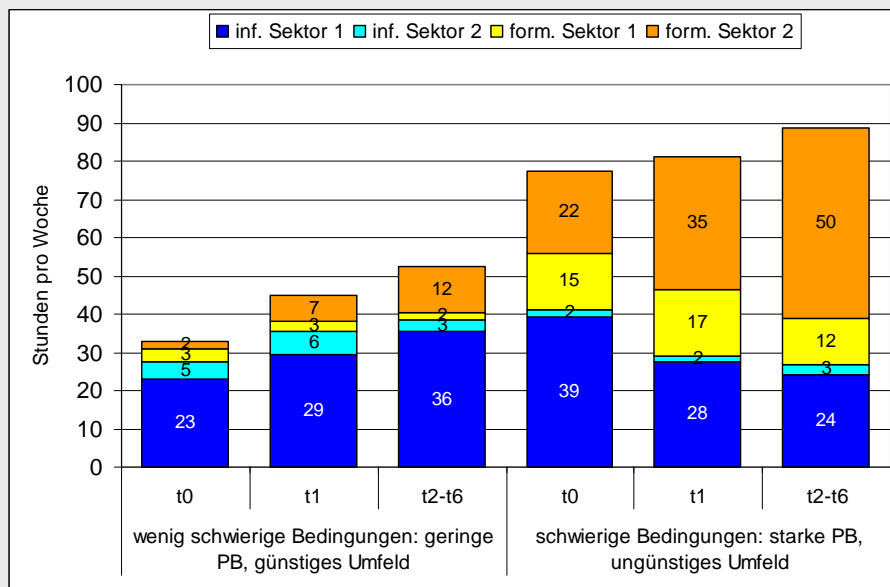
1. Sowohl bei einem günstigen wie auch bei einem ungünstigen sozialen Umfeld ändert sich nur der Zeitbeitrag des formellen Sektor 2 (sonstige berufliche und kommerzielle Anbieter) in einer signifikanten und deutlichen Weise. Die von diesem Sektor nachgefragte Zeit steigt im Projektverlauf beträchtlich.
2. Der durch das Budget ausgelöste Effekt ist bei einem günstigen Umfeld ungefähr genauso stark wie bei einem ungünstigen Umfeld.

c. Schwierige Bedingungen: die Konstellation „starke Pflegebedürftigkeit und ungünstiges Umfeld“

Besonders schwierige Bedingungen liegen sicher dann vor, wenn es um die Versorgung von jemandem mit starker Pflegebedürftigkeit in einem eher ungünstigen Umfeld geht – also bei der Kombination von hohem Versorgungsbedarf mit schlechten Versorgungschancen. Wegen der starken Zusammenfassung der zur Klassifikation benötigten Variablen – Skala Pflegebedürftigkeit und Umfeldindex – können wir die Situation der wirklich extremen Fälle mit statistischen Analysen nicht herausarbeiten. Aber auch unsere sehr breiten Kategorien vermitteln einen recht guten Eindruck, wie das Budget unter dieser für die Versorgung besonders ungünstigen Konstellation wirkt:

Abbildung 10-12

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



Bei starker Pflegebedürftigkeit unter der Bedingung eines ungünstigen sozialen Umfeldes ist der „Verberuflichungseffekt“ besonders deutlich: Die Nachfrage nach Zeit von beruflichen und kommerziellen Anbietern ohne pflegespezifische Ausbildung steigt vor allem in der ersten Phase des Projektes beträchtlich von durchschnittlich 22 Stunden pro Woche auf 35 Stunden und nimmt dann weiter auf 50 Stunden zu.

Auch der Entlastungseffekt für die Angehörigen ist unter diesen besonders schwierigen Bedingungen spürbar. Die von Angehörigen geleistete Zeit verringert sich deutlich von durchschnittlich 39 Stunden pro Woche auf 24 Stunden.

Anhang zu Kap. 10.4 c.: Statistische Analysen zur Veränderung von Pflegearrangements unter Zeitgesichtspunkten

- Vergleich in der Programmgruppe: schwierig (starke Pflegebedürftigkeit und ungünstiges Umfeld) vs. weniger schwierig (geringe Pflegebedürftigkeit und günstiges Umfeld)

Veränderung in den Folgerhebungen gegenüber der Ersterhebung: Zeitbeitrag der Sektoren am Pflegearrangement

	„schwierige Bedingungen“		„weniger schwierige Bedingungen“	
Inform. Sektor 1	Effektgröße ^{**)}	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße ^{**)}	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	0,02	ns	-0,07	ns
t0 - t2-t6	-0,14	ns	-0,11	ns
Inform. Sektor 2	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	-0,06	ns	-0,01	ns
t0 - t2-t6	-0,18	ns	0,16	ns
Form. Sektor 1	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	0,03	ns	-0,04	ns
t0 - t2-t6	0,25	ns	-0,10	ns
Form. Sektor 2	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}	Effektgröße	Signifikanz ^{*)}
t0 - t1	-0,61	ss	-0,31	ss
t0 - t2-t6	-0,49	ss	-0,52	ss

^{*)} t-Test für abhängige Stichproben: ns=nicht signifikant, s=p<0,05, ss=p<0,01

^{**)} zur Erläuterung vgl. Kap. 8

Folgerungen:

1. Sowohl unter „schwierigen“ wie auch unter „weniger schwierigen“ Bedingungen ändert sich in einer signifikanten und deutlichen Weise nur der Zeitbeitrag des formellen Sektor 2 (sonstige berufliche und kommerzielle Anbieter). Die von diesem Sektor nachgefragte Zeit steigt im Projektverlauf beträchtlich.
2. Der durch das Budget ausgelöste Effekt ist unter „schwierigen“ Bedingungen in der ersten Projektphase deutlicher als unter „weniger schwierigen“ Bedingungen. Im weiteren Projektverlauf sind die Effekte des Budgets unter beiden Bedingungen ähnlich.

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

10.5 Die Bedeutung des formellen Sektor 2 aus der Sicht der Pflegebedürftigen und in der Stellungnahme einer Akteurin aus diesem Sektor

Die deutlichsten Veränderungen durch das Pflegebudget betreffen die zunehmende Bedeutung des formellen Sektor 2 an den Pflegearrangements. Gleichgültig, welches Kriterium wir berücksichtigen, ob das die Zusammensetzung der Akteure ist, oder die von den Sektoren geleistete Zeit, oder die an die Sektoren fließenden Geldbeträge (s. dazu Kap. 10.7): Immer wird deutlich, dass in der Programmgruppe der formelle Sektor 2 im Projektverlauf zunehmend an Bedeutung gewinnt. Was steckt nun dahinter? Was für Akteure sind in diesem Sektor tätig? Was für Leistungen bieten sie an? Das wird im Folgenden ausführlicher dargelegt.

Einige Zitate aus den Fallberichten der Case Managerinnen veranschaulichen, in welcher Weise dieser formelle Sektor 2 in die Pflegearrangements integriert wird:

Zusätzlich wird nun einmal wöchentlich für drei Stunden ein Betreuungsdienst von Herrn X in Anspruch genommen. Für jeweils drei Stunden kommt ein junger Mann zu Herrn X, der mit ihm Freizeitaktivitäten von Computerspielen bis hin zu Kinobesuchen durchführt. (Unna)

Bei dem gemeinsamen Termin mit der Hilfskraft erschien Fr. H. sehr offen und vereinbarte direkt Termine zur Begleitung beim Einkaufen.

Es wurde so verblieben, dass die Hilfskraft jeden Freitag morgens 3 Std Begleitung bei Einkäufen übernehme, und nach Vereinbarung die Begleitung zu Arzt- und Therapieterminen. Außerdem schaue sie, dass für das Abendessen etwas gerichtet sei.

Sie wurde auf Minijobbasis für 5 Std die Woche eingestellt, mit der Option diese noch zu erhöhen. (Neuwied)

Herr P. wurde morgens von einem ambulanten Dienst versorgt und dies sollte auch weiterhin der Fall bleiben. Des Weiteren wurden durch den ambulanten Dienst Helferinnen eingestellt, die sich an 2 Nachmittagen zwei bis drei Stunden mit Herrn P. beschäftigten um die Tochter zu entlasten. Die Aufgaben der Helferinnen bestanden darin, Herrn P. zu beschäftigen, mit ihm spazieren zu gehen, mit ihm Gesellschaftsspiele zu spielen und sich viel mit ihm zu unterhalten. (Marburg)

Die freiberufliche Dienstleisterin war der Case Managerin bekannt und auch sie wurde mit Erfolg dem Pflegebedürftigen vorgestellt. Im Dienstleistungsvertrag konnte dann vereinbart werden, dass die Dienstleisterin täglich zur Mittagsversorgung den Pflegebedürftigen aufsucht. Herr M. kann dann ganz individuell entscheiden, bei welchen Verrichtungen des täglichen Lebens er Hilfe benötigt. Die Dienstleisterin bleibt ca. 1-2 Stunden (oder nach Bedarf länger). Der Vertrag umfasst z.B. die Hauswirtschaft, Spaziergänge, gemeinsames Einkaufen, Gesprächsführung, Arztbesuche usw. (Erfurt)

Neben dem Reinigen der Wohnung und der Wäsche, dem Einkauf und der Hilfe bei der Essenszubereitung übernimmt Frau Y. die Begleitung bei Spaziergängen oder bei Besuchen von Veranstaltungen. (Erfurt)

Die Familienpflegerin wurde von der Familie über einen Minijob angestellt. Damit ist sie in der Lage, je nach Bedarf, z.B. den festgesetzten Arztterminen, die Versorgung von Herrn W. zu gewährleisten. Durch ihre inzwischen jahrelange Kenntnis der Familienverhältnisse und der persönlichen Eigenarten des Budgetnehmers erhält dieser eine ausgesprochen individuelle Betreuung. Seinem Wunsch, von genau dieser Pflegeperson betreut zu werden, konnte mit dem Wechsel ins Pflegebudget entsprochen werden. (Annaberg)

Bemerkenswert ist zweierlei: 1. die auf diese Weise angebotenen Leistungen, die nur wenig an den Sachleistungskatalog erinnern und 2. der Stil, in dem diese Leistungen erbracht werden.

Zu 1. Als Leistungen werden in diesen Zitaten genannt:

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

Zu 2: Für den Stil der Leistungserbringung ist Folgendes charakteristisch: ein sehr hohes Maß an Flexibilität, eine starke Ausrichtung an der Situation und am Bedarf der betreuten Personen. Erkennbar ist auch, dass sich hier ein neuer Bereich von Tätigkeiten auftut, der mit wirtschaftlichen Chancen verbunden ist und – das zeigen alle Auswertungen – keine Konkurrenz für die Pflegedienste bedeutet, sondern komplementären Charakter hat.

In welcher Weise Anbieter aus dem formellen Sektor 2 etwas zur Versorgung pflegebedürftiger Menschen beitragen können, wurde immer wieder von den Betroffenen und Beteiligten ausführlich dargelegt. Exemplarisch dafür zitieren wir die engagierte Aussage eines Budgetnehmers. Der Beitrag wurde auf der Abschlussveranstaltung zum Pflegebudget in Erfurt verlesen, da Herr H. aus gesundheitlichen Gründen nicht teilnehmen konnte:

"Das geht so nicht! Wir sollen die Binden aufwickeln? Das bezahlt uns niemand!" "Transfer ohne Lifter, auch wenn Sie dadurch Ihre Kraft erhalten? Das kann uns keiner zumuten. Außerdem ist das bei uns verboten!"

"Ein Pflaster für eine wunde Stelle? Nicht ohne Verordnung!"

"Mir geht es nicht gut, heute bitte keine große Grundpflege, bitte nur kleine Wäsche." "Ist aber als Komplex zu sehen, Einzelleistung geht da nicht."

Stellen Sie sich vor, Sie müssen zur Toilette und können es nicht allein. Keiner ist da, der Ihnen helfen kann. Also müssen Sie warten, bis nach mehreren Stunden jemand vom Pflegedienst auf seiner regulären Runde kommt, um Sie auf die Toilette zu setzen. Aber ist es da nicht schon zu spät?

Ein Toilettengang außer der Reihe wurde als Notfall privat in Rechnung gestellt mit etwa 40 EUR. Kann man sich das jeden Tag leisten, nur weil man nicht 19.00 Uhr sondern vielleicht schon 14.00 Uhr muss? Ich konnte es nicht, also hieß es warten mit allen Risiken.

So sah mein typischer Pflege-Alltag aus. Die Arbeiten eines Pflegedienstes richteten sich nach Leistungskomplexen, Verordnungen, Dienstanweisungen – und nicht nach meinem Bedarf.

Es konnten nur komplexe Leistungen "gebucht" werden, Änderungen, meinem Bedarf entsprechend, waren da nicht vorgesehen.

Zeitlich war es mitunter so, dass ich mich nach den Belangen des Pflegedienstes richten musste. Es ist nicht lohnend für einen Pflegedienst, wenn die Pflegerin durch halb Erfurt fahren muss, weil ihre zu Pflegenden zu weit auseinander wohnen und nicht regional hintereinander besucht werden können.

So kam eben der Pflegedienst zu der für ihn günstigen Zeit.

„Selbstbestimmtes Leben“ sieht anders aus, als aufzustehen z. B. 8.00 Uhr, wenn der Pflegedienst im Zimmer steht, auch, wenn ich noch todmüde bin.

Ins Bett gehen – die letzte Runde des Pflegedienstes ist nun mal nicht nach 22.30 Uhr, egal ob der Film zu Ende ist oder ich Besuch habe.

Und so könnte ich noch viele Beispiele aufzählen, die alle den gleichen Inhalt haben: Wenn man behindert ist und sich nicht selbst helfen kann, ist man auf einen Pflegedienst angewiesen und auf dessen Vorschriften.

Es ist nun nicht so, dass ein Pflegedienst aus Ignoranz oder Gleichgültigkeit den Behinderten gegenüber seine Dienstleistungen nach Vorschrift ausführt. Es gibt strenge Vorgaben und das ist auch gut so, denn dadurch sichert man eine Qualität in der Pflege. Dabei ist halt nur das Problem, dass diese Pflegeangebote nie individuell genug sein können, um die Verschiedenartigkeit der Behinderungen im Detail zu würdigen. Und das ist eben die Lücke in

der Gesetzgebung.

Dieser Uniformität kann man nur entgegen treten, indem man individuelle Pflegemodelle und deren Finanzierungen anbietet, wie in diesem Fall das Pflegebudget.

Dann bekam ich die Möglichkeit, am Pflegebudget teilzunehmen.

Von da an wurde alles anders.

Es wurden mir die finanziellen Möglichkeiten zur Verfügung gestellt, um die Pflegeleistungen nach meinem Bedarf "einzukaufen".

Das heißt, ich kann mich selber darum kümmern, geeignete Pflegekräfte zu finden, die meine Bedürfnisse zum großen Teil erfüllen.

Ich bekam eine Assistentin für Menschen mit Behinderungen.

Diese Assistentin brachte mich ins Bett, wenn ich müde war und holte mich auch wieder aus dem Bett, wenn ich ausgeschlafen hatte, bereitete mir Mahlzeiten, und reichte sie, wenn ich Hunger hatte.

Sie begleitete mich zum Arzt oder auch nur auf Spaziergängen, und war für die Wohnung da. Auch leistete sie mir Gesellschaft bei Freizeitaktivitäten.

Ist das selbstbestimmtes Leben? Ja – und ja kann ich da nur sagen. Es passiert alles zu der Zeit, zu der ich es brauche.

Nun ist es, bedingt durch meine schwere Behinderung, mit einer Hilfskraft allein nicht getan.

Zum Glück für mich gab es die Möglichkeit, vom Amt für Soziales und Gesundheit, Hilfe zur Pflege – als weitere Leistung zum Pflegebudget zu bekommen.

Das bedeutete, ich hatte die finanziellen Möglichkeiten, weitere Pflegekräfte zu bekommen, die sich die Aufgaben mit den Anderen im Wechsel teilten.

So habe ich meinen Pflegealltag organisiert und optimiert, dass ich rundum bestens meinen Bedürfnissen als Behinderter entsprechend versorgt bin.

An meinem Beispiel kann man sehen, wie sinnvoll und meiner Gesundheit es sogar förderlich ist, das Pflegebudget wie beschrieben zu nutzen.

J. H. 20.03.2008

Herr H. anerkennt durchaus die Leistungen und die Kompetenz der Pflegedienste. Aber er ist dennoch unzufrieden damit: weil die Leistungen an ein enges Korsett gebunden sind, an einen festen zeitlichen Rahmen, an einen genau definierten Leistungskatalog, der nur wenig Möglichkeiten lässt, seine ganz spezifischen Bedarfslagen zu berücksichtigen. Auf diese Weise ist aus seiner Sicht eine bedarfsgerechte Versorgung und ein selbstbestimmtes Leben nicht möglich. Durch das Budget haben sich für ihn ganz andere Möglichkeiten eröffnet. Er kann nun Anbieter frei wählen und diese auch bezahlen, die flexibler auf seinen Bedarf eingehen, die z.B. Spaziergänge mit ihm unternehmen, die Wohnung in Ordnung halten und die ihm bei Freizeitaktivitäten Gesellschaft leisten. Der ohne zusätzlichen Geldaufwand erzielte Gewinn an Lebensqualität für Herrn H. ist enorm.

Ähnlich engagiert äußerte sich auf der Veranstaltung in Erfurt Frau B., eine selbständige Dienstleisterin und damit eine typische Vertreterin des formellen Sektor 2:

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Name ist... und ich freue mich heute hier zu sein, um über meine Erfahrungen im Modellprojekt Pflegebudget und damit über meine tägliche Arbeit zu berichten.

Ich bin selbständige Dienstleisterin für Betreuung und Hauswirtschaft. Diese Tätigkeit übe ich seit 1996 aus.

2005 lernte ich die Case Managerin Frau Viola Meier kennen. Durch sie erfuhr ich von einer älteren Dame, die persönliche Betreuung sucht. Zu diesem Zeitpunkt wurde die Seniorin nur von einem Pflegedienst versorgt, sie wünschte aber zusätzlich individuelle Betreuung z. B. Hilfe beim Einkaufen, gemeinsame Arztbesuche, Spaziergänge, Gespräche und Begleitung bei Behördengängen.

Die Betroffene wurde in das Projekt Pflegebudget aufgenommen. Dadurch erhielt sie einen Geldbetrag in Höhe ihrer Pflegestufe, den sie mit für ihre persönliche Betreuung verwenden konnte. Das heißt, sie konnte selbst entscheiden, was für sie wichtig ist.

In ihrem Fall hieß das: mehr Zeit für die tägliche Morgentoilette, Zeit für Gespräche und gemeinsame Besorgungen, Begleitung zu Arztbesuchen oder gemeinsame Spaziergänge.

Alles kleine Dinge finden sie!!!!

Nein!!!

Für einen älteren Menschen oder für uns, wenn wir älter werden, ist es sehr wichtig selbst zu bestimmen, wann und wie etwas geschieht.

Pflegedienste leisten eine unentbehrliche und kompetente Arbeit – fachliches Wissen ist unbedingt notwendig.

Aber ich denke, dass eine Zusammenarbeit mit den Pflegediensten, den Betreuern und den Familien eine wichtige Rolle bei der Versorgung spielt. Durch das Pflegebudget haben Pflegebedürftige die Möglichkeit für sich eine Bezugsperson zu finden, zu der sie Vertrauen haben.

Eine meiner Klientinnen sagte mir kürzlich:

„Wissen Sie Frau B., was das Gute am Pflegebudget ist? Ich kann selbst entscheiden wann-was für mich macht und mir bei den wichtigen Aufgaben meines täglichen Lebens hilft!“

Ich denke, längstmögliche Selbstbestimmung und mehr Zeit für pflegebedürftige Menschen sind durch das Projekt Pflegebudget möglich geworden.

Ich bin in der Lage, mir Zeit für die Betreuung meiner Klienten zu nehmen, denn mein Terminplan drückt nicht.

Bei zwei oder drei Klienten pro Tag ist das Thema Zeit keine Frage mehr.

Mit Herrn M., der heute als Gast im Saal mit anwesend ist, verbringe ich jeden Tag zwei Stunden. Wir gehen spazieren, ich bereite sein Mittagessen zu, kümmere mich um den Haushalt und den täglichen Einkauf.

Aber das Wichtigste sind die regelmäßigen Gespräche über alltägliche Probleme. Über die lange Zeit, die wir uns nun kennen, haben wir ein sehr vertrauensvolles Verhältnis aufgebaut.

Ich finde, dass jeder pflegebedürftige Mensch die Möglichkeit bekommen sollte, mit Hilfe und Zuwendung in seinen eigenen vier Wänden so lange wie möglich selbstständig zu leben.

Gerade deshalb wäre es gut, wenn in Zukunft das Pflegebudget von den Pflegekassen übernommen werden könnte.

Ich möchte und kann persönlich dazu beitragen, Menschen zu helfen ein selbstbestimmtes Leben zu führen.

Genau das liebe ich an meiner Arbeit.

Ich denke, warum ich das Projekt Pflegebudget sehr gut finde, habe ich ihnen, meine Damen und Herren, mit meinen Worten gesagt.

Zum Schluss möchte ich noch betonen, dass die Case Managerinnen in Erfurt sich mit sehr viel Engagement für das Projekt eingesetzt haben.

Immer wenn ich Fragen oder Probleme hatte, waren sie für die betreuten Klienten und mich da.

Das soll es kurz zu meinen Erfahrungen mit dem Projekt Pflegebudget gewesen sein.

Ich bedanke mich für ihre Aufmerksamkeit und wünsche ihnen, meine Damen und Herren, weiterhin eine interessante und informationsreiche Veranstaltung

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

10.6 Verändertes Nachfrageverhalten – neue Leistungen

Die bis jetzt vorgelegten Ergebnisse zeigen, dass sich bei den Budgetnehmern im Verlauf des Projektes die Versorgungsarrangements ganz erheblich verändert haben. Es kommt zu einer Entlastung der Angehörigen und vor allem treten durch das Budget neue Anbieter in Erscheinung, die unter dem Regime von Sach- und Geldleistungen kaum gefragt waren. Diese Änderungen sind auch besonders deutlich unter „schwierigen Bedingungen“: bei starker Pflegebedürftigkeit, bei Demenz und wenn das soziale Umfeld für eine häusliche Versorgung eher ungünstig ist. Der Bericht eines Pflegebedürftigen über seine Situation und die Darstellung der eigenen Arbeit einer Akteurin aus dem zunehmend in die Versorgung einbezogenen formellen Sektor 2 haben auch gezeigt, welche qualitativen Veränderungen mit dieser durch das Budget angeregten Entwicklung verbunden sind: mehr Flexibilität, eine größere Pluralität der Leistungserbringer, bedarfsgerechtere auf die Situation der Pflegebedürftigen besser zugeschnittene Problemlösungen. Dabei ist wichtig zu sehen, dass die Kompetenz und Leistung von Pflegediensten und Fachkräften auch weiterhin nachgefragt und geschätzt wird. Der formelle Sektor 2 substituiert nicht den formellen Sektor 1 der Fachkräfte, sondern er steht mit seinen Angeboten und Möglichkeiten in einem komplementären Verhältnis zu Pflegediensten und Fachkräften.

Wie ändert sich nun die Nachfrage nach bezahlten Leistungen, wenn Pflegebedürftige über ein persönliches Budget verfügen? Werden andere Leistungen nachgefragt, als die mit den Pflegekassen vereinbarten und als Sachleistungen kodifizierten Hilfen? Welchen Stellenwert haben unter diesen Bedingungen die Pflegedienste? Wie bedeutsam ist die Nachfrage nach Leistungen, die nicht von Pflegediensten erbracht werden? Was für Leistungen sind das? Wer sind die Anbieter dieser Leistungen? Antworten auf diese Fragen sind von einiger Bedeutung, denn durch sie lässt sich abschätzen, welche Bedarfe durch die bisherige Praxis nicht abgedeckt wurden und wie sich eine bessere Versorgung im Falle von Pflegebedürftigkeit erreichen ließe. Im Folgenden wird genauer herausgearbeitet, was hinter den durch das Pflegebudget ausgelösten Veränderungen steht:

1. Wer sind die Anbieter von Leistungen, die von Budgetnehmern verstärkt berücksichtigt werden?

2. Um was für Leistungen handelt es sich? Die Aussagen von Herrn H. und von Frau B. lassen bereits die Richtung einer Antwort erkennen. Die nun zu beantwortende Frage ist jedoch, ob diese Veränderungen eine solche Größenordnung besitzen, dass sie auch mit statistischen Methoden nachweisbar sind und sich ihre Quantität schätzen lässt.

10.6.1 Veränderte Anbieter

In den Interviews der Folgerhebungen wurde gefragt, von wem bezahlte Leistungen in Anspruch genommen werden⁶⁷. Gefragt wurde, ob Leistungen von Pflegediensten und im Rahmen der Kurzzeit-/Tagespflege in Anspruch genommen wurden und von welchen „anderen Anbietern“ zusätzlich bezahlte Leistungen nachgefragt wurden.⁶⁸ Der Effekt des Pflegebudgets für das Nachfrageverhalten wird besonders deutlich, wenn die Nachfrage nach bezahlten Leistungen durch eine Typologie beschrieben wird. Die folgenden Fälle lassen sich unterscheiden:

1. bezahlte Leistungen werden nur von Pflegediensten/Kurzzeit-/Tagespflege nachgefragt
2. bezahlte Leistungen werden von Pflegediensten/ Kurzzeit-/Tagespflege *und* anderen Anbietern nachgefragt
3. bezahlte Leistungen werden nur von anderen Anbietern nachgefragt

Für die Programmgruppe lässt sich ein eindeutiger Trend beobachten: Die Budgetnehmer nehmen in steigendem Maße Leistungen von „anderen Anbietern“ in Anspruch: Der Anteil steigt von 73 % bei der ersten Folgerhebung auf 91 % im Durchschnitt der Folgerhebungen 3 bis 6. In der Vergleichsgruppe liegt diese Quote dagegen relativ konstant bei 50 %. Bemerkenswert ist, dass die Nachfrage nach Leistungen von Pflegediensten und/oder Kurzzeitpflege in der Programmgruppe nicht rückläufig ist. Die Quote derjenigen, die Pflegedienste/Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, variiert zwischen 62 % und 66 % und ist ganz ähnlich wie in der Vergleichsgruppe (zwischen 59 % und 66 %). Für die Budgetnehmer haben die etablierten Anbieter – vor allem die Pflegedienste – jedoch ihre „monopolartige“ Stellung verloren.

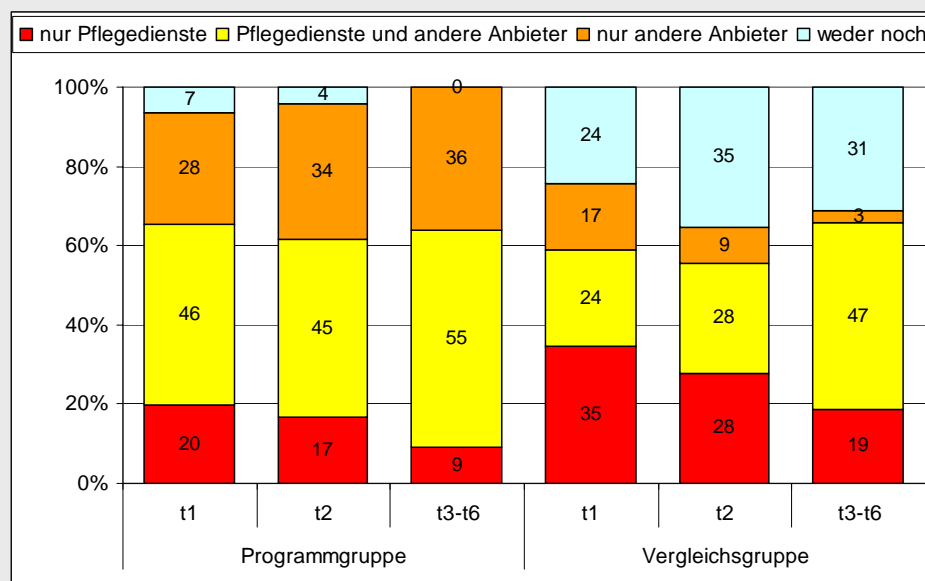
⁶⁷ Diese Fragen wurden nur in den Folgerhebungen gestellt. Vergleiche mit der Ersterhebung sind also nicht möglich und wären auch nicht sinnvoll gewesen.

⁶⁸ Bezüglich der Anteile derjenigen, die Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen Programm- und Vergleichsgruppe. Die Anteile liegen zwischen 13 % und 20 % je nach Erhebungsphase.

Der Anteil derjenigen, die *nur* Leistungen von Pflegediensten nachfragen ist von 20 % auf nur noch 9 % gesunken.

Abbildung 10-13

Anbieter von Leistungen in den Folgerhebungen – Programm-/Vergleichsgruppe (Programmgruppe gewichtet)



Ein deutlicher Unterschied zwischen Programm- und Vergleichsgruppe zeigt sich auch für die Kategorie derjenigen, die weder von Pflegediensten/Kurzzeitpflege noch von „anderen Anbietern“ bezahlte Leistungen nachfragen. Dieser Anteil ist in der Vergleichsgruppe sehr viel höher als bei den Budgetnehmern. Das lässt darauf schließen, dass ein spürbar höherer Anteil der Versorgung nicht marktmäßig, also über bezahlte Leistungen gesichert wird, sondern über die in aller Regel nicht bezahlten Leistungen von Angehörigen (informeller Sektor 1), evtl. unterstützt durch Freunde, Bekannte und Nachbarn (informeller Sektor 2).

Bereits bei dieser sehr groben Einteilung von Anbietern sind deutliche Unterschiede im Nachfrageverhalten der Budgetnehmer gegenüber den Teilnehmern der Vergleichsgruppe erkennbar und diese Unterschiede zeigen, in welche Richtung das Budget seine Wirkung entfaltet: „Andere Anbieter“ kommen stärker zum Zuge, allerdings ohne die Pflegedienste mit ihrer Fachlichkeit zu verdrängen. Die Inanspruchnahme bezahlter Leistungen von Pflegediensten ist auch in der Programmgruppe beachtlich. Allerdings haben die Pflegedienste bei den Budgetnehmern ihre Mono-

polstellung verloren. Sie müssen sehr viel stärker mit anderen Anbietern konkurrieren. Die Budgetnehmer diversifizieren ihre Nachfrage. Zusätzlich zu den Leistungen von Pflegediensten fragen sie auch Dienste von Anbietern nach, die keine Pflegedienste sind.

Wer sind die „anderen Anbieter“?

Wer die anderen Anbieter sind wurde durch eine offene Frage ermittelt, d.h. die befragten Personen konnten mit eigenen Worten darlegen, bei wem bezahlte Leistungen nachgefragt wurden. Da die Aussagen sehr unterschiedlich, vor allem auch sehr unterschiedlich in ihrer Spezifität sind, konnten nur sehr grobe Kategorien gebildet werden.

Am häufigsten werden Personen genannt: 43 % der Budgetnehmer erhalten im Projektverlauf⁶⁹ bezahlte Leistungen von Personen (48 % gewichtet): Diese Personen sind zu einem großen Teil „Geringbeschäftigte“ – „Ich-AGs“, „Minijobber“ – zu einem geringeren (zuverlässig nicht schätzbaren) Teil aber auch Voll- und Teilzeitangestellte. Hier zeigt sich der deutlichste Unterschied zur Vergleichsgruppe. Von den Teilnehmern, die das Budget nicht erhalten haben, beziehen nur 12 % bezahlte Leistungen von Personen.

16 % der Budgetnehmer erhalten bezahlte Leistungen von Organisationen, Unternehmen und/oder Vereinen. Überwiegend werden private ambulante Dienste genannt, die von den befragten Personen als „andere Anbieter“ wahrgenommen wurden. Da jedoch anzunehmen ist, dass es sich dabei um Pflegedienste handelt wurden sie bei der Auszählung zu der Frage, ob Leistungen von Pflegediensten bezogen wurden, auch als „Pflegedienste“ berücksichtigt.

Für die Kategorie der „Organisationen“ sind die Unterschiede zwischen Programm- und Vergleichsgruppe weniger deutlich.

⁶⁹ Die Unterschiede zwischen den Erhebungsphasen sind nicht sehr groß, so dass eine Differenzierung nach den Folgerhebungen nicht sinnvoll ist.

Tabelle 10-1: „andere Anbieter“ als Pflegedienste

Wer sind die „anderen Anbieter“?	Folgerhebungen 1 bis 6			
	Programm- gruppe un- gewichtet	Programm- gruppe gewich- tet	Vergleichs- gruppe	Insgesamt
Personen	43%	48%	12%	36%
darunter: Hilfskräfte: Minijobber, 400-Euro-Job, Haushaltshilfen... Voll-/ Teilzeitangestellte	34%	39%	3%	27%
darunter: Pflegefachkräfte in privatem Arbeitsverhältnis	3%	3%		2%
darunter: Therapeuten, Reha-Fachkräfte u.ä.	2%	4%	1%	2%
darunter: Freunde, Bekannte, Nachbarn	3%	3%	3%	3%
Insgesamt: Leistung von anderen Anbietern	100%	100%	100%	100%
Organisationen, Unternehmen, Verbände, Vereine	16%	16%	7%	14%
darunter: private ambulante Dienste	10%	10%	2%	8%
darunter: Wohlfahrtsverbände und deren Einrichtungen	4%	3%	1%	3%
darunter: sonstige Unternehmen (Friseur, Fleischer, Fußpflege, Reinigungsservice...)	2%	3%	2%	2%
darunter: nichtkommerziell tätige Organis., Mischformen (Kirchengemeinde, Alzheimer Gesellschaft...)	3%	2%	4%	3%
Insgesamt: Leistung von anderen Anbietern	100%	100%	100%	100%

Zusammenfassend lässt sich das veränderte Nachfrageverhalten der Budgetnehmer als zunehmende Diversifizierung, Flexibilisierung und Deregulierung beschreiben:

1. Das Budget erzeugt oder verstärkt einen Trend zur Diversifizierung der Nachfrage nach Leistungen: Das bedeutet jedoch nicht, dass organisierte Angebote bedeutungslos werden. Die Monopolstellung der Pflegedienste wird jedoch gebrochen. Neben Leistungen der organisierten Pflege werden auch in erheblichem Umfang Leistungen von flexiblen Anbietern, zu einem großen Teil von Personen in Anspruch genommen.
2. Die durch das Budget geschaffenen Chancen ermöglichen eine Flexibilisierung der Nachfrage – dadurch, dass bezahlte Personen in den Versorgungsprozess eingebunden werden, die ihre Leistungen unter wenig regulierten Bedingungen anbieten.

Dieser Trend ist für alle Folgerhebungen beobachtbar. Bei den Budgetnehmern nimmt der Anteil derjenigen ab, die Leistungen nur von Organisationen beziehen, der Anteil derjenigen, die Leistungen sowohl bei Organisationen wie auch bei Personen nachfragen, nimmt zu. Besonders deutlich steigt der Anteil der Leistungserbringer, die über „Mini-Jobs“ und „Ein-Euro-Jobs“ bezahlt werden.

10.6.2 Was für bezahlte Leistungen werden von „anderen Anbietern“ bezogen?

Wenn Leistungen von anderen Anbieter als Pflegedienste und Kurzzeitpflege bezogen werden: Was für Leistungen sind das? Gibt es Anzeichen dafür, dass die nicht bei Pflegediensten nachgefragten Leistungen auf eine ganz andere Qualität der Versorgung schließen lassen? Kommen über diese Nachfrage Dimensionen der Versorgung ins Spiel, die bisher – im System der Sachleistungen und Verrichtungen – vielleicht nicht ausreichend berücksichtigt wurden? Um darauf eine Antwort zu finden, müssen wir die nachgefragten und bezahlten Leistungen unter qualitativen Gesichtspunkten betrachten – wir müssen herausfinden, was für Leistungen das sind, die nicht bei Pflegediensten nachgefragt werden.

Dazu wurde im Interview eine offene Frage gestellt. Die befragten Personen – Pflegebedürftige oder vertraute Personen, die für sie antworten – konnten die nicht über Pflegedienste bezogenen Leistungen ausführlich beschreiben. Eine nachträgliche Kodierung zeigt, dass es im Wesentlichen um vier Gruppen von Leistungen geht:

1. Pflege im engeren Sinn
2. hauswirtschaftliche Leistungen
3. Betreuung
4. Teilhabe, Würde und Wellness

Tabelle 10-2: Nachgefragte Leistungen von „anderen Anbietern“ als Pflegediensten

nachgefragte Leistungen von Anbietern, die keine Pflegedienste sind	Folgerhebungen 1 bis 6		
	Programmgruppe gewichtet	Vergleichsgruppe	insges.
1. Pflege im engeren Sinn	49%	23%	43%
2. Hauswirtschaft	60%	21%	52%
3. Betreuung	54%	16%	46%
4. Teilhabe, Würde, Wellness	41%	16%	35%
insgesamt	100%	100%	100%
n=	379	107	486

Kategorie 1: Pflege im engeren Sinne

In diese Kategorie fallen Nennungen, die sich auf sehr spezifische pflegerische Tätigkeiten beziehen, wie z.B. Körperpflege, Waschen, Duschen, An- und Ausziehen, z.T. gab es aber auch allgemeine und umfassende Nennungen wie „Pflege“, „Grundpflege“ oder „Rundumversorgung“. Die Kategorie „Pflege“ enthält also Leistungen, die im Prinzip auch bei Pflegediensten nachgefragt werden könnten. Überraschend ist, dass diese Leistungen in relativ hohem Maße von Anbietern nachgefragt werden, die keine Pflegedienste sind – von den Budgetnehmern deutlich häufiger als von den Projektteilnehmern, die das Budget nicht erhalten.

Kategorie 2: Hauswirtschaftliche Hilfen

Auch hier wurden in vielen Fällen allgemeine Bezeichnungen genannt wie z.B. „Hauswirtschaft“, z.T. wurde das aber auch spezifiziert durch Nennungen wie „Putzen“, „Wäsche richten“ oder „Einkaufen“ – relativ häufig erwähnt wurden auch „Hausmeistertätigkeiten“, z.T. wiederum genauer benannt mit „Gartenarbeit“ oder „Reparieren“ u.ä. Wenn Leistungen nicht von Pflegediensten bezogen werden, ist das die am häufigsten genannte Kategorie, die bei den Budgetnehmern auch eine erheblich größere Bedeutung besitzt als bei den Teilnehmern der Vergleichsgruppe.

Kategorie 3: „Betreuung“

Genannt wurde hier vor allem ganz allgemein „Betreuen“. Es gab aber auch spezifischere Nennungen wie „24-Stunden-Betreuung“, „Betreuung bei Demenz“. Von der Bedeutung her ist die Abgrenzung zu den beiden vorher genannten Kategorien „Pflege“ und „hauswirtschaftliche Hilfen“ nicht immer eindeutig. Eingestuft wurde eine Aussage in diese Kategorie, wenn sie im Gespräch so genannt wurde – eine Überprüfung, ob damit auch z.B. pflegerische Tätigkeiten verbunden sind, konnte nicht vorgenommen werden.

Der Unterschied zwischen Programm- und Vergleichsgruppe ist sehr deutlich. Budgetnehmer beziehen sehr viel häufiger bezahlte Leistungen der Betreuung von Anbietern, die keine Pflegedienste sind als die Teilnehmer der Vergleichsgruppe (50 %

vs. 16 %). Die mit Betreuung verbundenen Bedarfe und Hilfen – vor allem in Fällen von Demenz – passen nicht in das den Sachleistungen zugrunde liegende Verrichtungsschema. Erst das persönliche Budget ermöglicht es, für diesen Bereich bezahlte Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Kategorie 4: Teilhabe, Würde und Wellness

Die in diese Kategorie aufgenommenen Aussagen sind einerseits sehr heterogen, andererseits hat aber alles, was dieser Kategorie zugerechnet wurde, auch einen gemeinsamen Nenner: Es handelt sich um *zusätzliche* Leistungen – um Leistungen, die in dem Sinne zusätzlich sind, dass sie in einem an Verrichtungen orientierten Begriff der Pflegebedürftigkeit und auch in den gesetzlichen Bestimmungen nicht vorkommen und deshalb über Sachleistungen auch nicht zu haben sind.⁷⁰ Gleichwohl ist aber diese Kategorie von überaus großer Bedeutung – zumindest dann, wenn wir unter Pflege eine Versorgung verstehen wollen, die hohen humanitären und ethischen Ansprüchen gerecht wird und auch dem zivilisatorischen Status unserer Gesellschaft genügen soll. Die Kategorie umfasst Aussagen über die Sicherung von Teilhabe, wie „Begleitung“, „Spaziergehen“, „Besuchen“, „Gespräche führen“. Ihr wurden Tätigkeiten zugerechnet, die darauf abzielen, der besonderen Situation eines pflegebedürftigen Menschen mit Achtung zu begegnen – Beispiel dafür ist eine Nennung wie „Biographiearbeit“. Dazu gehören auch Aussagen, die erkennen lassen, dass die je spezifischen Wünsche einer pflegebedürftigen Person beachtet werden, z.B. auch dadurch, dass man ihr die Möglichkeit gibt, sich die Haare färben zu lassen. Dazu gehören auch Nennungen wie „Massage“ oder „Fußpflege“. Auch Aussagen über rehabilitative und präventive Leistungen wurden dazu gerechnet. Beispiele sind „Gedächtnisübungen“ oder „Krankengymnastik“.

Aussagen über „Teilhabe, Würde und Wellness“ beziehen sich also auf einen sehr weiten Bereich, der sich ganz gut mit den „höheren Bedürfnissen“ von Abraham Maslow in Verbindung bringen lässt: auf Bedürfnisse nach Teilhabe, nach Anerkennung und nach Sicherung der personalen Integrität (Maslow, 1978).

⁷⁰ Zur Bedeutung dieser Kategorien vgl. T. Klie: Würdekonzept für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf, Balancen zwischen Autonomie und Sorgeskultur, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Volume 38, Nummer 4 / August 2005: „Das Doppelgesicht der Menschenwürde verlangt in besonderer Weise, sich um die Herstellung von Würde auch in Situationen zu sorgen, in denen Menschen gegebenenfalls nichts mehr bleibt als die „Autonomie des Augenblicks“ und sie verwiesen sind auf würdige Rahmenbedingungen und Würdigung in Interaktion und die Akzeptanz von Abhängigkeit. In einer solchen Akzentuierung des Würdekonzeptes und seiner Habitualisierung liegt eine der zentralen kulturellen Herausforderungen einer sich im demographischen und sozialen Wandel befindenden Gesellschaft, die ihre Solidaritätsfähigkeit unter Beweis stellen will“.

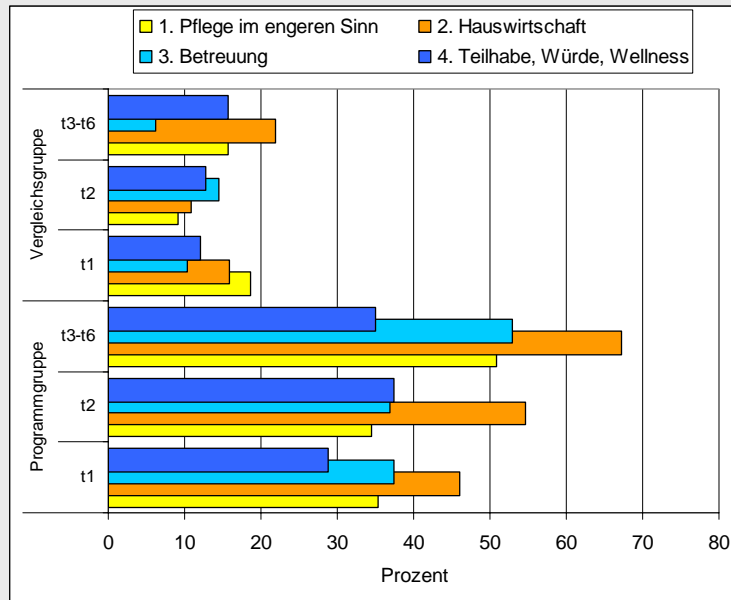
In der Vergleichsgruppe werden nur selten Leistungen aus dieser Kategorie nachgefragt. Die Budgetnehmer dagegen machen häufig Aussagen darüber, dass sie bezahlte Leistungen nachfragen, die sich der Kategorie „Teilhabe, Würde und Wellness“ zurechnen lassen. Mehr als 40 % der Budgetnehmer beziehen im Projektverlauf Leistungen aus dieser Kategorie, aber nur 16 % der Pflegebedürftigen, die nicht das Budget erhalten. Sie fragen diese Leistungen sehr viel seltener nach – wohl nicht weil sie keinen Bedarf danach haben, sondern weil ihre Möglichkeiten sehr viel schlechter sind.

Natürlich wissen wir nicht, ob Leistungen, die sich mit „Teilhabe, Würde und Wellness“ in Verbindung bringen lassen, nicht auch von den Pflegediensten im Rahmen von Sachleistungen angeboten werden. Aber unter Zeitdruck und unter den Bedingungen einer fast tayloristischen Arbeitsorganisation ist das eher unwahrscheinlich – wobei natürlich nicht auszuschließen ist, dass es in Einzelfällen und unter großem persönlichen Engagement doch dazu kommt.

Bemerkenswert ist, dass sich für die Folgerhebungen – nach ca. 12 und 18 Monaten – im Wesentlichen die gleichen Relationen beobachten lassen. In der Programmgruppe haben die Anteile aller Leistungen, die nicht von Pflegediensten nachgefragt wurden, sogar zugenommen. In der Vergleichsgruppe dagegen hat sich nicht viel verändert.

Abbildung 10-14

Leistungen von Anbietern, die keine Pflegedienste sind –
 Programm-/Vergleichsgruppe
 Programmgruppe gewichtet



Die Nachfrage nach den hier unterschiedenen Leistungsarten variiert innerhalb der Programmgruppe z.T. signifikant mit den in Teil II beschriebenen Faktoren Bedarf und Chancen:

- mit steigender Pflegebedürftigkeit *steigt* die Nachfrage nach Betreuung und Pflege im engeren Sinn
- bei Pflegebedürftigen mit Demenz ist die Nachfrage nach Betreuung erheblich größer als bei Pflegebedürftigen ohne Anzeichen von Demenz
- mit steigender Pflegebedürftigkeit *sinkt* die Nachfrage nach Leistungen, die sich der Kategorie „Teilhabe, Würde und Wellness“ zuordnen lassen
- je günstiger das soziale Umfeld für eine häusliche Versorgung ist, desto häufiger werden Leistungen der Pflege im engeren Sinn und der Betreuung nachgefragt

Die Verfügbarkeit über das persönliche Pflegebudget ist jedoch mit Abstand der beste Prädiktor, um vorherzusagen, ob bezahlte Leistungen von Anbietern nachgefragt werden, die keine Pflegedienste sind.⁷¹

⁷¹ Im Wesentlichen werden diese durch bivariate Analysen gewonnenen Ergebnisse auch durch eine multiple logistische Regression bestätigt.

10.7 Effekte des Pflegebudgets: Veränderung von Pflegearrangements unter Geldgesichtspunkten

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

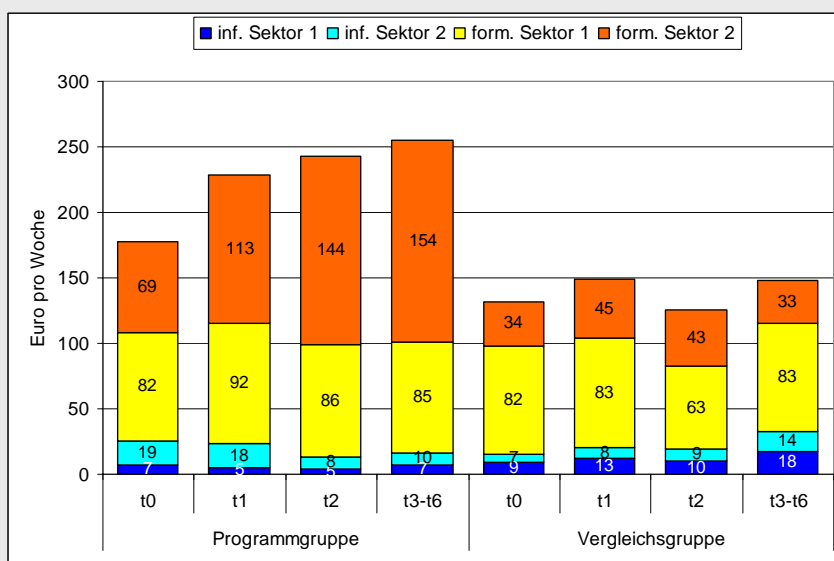
Haben sich durch das Pflegebudget nun auch Umfang und Struktur von Ausgaben für Versorgungsleistungen verändert?⁷² Diese Frage ist nicht leicht zu beantworten. Wir sind dabei auf die Auskünfte der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Hauptpflegepersonen angewiesen. Eine eigenständige Erhebung über Quittungen, Verträge oder Rechnungen war leider nicht möglich. Andererseits sind die durch Auskünfte erhobenen Informationen zuverlässig genug, um die Dimensionen von Ausgaben und Ausgabenveränderungen schätzen zu können. In Einzelfällen mag es Fehler geben, aber die Durchschnittswerte erscheinen uns doch als ziemlich zuverlässig. Das wird auch dadurch gestützt, dass sich Zusammenhänge und Abhängigkeiten in einer erwartbaren und interpretierbaren Richtung beobachten lassen. Eine andere Schwierigkeit besteht darin, dass zur Beurteilung der ökonomischen Effekte unbedingt die dem Pflegebudget vorhergehenden Leistungsarten berücksichtigt werden müssen, die in der Vergleichsgruppe ja auch die aktuellen Leistungsarten sind.

⁷² Mit dieser Frage wird sich der ZEW-Teil des Forschungsberichts sehr viel ausführlicher befassen. In einem interdisziplinären Projekt ist es aber unvermeidlich, dass fachliche Grenzziehungen nicht immer eingehalten werden können.

Die folgende Abbildung zeigt zunächst, wie sich Umfang und Struktur der wöchentlichen Geldzahlungen ohne Berücksichtigung der vorhergehenden Leistungsarten verändert haben:

Abbildung 10-15

**Veränderung von Geldzahlungen an die Sektoren
- ohne Berücksichtigung der vorhergehenden Leistungsart
Programmgruppe gewichtet**



In der Programmgruppe steigen die Ausgaben von durchschnittlich 177 Euro pro Woche auf 256 Euro. In der Vergleichsgruppe bleiben sie dagegen nahezu konstant und pendeln zwischen 130 und 150 Euro pro Woche. Auch die Struktur der Ausgaben, d.h. die Zahlungen an die verschiedenen Sektoren bleibt in der Vergleichsgruppe fast unverändert. In der Programmgruppe steigen vor allem die Zahlungen an den formellen Sektor 2 – also an die „sonstigen“ Anbieter von beruflichen und kommerziellen Leistungen. Die Zahlungen an die anderen Sektoren bleiben fast unverändert. Dieses Ergebnis zeigt noch einmal, dass der formelle Sektor 2 nicht in einem substitutiven Verhältnis zum Sektor der Fachkräfte (formeller Sektor 1) steht, sondern in einem komplementären Verhältnis: die Hilfen der Hauswirtschaftskräfte, selbständigen Dienstleister, Menüdienste, Friseure usw. ergänzen die fachliche Pflege, ersetzen sie aber nicht. Das wird daran deutlich, dass die Zahlungen an Fachkräfte und Pflegedienste nahezu konstant bleiben.

Das Ergebnis für die Programmgruppe könnte die Vermutung entstehen lassen, dass durch das Pflegebudget die Kosten gewaltig steigen. Dieser Eindruck entsteht jedoch nur deshalb, weil in die Programmgruppe auch Pflegebedürftige aufgenommen wurden, die vorher Geldleistungen bezogen haben. Der ihnen verfügbare Geldbetrag wurde auf diese Weise aufgestockt: Die ehemaligen Geldleistungsbezieher haben nun ein Budget in Höhe der Sachleistungen zur Verfügung, was natürlich dazu führt, dass die in der Programmgruppe im Durchschnitt geleisteten Zahlungen im Projektverlauf deutlich zunehmen.

Wichtig ist es deshalb, bei der Interpretation der Veränderung des Umfangs und der Struktur von Zahlungen die vorhergehende Leistungsart zu berücksichtigen.

Dabei gehen wir von der folgenden Vergleichsmatrix aus, die eine Übersicht gibt über die sinnvollen und interpretierbaren Vergleiche:

Abbildung 10-16

Vergleichsmatrix: Effekte des Budgets unter Geldgesichtspunkten – Berücksichtigung der vorhergehenden bzw. aktuellen Leistungsarten

Leistungsarten		Gruppe	
		Programm- gruppe	Vergleichs- gruppe
Vorhergehender bzw. aktueller Leistungsbezug	Sachleistungen	I	II
	Geldleistungen	III	IV

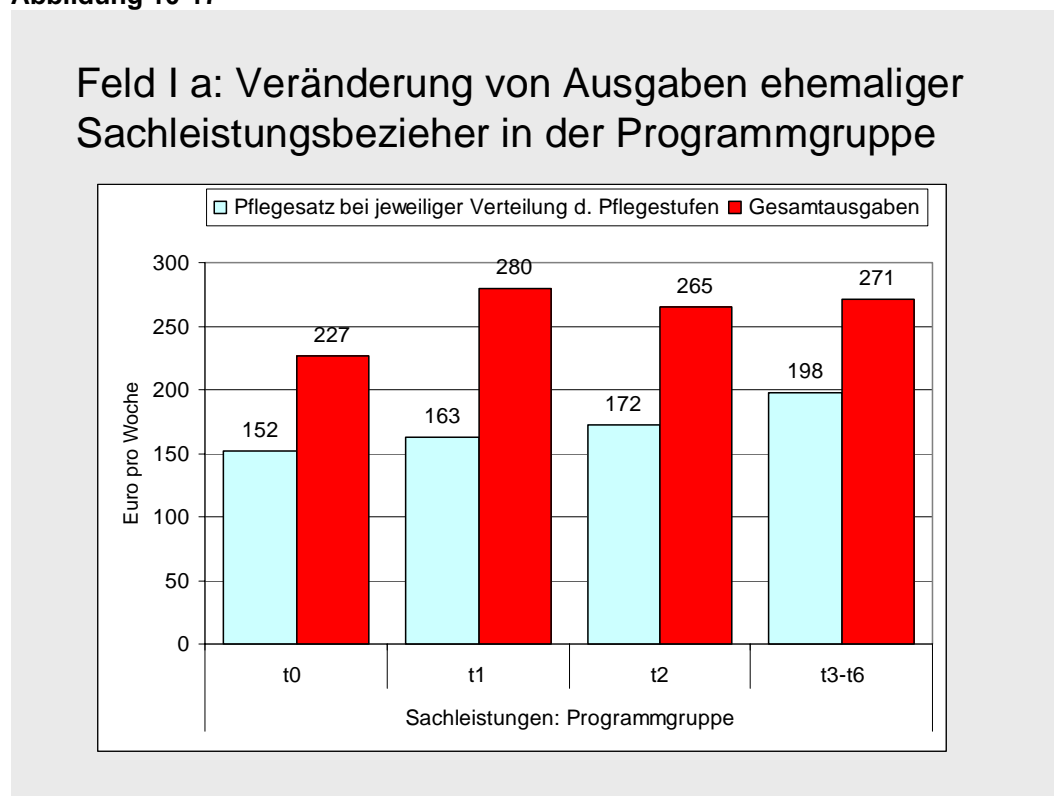
Für jedes der Felder I bis IV ist zu fragen: a. Wie die Gesamtausgaben und b. wie die Struktur der Ausgaben sich entwickelt haben.

Außerdem sollte berücksichtigt werden, in welcher Höhe Ansprüche auf Leistungen nach der Pflegeversicherung bestehen und was ergänzend als Eigenleistung erbracht wurde.

Veränderung der Gesamtausgaben bei ehemaligen Sach- und Geldleistungsempfängern in der Programmgruppe

Von einer „Kostenexplosion“ kann bei den ehemaligen Sachleistungsempfängern keine Rede sein. Die durchschnittlichen Ausgaben steigen lediglich von 227 € pro Woche zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Projekt auf 270 bis 280 €. Unter Berücksichtigung der Verteilung der Pflegestufen in dieser Gruppe und der Veränderung der Stufen im Zeitverlauf würde sich der über die Pflegeversicherung durch Sachleistungen bzw. durch das Budget finanzierte Betrag von rund 150 € pro Woche auf ca. 200 € erhöhen. Die uns berichteten tatsächlichen Ausgaben liegen in allen Phasen deutlich darüber, was so interpretiert werden kann, dass von den Pflegebedürftigen in nicht unerheblichem Umfang Leistungen aus eigenen Mitteln bezahlt werden.

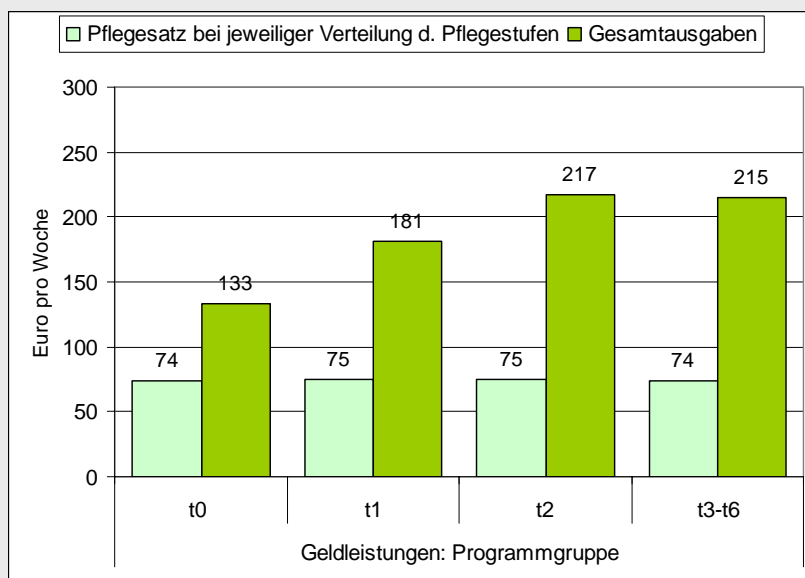
Abbildung 10-17



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

Abbildung 10-18

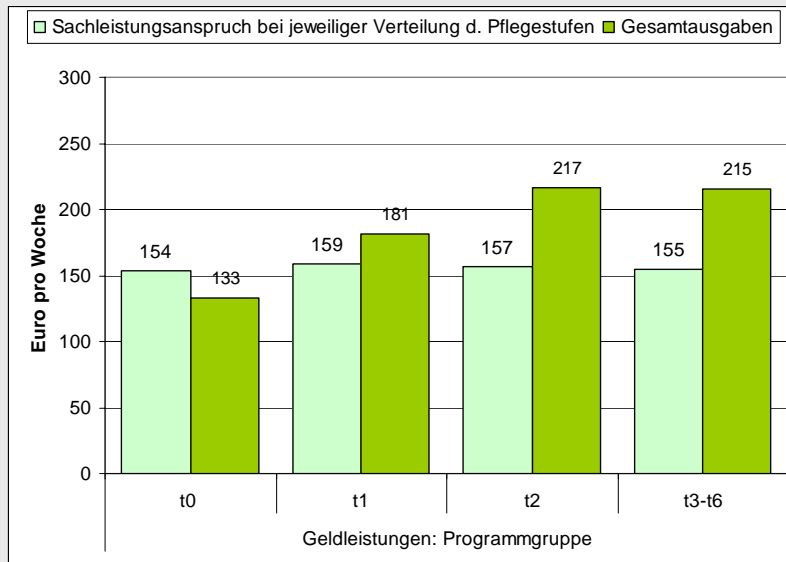
Feld III a: Veränderung von Ausgaben ehemaliger Geldleistungsbezieher in der Programmgruppe - Geldleistungsanspruch



Gegenüber der Ersterhebung steigen die Gesamtausgaben von durchschnittlich rund 130 Euro pro Woche im Projektverlauf auf durchschnittlich 215 Euro. Die Ausgaben liegen erwartungsgemäß auch erheblich über dem Anspruch auf Geldleistungen, den diese Teilnehmer hätten geltend machen können, wenn sie nicht in die Programmgruppe aufgenommen worden wären. In der Budgetgruppe haben die ehemaligen Geldleistungsempfänger jedoch Ansprüche in Höhe der Sachleistungen, die unter Berücksichtigung der Pflegestufen bei rund 160 Euro pro Woche liegen. Die berichteten Ausgaben liegen darüber, was vermuten lässt, dass Leistungen auch aus eigenen Mitteln bezahlt werden.

Abbildung 10-19

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



Veränderung der Gesamtausgaben bei Sach- und Geldleistungsempfängern in der Vergleichsgruppe

Die Gesamtausgaben der Sach- und Geldleistungsempfänger in der Vergleichsgruppe verändern sich im Projektverlauf kaum. Sie liegen bei den Sachleistungsempfängern durchschnittlich zwischen rund 170 und 190 Euro pro Woche und bei den Geldleistungsempfängern zwischen rund 100 und 115 Euro pro Woche. Die Unterschiede zwischen den Ansprüchen nach der Pflegeversicherung und den tatsächlichen Ausgaben sind auch deutlich geringer als in der Programmgruppe, was vermuten lässt, dass in spürbar geringerem Umfang Leistungen durch eigene Mittel finanziert werden.

Abbildung 10-20

Feld II a: Veränderung von Ausgaben der Sachleistungsbezieher in der Vergleichsgruppe

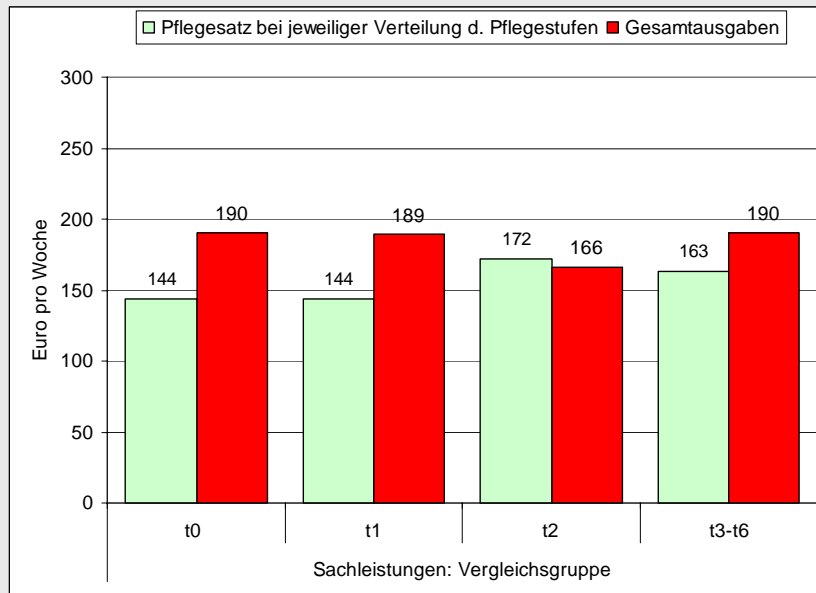
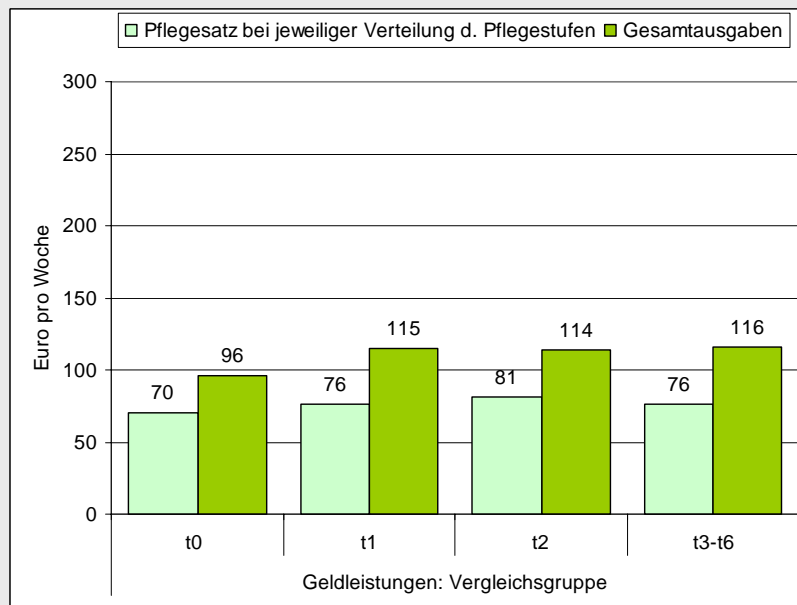


Abbildung 10-21

Feld IV a: Veränderung von Ausgaben der Geldleistungsbezieher in der Vergleichsgruppe



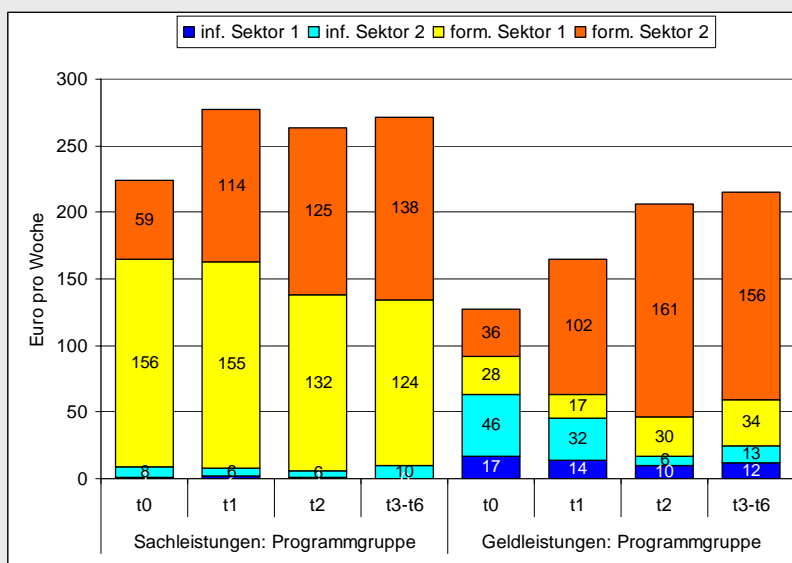
Veränderung der Struktur der Ausgaben bei ehemaligen Sach- und Geldleistungsempfängern in der Programmgruppe und Vergleichsgruppe

Wie hat sich nun die Struktur von Ausgaben verändert? Bleiben die Zahlungen an die zur Beschreibung von Pflegearrangements unterschiedenen vier Sektoren konstant oder gibt es deutliche Veränderungen?

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

Abbildung 10-22

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



Bei ehemaligen Sach- und Geldleistungsempfängern nehmen die Zahlungen an den formellen Sektor 2 deutlich zu, d.h. es werden in beiden Gruppen im Projektverlauf mehr bezahlte Leistungen von sonstigen beruflichen und kommerziellen Anbietern nachgefragt als vor Eintritt in das Projekt.

Bei den ehemaligen Geldleistungsempfängern ist diese Entwicklung besonders deutlich. Die Zahlungen steigen von durchschnittlich 36 Euro pro Woche auf 156 Euro. Der durch das Budget erweiterte monetäre Spielraum wird ganz überwiegend für die

Nachfrage nach Leistungen von Anbietern genutzt, die keine Pflegedienste sind. Die an den formellen Sektor 1 – Fachkräfte, Pflegedienste – gehenden Zahlungen bleiben nahezu konstant niedrig auf einem Niveau von rund 20 bis 35 Euro pro Woche im Durchschnitt.

Bei den ehemaligen Sachleistungsempfängern fließen demgegenüber im ganzen Projektverlauf sehr viel höhere Zahlungen an den formellen Sektor 1, also an Pflegefachkräfte und -dienste. Diese Zahlungen nehmen zwar ab von durchschnittlich 156 Euro pro Woche vor Eintritt in das Projekt auf 124 Euro in den letzten Phasen, aber diese Unterschiede sind statistisch nicht signifikant. Die ehemaligen Sachleistungsempfänger bleiben also der professionellen Pflege weitgehend treu und fragen auch weiterhin die von ihnen vor Eintritt in Anspruch genommenen Dienste nach. Die steigende bezahlte Nachfrage nach Leistungen der sonstigen beruflichen und kommerziellen Anbieter ist für sie eher eine Ergänzung zu den von Pflegediensten erbrachten Leistungen.

Zahlungen an die beiden informellen Sektoren haben für die ehemaligen Sachleistungsempfänger vor Eintritt in das Projekt praktisch keine Bedeutung gehabt und das ändert sich auch nicht im Projektverlauf.

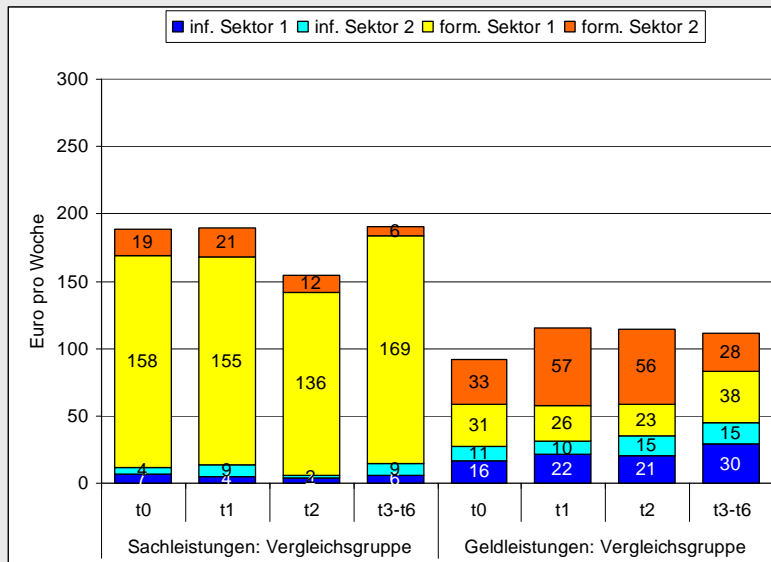
In diesem Punkt unterscheiden sie sich von den ehemaligen Geldleistungsempfängern. Vor Eintritt in das Projekt wurden an die beiden informellen Sektoren – Angehörige, Nachbarn, Freunde, Bekannte – im Durchschnitt immerhin rund 63 Euro pro Woche gezahlt. Dieser Betrag reduziert sich im Projektverlauf deutlich auf nur noch 25 Euro in der letzten Phase. Es ist zu vermuten, dass bezahlte Leistungen – vor allem des informellen Sektor 2 – in zunehmendem Maße durch Leistungen des formellen Sektor 2 (sonstige berufliche und kommerzielle Anbieter) substituiert wurden.

In der Vergleichsgruppe bleibt die Struktur der Ausgaben nahezu unverändert.

Die Sachleistungsempfänger leisten im Durchschnitt wöchentliche Zahlungen an Pflegefachkräfte und -dienste, die zwischen rund 140 und 170 Euro variieren. Die Höhe der Zahlungen an diesen formellen Sektor 1 unterscheidet sich nur wenig von den Beträgen, die von ehemaligen Sachleistungsempfängern in der Programmgruppe an Pflegedienste gezahlt werden.

Abbildung 10-23

Feld II und IV: Veränderung der Struktur von Ausgaben ehemaliger Sach- und Geldleistungsempfänger in der Vergleichsgruppe



Die von Geldleistungsempfängern an Pflegedienste im Durchschnitt geleisteten Zahlungen liegen zwischen rund 25 und 30 Euro pro Woche und ändern sich kaum. Auch diese Beträge haben ungefähr die gleiche Größenordnung wie bei den ehemaligen Geldleistungsempfängern in der Programmgruppe.

Der formelle Sektor 2 – also sonstige berufliche und kommerzielle Anbieter – erhält nur wenige Zahlungen von den Sachleistungsempfängern. Die Geldleistungsempfänger der Vergleichsgruppe leisten dagegen deutlich mehr Zahlungen an diesen Sektor.

Bei den Geldleistungsempfängern in der Vergleichsgruppe steigen der Tendenz nach die finanziellen Zuwendungen an Angehörige.

Anhang zu Kap. 10.7: Statistische Analysen zur Veränderung von Pflegearrangements unter Geldgesichtspunkten

Programmgruppe – ehemalige Geld-/Sachleistungsbezieher
Vergleichsgruppe – Geld-/Sachleistungsbezieher

Veränderung in den Folgeerhebungen gegenüber der Ersterhebung: Geldzahlungen insgesamt und Geldzahlungen an die Sektoren.

E: Effektgröße (zur Erläuterung vgl. Kap. 8)

S: Signifikanz (t-Test für abhängige Stichproben: ns=nicht signifikant, s= $p < 0,05$, ss= $p < 0,01$)

Geldzahlungen	Zeitvergleich	Programmgruppe – vorher:				Vergleichsgruppe			
		Sachleistungen		Geldleistungen		Sachleistungen		Geldleistungen	
		E	S	E	S	E	S	E	S
insgesamt	t0 - t1	-0,19	s	-0,24	s	-0,07	ns	0,01	ns
	t0 - t2	-0,19	s	-0,29	ss	0,27	ns	0,07	ns
	t0 - t3-6	-0,03	ns	-0,51	ss	0,20	ns	-0,22	ns
		E	S	E	S	E	S	E	S
an inform. Sektor 1	t0 - t1	0,09	ns	0,09	ns	0,20	ns	-0,10	ns
	t0 - t2	0,09	ns	0,15	ns	-0,21	ns	0,08	ns
	t0 - t3-6	0,15	ns	0,24	ns	0,35	ns	0,16	ns
		E	S	E	S	E	S	E	S
an inform. Sektor 2	t0 - t1	-0,01	ns	0,05	ns	-0,36	ns	0,08	ns
	t0 - t2	0,09	ns	0,22	ns	-0,36	ns	0,08	ns
	t0 - t3-6	0,06	ns	0,27	s	-0,35	ns	-0,05	ns
		E	S	E	S	E	S	E	S
an form. Sektor 1	t0 - t1	0,02	ns	0,03	ns	-0,11	ns	0,05	ns
	t0 - t2	0,05	ns	-0,05	ns	0,35	ns	0,13	ns
	t0 - t3-6	0,21	ns	-0,13	ns	0,28	ns	-0,48	ns
		E	S	E	S	E	S	E	S
an form. Sektor 2	t0 - t1	-0,28	ss	-0,49	ss	-0,13	ns	-0,08	ns
	t0 - t2	-0,32	ss	-0,60	ss	-0,29	ns	-0,27	ns
	t0 - t3-6	-0,28	ss	-0,84	ss	-0,42	ns	-0,50	ns

Folgerungen:

1. In der Vergleichsgruppe ändern sich die Geldzahlungen nicht in einer signifikanten Weise. Das gilt für die Geldzahlungen insgesamt und auch für die Zahlungen an die vier Sektoren.
2. In der Programmgruppe steigen die gesamten Geldzahlungen vor allem bei den ehemaligen Geldleistungsempfängern. Bei den ehemaligen Sachleistungsempfängern steigen die Zahlungen in einem sehr viel geringeren Umfang.
3. Die Zahlungen an Angehörige (informeller Sektor 1), an Nachbarn, Freunde, Ehrenamtliche (informeller Sektor 2) und an Pflegefachkräfte/-dienste (formeller Sektor 1) bleiben bei den ehemaligen Sach- und Geldleistungsbeziehern in der Programmgruppe praktisch unverändert.
4. Besonders deutlich steigen die Ausgaben für Leistungen aus dem formellen Sektor 2 bei den ehemaligen Empfängern von Sach- und Geldleistungen. Die Zunahme der Zahlungen an diesen Sektor gegenüber der Ersterhebung ist besonders deutlich bei den ehemaligen Geldleistungsbeziehern.

11. Veränderung der Situation der Pflegenden

In der Begleitforschung war es nur möglich, Informationen über die Situation der Hauptpflegepersonen zu erheben. In Teil II konnten wir zeigen, dass die Übernahme von Pflegeverpflichtungen mit erheblichen Belastungen verbunden ist. Diese variieren vor allem mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit der zu versorgenden Person und mit der von den Hauptpflegepersonen zur Versorgung aufgewendeten Zeit. Wie haben sich nun diese Belastungen im Projektverlauf verändert? Gibt es deutliche Unterschiede zwischen der Entwicklung in der Programmgruppe und der Entwicklung in der Vergleichsgruppe?

11.1 Wer sind die Hauptpflegepersonen?

Im Projektverlauf ändert sich die Zusammensetzung der Hauptpflegepersonen nur wenig:

Tabelle 11-1: Hauptpflegepersonen

Wer sind die Hauptpflegepersonen?							
	Programmgruppe (gewichtet)						N (100 %)
	keine private Hauptpflegeperson	Kinder, Schwiegerkinder	Partner	sonstige Angehörige	inf. Sektor 1 (Angehörige insges.)	inf. Sektor 2 (Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche)	
t0	25%	35%	17%	14%	66%	9%	533
t1	24%	33%	16%	17%	66%	10%	372
t2	18%	37%	16%	19%	72%	9%	247
t3	19%	35%	17%	23%	75%	6%	156
t4	10%	34%	19%	26%	79%	11%	101
t5	22%	26%	19%	22%	67%	12%	62
t6	22%	26%	19%	22%	67%	12%	62
Vergleichsgruppe							
	keine private Hauptpflegeperson	Kinder, Schwiegerkinder	Partner	sonstige Angehörige	inf. Sektor 1 (Angehörige insges.)	Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche	n
t0	21%	37%	21%	14%	72%	7%	169
t1	19%	45%	20%	14%	79%	3%	101
t2	22%	36%	27%	11%	74%	4%	55
t3	19%	47%	25%	6%	78%	3%	32
t4	27%	40%	20%	7%	67%	7%	15
t5		100%					3
t6		100%					3

In der Programm- und Vergleichsgruppe liegt der Anteil derjenigen, die keine private Hauptpflegeperson haben im Durchschnitt bei 20 %. In der Programmgruppe ist zunächst bis zur 4. Folgeerhebung (d.h. bis ca. 24 Monate nach Projekteintritt) ein Rückgang von 25 % auf 10 % zu beobachten. Dann steigt der Anteil der Pflegebedürftigen ohne Hauptpflegeperson jedoch wieder auf 22 %. Die Gründe dafür sind nicht bekannt. Es kann sich um einen Selektionseffekt handeln. Es kann aber auch sein, dass sich das soziale Umfeld verändert hat.

Die meisten Hauptpflegepersonen in der Programm- und Vergleichsgruppe lassen sich dem informellen Sektor 1, also der Gruppe der Angehörigen zurechnen. Zwei Drittel bis drei Viertel der Hauptpflegepersonen – je nach Projektphase – lassen sich dieser Kategorie zuordnen. Dabei sind die Kinder (Töchter, Söhne, Schwiegerkinder) mit im Durchschnitt rund einem Drittel über alle Projektphasen am stärksten beteiligt. In der Vergleichsgruppe ist der Anteil der Partner (20 % bis 25 %) über alle Phasen deutlich höher als in der Programmgruppe (Durchschnitt: ca. 17 %).

In der Programmgruppe lässt sich ein steigender Anteil der „sonstigen Angehörigen“ (Nichten, Neffen, Onkel, Tanten etc.) im Projektverlauf beobachten – möglicherweise deshalb, weil entferntere Verwandte nun bezahlt werden können.

Der informelle Sektor 2 (Freunde, Bekannte, Nachbarn, Ehrenamtliche) stellt in der Programm- und Vergleichsgruppe nur einen relativ geringen Anteil der Hauptpflegepersonen, der je nach Phase und Gruppe zwischen 4 % und 12 % liegt.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass sich die Zusammensetzung der Hauptpflegepersonen nach Akteurskategorien und Sektoren im Projektverlauf nicht grundlegend ändert und die Unterschiede zwischen Programm- und Vergleichsgruppe nicht gravierend sind.

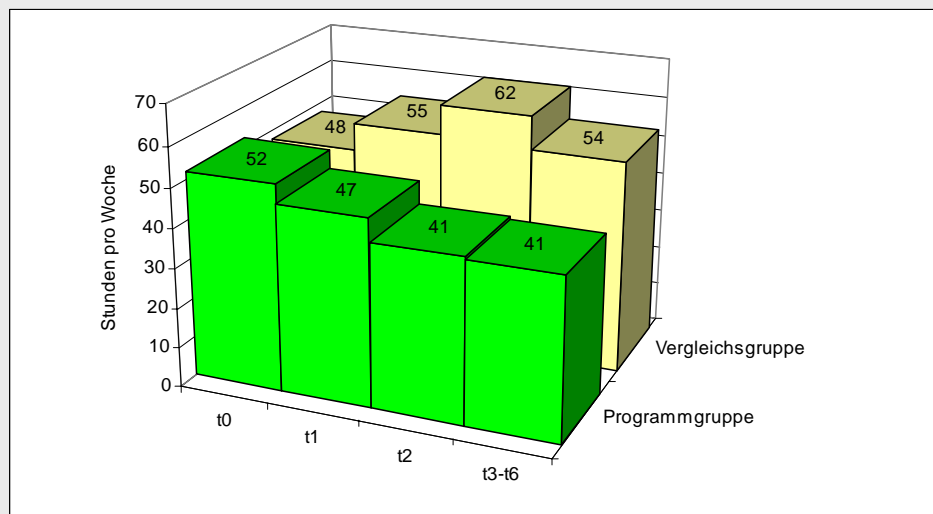
11.2 Zeitaufwand der Hauptpflegepersonen für die Pflege

Als ein besonderer Belastungsfaktor zeigte sich die von den Hauptpflegepersonen für die Versorgung aufgewendete Zeit (vgl. Teil II, Kap. 7). Dieser Zeitaufwand hat sich im Projektverlauf für die Budgetnehmer deutlich verringert, während er in der Vergleichsgruppe sogar leicht gestiegen ist.

In der Programmgruppe ist die von den Hauptpflegepersonen im Durchschnitt für die Pflege aufgewendete Zeit von ca. 52 Stunden pro Woche auf 41 Stunden gesunken. In der Vergleichsgruppe stieg der durchschnittliche Zeitaufwand von 48 Stunden pro Woche auf 62 Stunden, reduzierte sich dann aber wieder auf 54 Stunden.

Abbildung 11-1

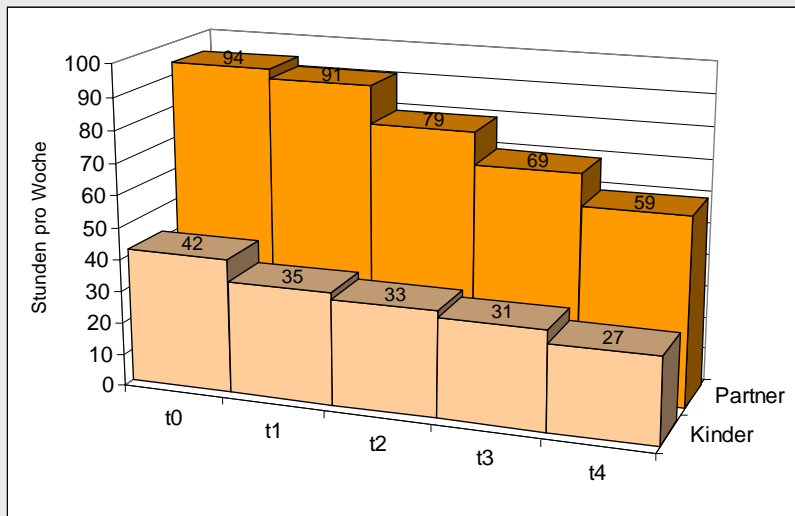
Für die Pflege aufgewendete Zeit der Hauptpflegepersonen in der Programm- und Vergleichsgruppe – Programmgruppe gewichtet



Vor allem die an der Versorgung besonders intensiv beteiligten pflegenden Kinder und Partner profitieren von dieser Entlastung durch das Pflegebudget:

Abbildung 11-2

Veränderung der von Kindern und Partnern für die Pflege aufgewendete Zeit in der Programmgruppe



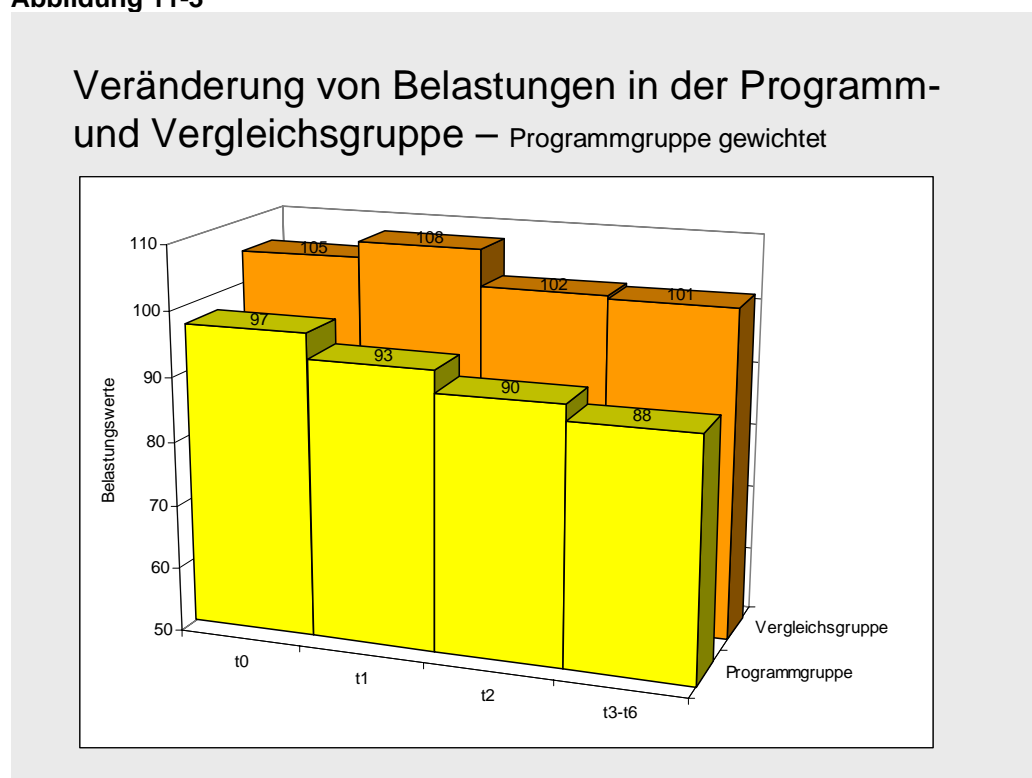
Bei den Partnern reduziert sich der durchschnittliche Zeitaufwand im Projektverlauf von durchschnittlich 94 Stunden pro Woche auf nur noch 59 Stunden. Der Zeitaufwand der Kinder geht von durchschnittlich 42 Stunden pro Woche auf nur noch 27 Stunden zurück. In der Vergleichsgruppe sind diese Entlastungseffekte nicht beobachtbar.

11.3 Veränderung der subjektiv empfundenen und berichteten Belastungen⁷³

Die durch das Pflegebudget eröffneten Chancen zu einer flexiblen und bedarfsgerechten Versorgung haben zu einer erheblichen Reduzierung der durch Zeit messbaren Belastungen⁷⁴ beigetragen.

Das spiegelt sich auch in den Messungen durch unsere Belastungsskala wieder. In der Programmgruppe reduzieren sich die Belastungswerte deutlich und hochsignifikant. Für die Vergleichsgruppe kann eine solche Entwicklung nicht beobachtet werden.

Abbildung 11-3



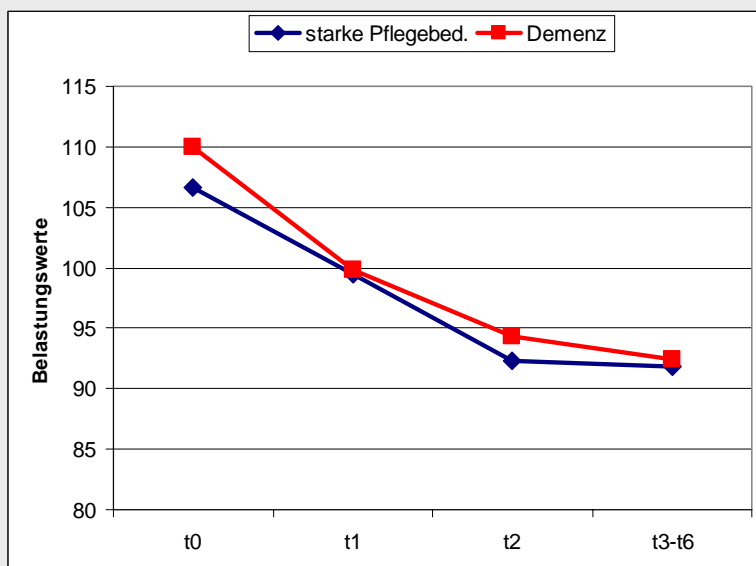
Besonders deutlich verringern sich die subjektiv empfundenen Belastungen bei starker Pflegebedürftigkeit und wenn die zu versorgende Person demenziell erkrankt ist:

⁷³ Die Skalen zur Messung der Belastungen wurden mit den Daten der Ersterhebung durch Faktorenanalysen gebildet und in den Bereich Mittelwert=100 und Standardabweichung=50 transformiert. Für die Folgerhebungen wurden die Skalen mit den gleichen item-Gewichten gebildet wie für die Ersterhebung. Auf diese Weise sind direkte Vergleiche zwischen den Erhebungszeitpunkten möglich.

⁷⁴ Wir sind uns bewusst, dass nicht alle Belastungen durch Zeit messbar sind. Auch unabhängig vom Zeitaufwand entstehen Belastungen allein dadurch, dass die psychischen und körperlichen Veränderungen einer nahestehenden Person erlebt werden.

Abbildung 11-4

Veränderung von Belastungen in der Programmgruppe bei starker Pflegebedürftigkeit und Demenz

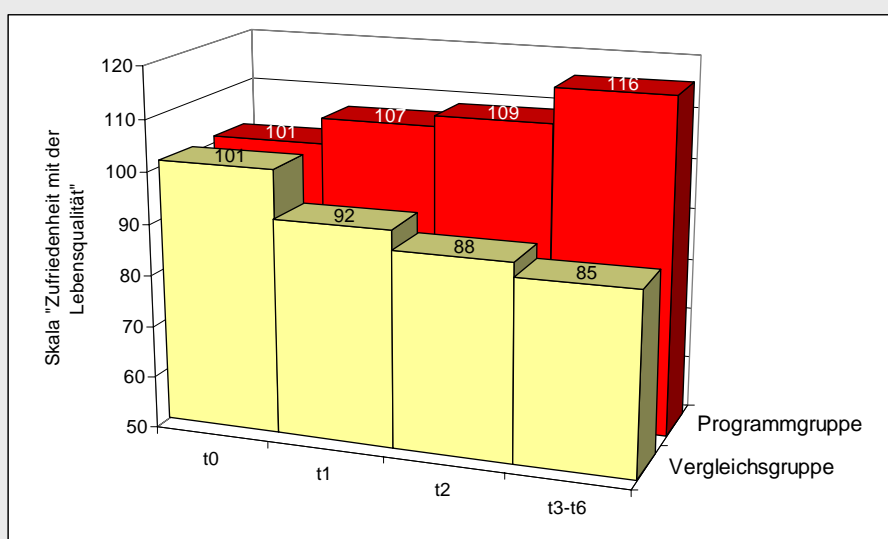


11.4 Veränderung der Lebensqualität der Hauptpflegeperson⁷⁵

Die in Teil II vorgestellten Ergebnisse haben gezeigt, dass die Zufriedenheit mit der Lebensqualität in erster Linie von den mit der Pflege verbundenen Belastungen abhängt. Da sich durch Zeit messbare Belastungen in der Programmgruppe im Projektverlauf verringert haben, ist zu erwarten, dass Hauptpflegepersonen von Budgetnehmern die Lebensqualität zunehmend positiver einschätzen. Das ist auch der Fall: die Zufriedenheit mit der Lebensqualität steigt im Projektverlauf deutlich und signifikant. Eine derartige Entwicklung ist für die Hauptpflegepersonen von Teilnehmern der Vergleichsgruppe nicht beobachtbar. Tendenziell sinkt die Zufriedenheit mit der Lebensqualität sogar.⁷⁶

Abbildung 11-5

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



⁷⁵ Die Skalen zur Messung der Zufriedenheit mit der Lebensqualität wurden mit den Daten der Ersterhebung durch Faktorenanalysen gebildet und in den Bereich Mittelwert=100 und Standardabweichung=50 transformiert. Für die Folgerhebungen wurden die Skalen mit den gleichen item-Gewichten gebildet wie für die Ersterhebung. Auf diese Weise sind direkte Vergleiche zwischen den Erhebungszeitpunkten möglich.

⁷⁶ Allerdings nur „knapp signifikant“ für den Vergleich Ersterhebung; Folgerhebungen 3 bis 6; $p < 0,10$; t-Test für abhängige Stichproben.

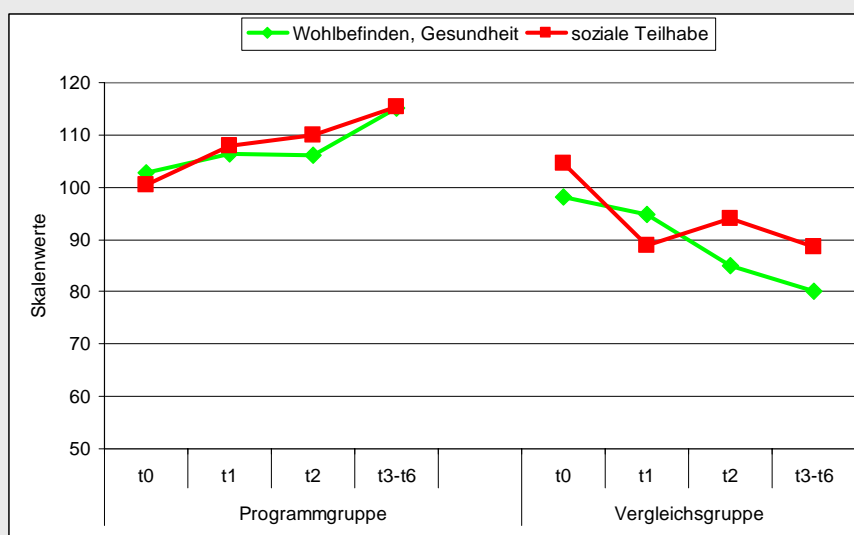
Besonders deutlich sind die Veränderungen für die beiden Unterskalen „Gesundheit/Wohlbefinden“ und „soziale Teilhabe“.⁷⁷

In der Programmgruppe steigt im Projektverlauf die durchschnittliche Zufriedenheit der Hauptpflegepersonen mit dem eigenen Wohlbefinden bzw. der eigenen Gesundheit und mit den Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe deutlich und signifikant.

Eine derartige Entwicklung ist für die Vergleichsgruppe nicht beobachtbar. Tendenziell sinkt sogar die Zufriedenheit mit Wohlbefinden/Gesundheit und mit den Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe.

Abbildung 11-6

Zufriedenheit mit der Lebensqualität: Unterskalen „Wohlbefinden/Gesundheit“ u. „soziale Teilhabe“ – Veränderungen in der Programm- und Vergleichsgruppe – Programmgruppe gewichtet



⁷⁷ Unterskala „Wohlbefinden/Gesundheit“: Zufriedenheit mit gesundheitlicher Situation, Zufriedenheit mit Arbeitsfähigkeit, Zufriedenheit mit sich selbst, Zufriedenheit mit Fähigkeit, alltägliche Dinge zu erledigen, Zufriedenheit mit Schlaf, Zufriedenheit mit Lebensqualität/ Wohlbefinden allgemein
 Unterskala „soziale Teilhabe“: Zufriedenheit mit Unterstützung durch Freunde, Zufriedenheit mit Kontaktmöglichkeiten zu and. Menschen um Freundschaften zu schließen, Zufriedenheit mit Möglichkeiten, am normalen gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen, Zufriedenheit mit Freizeit

Anhang zu Kap. 11: Statistische Analysen zur Veränderung von Belastungen der Hauptpflegeperson und der Zufriedenheit mit der Lebensqualität

1. Vergleich Programm-/Vergleichsgruppe zu verschiedenen Zeitpunkten (Programmgruppe gewichtet)

Belastungen	Zeitpunkt	Durchschnittliche Werte auf der Belastungsskala		Effektgröße **)	Signifikanz *)
		Programmgruppe	Vergleichsgruppe		
Vergleich 1	t0	97	105	-0,16	ns
Vergleich 4		Standardisierte Kennwerte für die Belastungswerte **)			
	t1	95	118	-0,46	ss
	t2	97	115	-0,36	ns
	t3-6	95	129	-0,68	s
Zufriedenheit mit der Lebensqualität		Durchschnittliche Werte auf der Skala Lebensqualität			
Vergleich 1	t0	101	101	0,00	ns
Vergleich 4		Standardisierte Kennwerte für die Skala Lebensqualität **)			
	t1	105	83	0,44	ss
	t2	106	80	0,52	ss
	t3-6	108	59	0,98	ss

*) t-Test für unabhängige Stichproben: ns=nicht signifikant, s= $p < 0,05$, ss= $p < 0,01$

**) vgl. dazu die Erläuterungen in Kap. 8

2. Veränderung in den Folgerhebungen gegenüber der Ersterhebung: Belastungen der Hauptpflegeperson und Zufriedenheit mit der Lebensqualität

Belastungen	Vergleich 2: Programmgruppe		Vergleich 3: Vergleichsgruppe	
	Effektgröße **)	Signifikanz *)	Effektgröße **)	Signifikanz *)
t0 - t1	0,26	ss	-0,08	ns
t0 - t2	0,36	ss	0,04	ns
t0 - t3-6	0,47	ss	0,03	ns
Zufriedenheit mit der Lebensqualität	Effektgröße	Signifikanz *)	Effektgröße	Signifikanz *)
t0 - t1	-0,27	ss	0,13	ns
t0 - t2	-0,30	ss	0,09	ns
t0 - t3-6	-0,40	ss	0,38	ns

*) t-Test für abhängige Stichproben: ns=nicht signifikant, s= $p < 0,05$, ss= $p < 0,01$

**) vgl. dazu die Erläuterungen in Kap. 8

Folgerungen:

1. Im Hinblick auf Belastungen und Zufriedenheit mit der Lebensqualität unterscheiden sich die Hauptpflegepersonen aus der Programm- und Vergleichsgruppe zum Zeitpunkt der Ersterhebung nicht signifikant. (Vergleich 1)
2. In der Programmgruppe nehmen die Belastungen im Zeitverlauf deutlich ab und die Lebensqualität wird zunehmend positiver eingeschätzt. Die Veränderungen sind hochsignifikant und deutliche Effektgrößen zeigen, dass es sich hier um beachtliche Veränderungen handelt. In der Vergleichsgruppe gibt es dagegen für die ganze Projektzeit keine signifikanten Veränderungen der Belastungen und der Einschätzung der Lebensqualität. (Vergleich 2 und 3)
3. Im Projektverlauf werden die Unterschiede zwischen Programm- und Vergleichsgruppe hinsichtlich der Einschätzung der Lebensqualität zunehmend größer. Die Unterschiede sind hochsignifikant und die Effektgrößen lassen auf einen erheblichen Effekt des Pflegebudgets schließen. Die Unterschiede in den Belastungen zwischen Programm- und Vergleichsgruppe in den Folgerhebungen sind ebenfalls deutlich und werden tendenziell im Projektverlauf größer. (Vergleich 4)

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

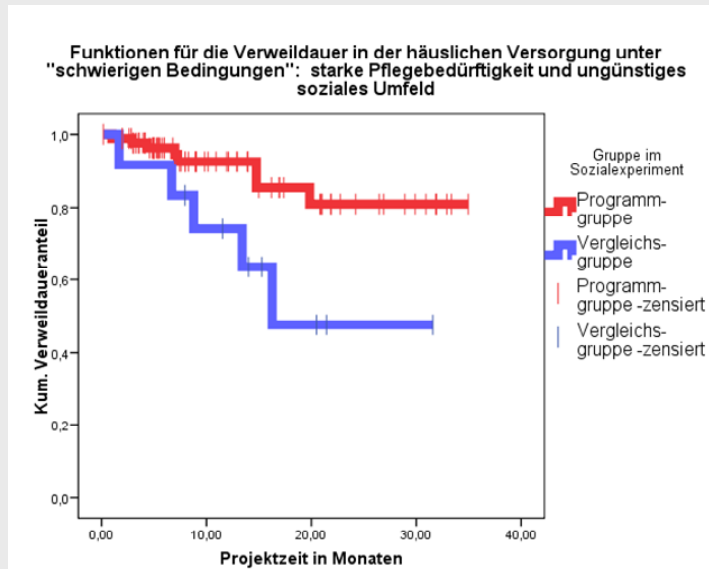
Leider lässt sich diese Frage durch die Begleitforschung nicht eindeutig und direkt beantworten. Durch eine Ereignisanalyse⁷⁸ sollte untersucht werden, ob durch das Budget die Dauer einer häuslichen Versorgung verlängert und der Übergang in eine stationäre Versorgung zumindest verzögert werden kann. Eine solche Analyse bietet sich an, weil wir Informationen über die Dauer der Projektteilnahme haben (vgl. Kapitel 3), und weil uns bekannt ist zu welchem Zeitpunkt und aus welchen Gründen jemand die Projektteilnahme beendet hat. Bei der Durchführung einer solchen Analyse ergeben sich jedoch Probleme, die eine Interpretation der Ergebnisse schwierig machen. Ein Problem besteht darin, dass von den 706 erstbefragten Pflegebedürftigen nur für 80 (=11 %) bekannt ist, dass sie ihre Teilnahme beendet haben, weil es einen Übergang von der häuslichen in die stationäre Versorgung gegeben hat. Es gibt also sehr viele Fälle, bei denen das hier interessierende Ereignis (der Übergang in ein Heim) nicht erfolgt ist und wir auch nicht wissen, ob er je erfolgen wird. Außerdem gibt es viele Fälle (191=27 % von 706 Erstbefragten), die das Projekt aus anderen Gründen als einem Wechsel in die stationäre Versorgung beendet haben (verstorben, projektspezifische Gründe, unbekannte Gründe). Alles das macht eine Interpretation der Verweildaueranalysen sehr schwierig. Als Ergebnis lässt sich mitteilen, dass für die gesamte Stichprobe kein signifikanter Unterschied zwischen Programm- und Vergleichsgruppe für die Wahrscheinlichkeit eines Verbleibs in der häuslichen Versorgung besteht.

Ein einigermaßen eindeutiges Ergebnis kann jedoch berichtet werden, wenn wir die Stichprobe aufteilen und untersuchen, ob das Pflegebudget die Verweildauer in der häuslichen Pflege unter „*schwierigen Bedingungen*“ beeinflusst: bei starker Pflegebedürftigkeit und wenn das soziale Umfeld für eine häusliche Versorgung eher ungünstig ist.

⁷⁸ Mit einer Ereignis- bzw. Verweildaueranalyse lässt sich untersuchen, wie lange Objekte in einem (Ausgangs-)Zustand bleiben – z.B. Pflegebedürftige in der häuslichen Versorgung. Man kann damit auch herausfinden, welchen Einfluss erklärende („unabhängige“) Variablen haben – z.B. „schwierige Bedingungen“ bei der Versorgung. Ein Problem dabei sind „zensierte Daten“: Nicht von allen Objekten ist die Verweildauer bekannt, nicht bei allen tritt das Ereignis im Untersuchungszeitraum auf. Wir haben diese Analyse nach dem Kaplan-Meier-Verfahren durchgeführt. Dabei ist das Zeitintervall variabel und richtet sich danach, wann ein Ereignis eintritt.

Abbildung 12-1

Wahrscheinlichkeit des Verbleibs in der häuslichen Versorgung unter „schwierigen Bedingungen“ – Programm- und Vergleichsgruppe



Kennwerte:

Gesamtvergleiche^a

	Chi-Quadrat	Freiheitsgrade	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	5,538	1	,019
Breslow (Generalized Wilcoxon)	4,404	1	,036
Tarone-Ware	5,179	1	,023

Test auf Gleichheit der Überlebensverteilungen für die verschiedenen Stufen von EPGRUPPE Pflegebedürftige Person gehört zur Programm-/Kontrollgruppe?

- a. schwierig schwierige Bedingungen = 4,00 sehr schwierig: starke PB, ungünstiges Umf.

Die Verweildauerfunktion für die Programmgruppe liegt unter „schwierigen Bedingungen“ fast über den gesamten Projektzeitraum deutlich und signifikant über der Verweildauerfunktion für die Vergleichsgruppe. Als Schätzwert ergibt sich, dass nach ca. 15 Monaten Projektzeit ungefähr nur noch 50 % der Teilnehmer aus der Vergleichsgruppe nicht im Heim versorgt sind. In der Programmgruppe dagegen beträgt der Schätzwert für diesen Anteil nach 15 Monaten rund 90 %. Das könnte als Beleg dafür interpretiert werden, dass zumindest unter schwierigen Bedingungen das Pfl-

gebudget dazu beiträgt, den Übergang in eine stationäre Versorgung zu verhindern oder zumindest zu verzögern.

Der Unterschied zwischen der Programmgruppe und der Vergleichsgruppe ist zwar signifikant, aber er ist kein klarer Beleg. Das Ereignis, auf das sich die Prozentangaben und die Verweildauerfunktionen beziehen ist binär codiert: nicht stationär versorgt vs. stationär versorgt. Und in den Prozentsätzen für die nicht stationär Versorgten (90 % aus der Programmgruppe und 50 % aus der Vergleichsgruppe nach ca. 15 Monaten), sind auch die Verstorbenen enthalten und diejenigen, die aus ganz anderen Gründen ihre Teilnahme beendet haben.

Einen direkten Beleg für die heimverhindernde Wirkung des Budgets können wir also nicht vorlegen. Wir können aber versuchen, in einer indirekten Weise eine Antwort zu geben.

1. Wenn Belastungen der pflegenden Angehörigen eine Rolle dabei spielen, ob eine häusliche Versorgung fortgesetzt wird oder nicht, dann kann damit gerechnet werden, dass durch das Pflegebudget die Chancen für eine häusliche Versorgung steigen. Wir konnten zeigen, dass sich bei den Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen mit Pflegebudget die Belastungen im Projektverlauf erheblich verringert haben: die von ihnen zur Versorgung aufgewendete Zeit ist im Durchschnitt deutlich gesunken. Und auch die von den Hauptpflegepersonen berichteten Belastungen haben sich spürbar verringert. Entsprechende Veränderungen konnten in der Vergleichsgruppe also bei Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen, die das Budget nicht erhalten haben nicht beobachtet werden.

2. Ein weiterer Punkt spricht dafür, dass Übergänge in eine stationäre Versorgung unter den Bedingungen des Pflegebudgets seltener vorkommen, bzw. weiter herausgeschoben werden. Das ist die spürbar und nachweislich gesteigerte Qualität der Pflege – eine Qualitätssteigerung in dem Sinne, dass Leistungen flexibler und bedarfsgerechter nachgefragt und auch bezahlt werden können.

3. Es konnte gezeigt werden, dass diese mit dem Pflegebudget verbundenen Verbesserungen vor allem unter schwierigen Bedingungen greifen – also unter Bedingungen, unter denen vielleicht am ehesten eine stationäre Versorgung in Erwägung

gezogen wird: bei starker Pflegebedürftigkeit, bei demenzieller Erkrankung und wenn das soziale Umfeld für eine häusliche Versorgung ungünstig ist.

13. Schlussbetrachtung

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

Situation der Pflegebedürftigen und Pflegenden

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

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

Effekte des persönlichen Pflegebudgets

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

1. Durch das Pflegebudget ist die Zahl der an der Versorgung beteiligten Helfer deutlich gestiegen.
2. Die Zusammensetzung der am Pflegearrangement beteiligten Helfer ist differenzierter, vielfältiger, gemischerter geworden. Das hat Auswirkungen auf die Tragfähigkeit von Versorgungsarrangements, die nun einem „welfare mix“ sehr viel näher kommen als das unter den Bedingungen der konventionellen Leistungsarten im Durchschnitt möglich ist.
3. Die Angehörigen ziehen sich auch keineswegs aus ihrer Verantwortlichkeit zurück. Sie werden jedoch entlastet. Besonders unter „schwierigen Bedingungen“ – bei starker Pflegebedürftigkeit und bei Demenz – reduziert sich die von Angehörigen (informeller Sektor 1) geleistete Zeit spürbar.
4. Auch die von Pflegediensten und Pflegefachkräften geleistete Hilfe verringert sich nicht. Allerdings verlieren die Pflegedienste ihre monopolartige Stellung als Anbieter von Leistungen.
5. Durch das Pflegebudget können bezahlte Leistungen von „neuen Anbietern“ nachgefragt werden. Das sind Personen, aber auch Unternehmen, die wir dem formellen Sektor 2 zugerechnet haben, die beruflich bzw. kommerziell Leistungen auch ohne pflegefachspezifische Ausbildung erbringen. Die von Akteuren aus diesem Sektor geleistete Zeit nimmt deutlich zu.
6. Dabei handelt es sich um Leistungen, die von den Pflegebedürftigen und den pflegenden Angehörigen sehr geschätzt werden. Sie können nun bezahlte Leistungen nachfragen, die im Sachleistungskatalog nicht vorgesehen sind, die gleichwohl aber von großer Bedeutung für die Qualität der Pflege sind: Leistungen der Betreuung und Leistungen, die wir der Kategorie „Teilhabe, Würde und Wellness“ zugeordnet haben.
7. Als Qualitätssteigerung ist auch zu werten, dass durch das Pflegebudget nun die Möglichkeit besteht, Leistungen in einer sehr viel flexibleren und individualisierteren Weise in Anspruch zu nehmen als das unter den Bedingungen der Sachleistungen möglich war. Durch das begleitende Case Management ist sichergestellt, dass damit keine Qualitätseinbußen verbunden sind.⁷⁹
8. Besonders unter schwierigen Bedingungen werden diese neuen Möglichkeiten genutzt: bei starker Pflegebedürftigkeit, bei Demenz und wenn das soziale Umfeld für eine häusliche Versorgung eher ungünstig ist.

⁷⁹ Das Pflegebudget erfüllt damit die in der Fachdiskussion erhobene Forderung nach einer Flexibilisierung und Individualisierung von Pflegearrangements – vgl. dazu u.a. Igl (2005, S. 58 f).

9. Die Hauptpflegepersonen berichten im Projektverlauf eine zunehmende Entlastung und verbunden damit steigt auch ihre Zufriedenheit mit der Lebensqualität beträchtlich.
10. Ob durch die Einführung des persönlichen Pflegebudgets die Verzögerung oder Verhinderung einer stationären Versorgung möglich ist, kann durch die Begleitforschung nicht mit Sicherheit beantwortet werden. Die mit der Veränderung von Pflegearrangements verbundene Qualitätssteigerung und die Entlastung von pflegenden Angehörigen sprechen für die Annahme, dass eine solche Entwicklung sehr wahrscheinlich ist.

Mit welcher Inanspruchnahmequote kann für das persönliche Pflegebudget gerechnet werden?

Zum Schluss noch eine Frage, auf die es nur sehr spekulative Antworten gibt: Mit welchem Interesse am Pflegebudget könnte gerechnet werden, wenn das Budget in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung aufgenommen wird?

Ist das persönliche Pflegebudget wirklich nur ein „Alternativangebot für eine mehr oder weniger kleine Minderheit von Menschen mit Behinderung oder Pflegebedarf“, wie Cappell mit einem Verweis auf die Erfahrungen in Großbritannien und den Niederlanden argumentiert (2005, S. 204)? Begründet wird diese Einschätzung dadurch, dass die Voraussetzungen für das persönliche Budget – Freiwilligkeit und Fähigkeit, die Mittel sinnvoll einzusetzen („willing and able“) – wohl doch nur für eine Minderheit zutreffen. Die Voraussetzung der „Fähigkeit“ verliert aber an Bedeutung, wenn das persönliche Pflegebudget mit einer intensiven Beratung durch ein begleitendes Case Management verbunden ist. Auch die Befürchtung, dass hohe „Transaktionskosten“ eine abschreckende Wirkung haben, verliert unter diesen Bedingungen an Gewicht, dann nämlich, wenn durch das Case Management die mit dem Budget verbundenen Aufwendungen der Markterkundung, Vertragsabwicklung usw. deutlich verringert werden können.⁸⁰ Im Budgetprojekt gab es auch kaum Abbrüche wegen hoher „Transaktionskosten“ (vgl. Kap. 3).

Von welchen Quantitäten kann man also mit einiger Zuverlässigkeit ausgehen?

Die Sondererhebungen in den Landkreisen Unna und Annaberg haben gezeigt, dass sich rund 25 % bis 30 % der jetzt 40- bis 65-Jährigen vorstellen können, ein persönli-

⁸⁰ Vgl. dazu den Berichtsteil über das Case Management im Rahmen des Budgetprojekts.

ches Budget anstelle von Sach- oder Geldleistungen in Anspruch zu nehmen (vgl. dazu Anlage II). In der „Vorfeldbefragung“ zur Begleitforschung waren von den über das Budget Informierten rund 65 % daran interessiert, das Budget auch zu erhalten. Dieser Anteil ist als Schätzwert für die Quote derjenigen, für die das Budget in Frage kommt sicher zu hoch, denn der Anteil der Sach- und Kombileistungsbezieher war an den Informierten deutlich höher als in der Grundgesamtheit der häuslich versorgten Pflegebedürftigen (vgl. dazu Kapitel 1). Bei den Nichtinteressierten war ein häufig geäußertes Grund, dass man beim persönlichen Budget nicht mehr Angehörige für ihre Leistungen bezahlen kann, bzw. dass sich bei diesen dann die Rentenansprüche nicht mehr steigern lassen. Das verweist auf ein dauerhaftes Motiv, *nicht* das persönliche Budget in Anspruch zu nehmen: Ein für die häusliche Versorgung günstiges soziales Umfeld, mit Angehörigen, die Pflegeverpflichtungen übernehmen wollen und können und denen man auch finanzielle Gratifikationen zukommen lassen möchte, bzw. die selber an solchen Zuwendungen interessiert sind. Aus den Analysen zur Begleitforschung ergaben sich auch Anhaltspunkte dafür, dass Pflegebedürftige mit einem für die häusliche Versorgung ungünstigen Umfeld stärker am persönlichen Budget interessiert sind, als Pflegebedürftige mit einem günstigen Umfeld. Darauf lässt der Vergleich zwischen der ungewichteten mit der gewichteten Stichprobe im Hinblick auf die Anteile für verschiedene Umfeldtypen schließen (vgl. Kap. 5.2). Der Anteil der häuslich Versorgten mit einem eher günstigen sozialen Umfeld dürfte in der Grundgesamtheit zwischen 50 % und 60 % liegen.

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

Nun ist das aber eine sehr „statische“ Betrachtung: 1. Wir wissen nicht, wie das Budget eingeschätzt wird, wenn bekannt wird, welche positiven Chancen es bietet. Dieser Bericht könnte ja auch – im Sinne einer „self-fulfilling-prophecy“ – dazu beitragen, dass diese Chancen bekannt werden. 2. Wir können nicht vorhersagen, welche Veränderungen aufgrund einer Einführung des Budgets in den Leistungskatalog auf der Angebotsseite eintreten werden. Wenn es neue Angebote gibt – gerade im Bereich

des formellen Sektor 2, aber auch bei den Pflegediensten – die eine individualisierte und flexible Versorgung ermöglichen, würde das sicher auch die Nachfrage danach und damit das Interesse am Budget steigern. 3. Wir müssen damit rechnen, dass sich durch den demographischen und sozialen Wandel die Versorgungsbedingungen für pflegebedürftige Menschen grundlegend ändern werden (vgl. dazu Anlage III). Eine dieser Änderungen wird sein, dass der Anteil von Pflegebedürftigen, die über ein für die häusliche Versorgung günstiges Umfeld verfügen, deutlich abnehmen wird. Damit könnte aber das Interesse an der Inanspruchnahme des persönlichen Budgets erheblich zunehmen. Das ergibt sich auch schon deshalb, weil in dem Maße, in dem das soziale Umfeld für eine häusliche Versorgung im Durchschnitt schlechter wird, wir mit einer deutlichen Zunahme des Anteils der Leistungsart Sachleistungen rechnen müssen – eine Entwicklung, die ja jetzt bereits beobachtbar ist. Mit welchen Quoten für das Budget wäre also zu rechnen, wenn diese Möglichkeit als Alternative zu den Sachleistungen in den Leistungskatalog aufgenommen wird? Kurzfristig, also für die nächsten 2 bis 5 Jahre, könnte der Anteil bei 25 % der häuslich Versorgten liegen. Mittelfristig – 5 bis 10 Jahre – wäre mit einer deutlich höheren Quote zu rechnen, die vielleicht bei 40 % bis 50 % liegen könnte. Diese höheren Quoten müssen jedoch nicht bedeuten, dass auch die *Zahl* der Budgetnehmer entsprechend zunimmt. Denn nicht berücksichtigt ist dabei, dass die Zahl der häuslich Versorgten zugunsten der Zahl der stationär Versorgten deutlich abnehmen könnte (vgl. Anlage III) – es sei denn, durch die Einführung des persönlichen Pflegebudgets wird dieser erwartbare „Heimsog“ abgemildert, was zu hoffen wäre, was auch nicht unwahrscheinlich ist, was andererseits aber nicht mit Sicherheit vorhersagbar ist.

Literatur

- Amrhein, L.: *Pflege in konflikt- und austauschtheoretischer Perspektive*, in: Schroeter, K.R., Rosenthal, T. (Hg.), *Soziologie der Pflege*, S. 107-124, Weinheim/München 2005.
- Angermeyer, M.C., Kilian, R., Matschinger, H.: *Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO-Instrumente zur internationalen Erfassung von Lebensqualität*, Göttingen 2000.
- Arntz, M., Spermann, A.: *Soziale Experimente mit dem Pflegebudget. Konzeption des Evaluationsdesigns*, in: *Sozialer Fortschritt*, Jg. 54, S. 181-191, 2005.
- Bauman, Z.: *Flüchtige Moderne*, Frankfurt 2003 (2000).
- Beck, U.: *Die Risikogesellschaft*, Frankfurt 1983.
- Becker, H.: *Outsiders: studies in the sociology of deviance*, New York 1966.
- Blaumeiser, H., Blinkert, B., Klie, T.: *Zwischen Heim und daheim*, in: *SWS-Rundschau*, H. 4, 41. Jg., S. 405-419, 2001.
- Blinkert, B.: *Pflegebedürftigkeit im demographischen und sozialen Wandel. Szenarien zur Beschreibung möglicher Entwicklungen unter verschiedenen Bedingungen*, hektogr. Man.,
- Blinkert, B.: *Pflege und soziale Ungleichheit – Pflege und "soziale Milieus"*, in: Schroeter, K.R., Rosenthal, T. (Hg.), *Soziologie der Pflege*, S. 141-156, Weinheim/München 2005.
- Blinkert, B.: *Pflegearrangements – Vorschläge zur Erklärung und Beschreibung sowie ausgewählte Ergebnisse empirischer Untersuchungen*, in: Igl, G., Naegele, G., Hamdorf, S. (Hg.), *Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen*, S. 225-244, Hamburg 2007.
- Blinkert, B., Klie, T.: *Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus. Ergebnisse einer Untersuchung über die sozialstrukturelle Verankerung von Solidarität*, in: *Sozialer Fortschritt*, Jg. 49 (2000), S. 237-245,
- Blinkert, B., Klie, T.: *Pflege im sozialen Wandel*, Hannover 1999.
- Blinkert, B., Klie, T.: *Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050. Expertise im Auftrag der Enquête-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages*, Berlin/Freiburg 2001.
- Blinkert, B., Klie, T.: *Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demographischen und sozialen Wandel*, Hannover 2004.
- Blinkert, B., Klie, T.: *Gesellschaftlicher Wandel und demographische Veränderungen als Herausforderungen für die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen*, in: *Sozialer Fortschritt*, Jg. 53, H. 11-12, S. 319-326, 2004.
- Blinkert, B., Klie, T.: *Solidarität in Gefahr? Veränderungen der Pflegebereitschaften und Konsequenzen für die Altenhilfe und Pflege*, in: Klie, T. et al. (Hg.): *Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen*, S. 293-315, Frankfurt 2005.
- Blinkert, B., Klie, T.: *Solidarität in Gefahr? Veränderung der Pflegebereitschaft und Konsequenzen für die Altenhilfe und Pflege*, in: Klie, T., Buhl, A. et al. (Hg.), *Die Zukunft der*

gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen, S. 293-315, Frankfurt 2005.

Blinkert, B., Klie, T.: *Der Einfluss von Bedarf und Chancen auf Pflegezeiten in häuslichen Arrangements*, in: *Zeitschr. für Gerontologie und Geriatrie*, Bd. 29, S. 423-428, 2006.

Blinkert, B., Klie, T.: *Die Zeiten der Pflege*, in: *Zeitschr. für Gerontologie und Geriatrie*, Bd. 39, 2007, S. 202-210, 2007.

Blinkert, B., Klie, T.: *Soziale Ungleichheit in der Pflege*, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 12-13, S. 25-33, 2008.

Bortz, J., Döring, N.: *Forschungsmethoden und Evaluation*, Berlin/Heidelberg/New York 1995.

Bortz, J., Lienert, G.A., Boehnke, K.: *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik*, Berlin et al. 2008.

Bourdieu, P.: *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*, Frankfurt 1989.

Bundesanstalt für Bauwesen und Raumordnung (Hg.): *Raumordnungsbericht 2005; Schriftenreihe Berichte des BBR als Band 21*, Bonn 2005.

Cappell, E.: *Neue Strukturen in der pflegerischen Versorgung: Auswirkungen auf Lebenslage und Lebensqualität pflegebedürftiger älterer Menschen*, in: *Schroeter, K.R., Rosenthal, T. (Hg.), Soziologie der Pflege*, S. 193-210, Weinheim/München 2005.

Eisner, M.: *Das Ende der zivilisierten Stadt? Die Auswirkungen von Modernisierung und urbaner Krise auf Gewaltdelinquenz*, Frankfurt/New York 1997.

Elias, N.: *Über die Einsamkeit der Sterbenden*, Frankfurt 2002 (1982).

Filipp, S.-H., Mayer, A.-K.: *Gesundheitsbezogene Lebensqualität alter und hochbetagter Frauen und Männer*, in: *Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung, Band 1, Das hohe Alter – Konzepte, Forschungsfelder, Lebensqualität*, S. 315-415., 2002.

Garms-Homolova, V., Gilgen, R.: *Resident Assessment Instrument (RAI) 2.0 - Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und geriatrischen Rehabilitation*, Bern 2000.

Geenen, E.: *Fremdheit und Pflege*, in: *Schroeter, K.R., Rosenthal, T. (Hg.), Soziologie der Pflege*, S. 339-358, Weinheim/München 2005.

Giddens, A.: *Die Konstitution der Gesellschaft*, Frankfurt/New York 1997.

Görres, St., Friesacher, H.: *Der Beitrag der Soziologie für die Pflegewissenschaft, Pflege-theorien und Pflegemodelle*, in: *Schroeter, K.R., Rosenthal, T. (Hg.), Soziologie der Pflege*, S. 33-50, Weinheim/München 2005.

Gräßel, E., Leutbecher, M.: *Häusliche Pflege-Skala HPS zur Erfassung der Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen*, Ebersberg 1993.

Gräßel, E.: *Häusliche Pflege demenziell und nicht-demenziell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden*. *Z Gerontol Geriat* 31: S. 52-56., 1998.

Helmchen, H. et al.: *Die Berliner Altenstudie*, Berlin 1996.

- Häcker, J., Raffelhüschen, B.: *Zukünftige Pflege ohne Familie: Konsequenzen des "Heimsog-Effekts", Diskussionsbeiträge des Forschungszentrum Generationen-Verträge, Freiburg, No. 11, Freiburg 2007.*
- Häußermann, H.: *Städte, Gemeinden und Urbanisierung, in: Joas, H. (Hg.): Lehrbuch der Soziologie, S. 505-532, Frankfurt 2001.*
- Heinemann-Knoch, M., Knoch, T., Korte, E.: *Zeitaufwand in der häuslichen Pflege: Wie schätzen ihn Hilfe- und Pflegebedürftige und ihre privaten Hauptpflegepersonen selbst ein? in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band: 39; Heft: 6; Seiten: 413-417, 2006.*
- Homans, G.C.: *Elementarformen menschlichen Verhaltens, Opladen 1972.*
- Hradil, S.: *Soziale Milieus - eine praxisorientierte Forschungsperspektive, in: APuZ 44-45/2006, S. 3-10, 2007.*
- Igl, G.: *Die Zukunft der Pflegeversicherung vor dem Hintergrund von Bedarfen, Entbürokratisierung und Finanzierbarkeit, in: Igl, G., Naegele, G., Hamdorf, S.(Hg.): Reform der Pflegeversicherung - Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen, Hamburg 2007, S. 55-71*
- Igl, G., Naegele, G., Hamdorf, S.(Hg.): *Reform der Pflegeversicherung - Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen, Hamburg 2007.*
- Joas, H. (Hg.): *Lehrbuch Soziologie, Frankfurt/New York 2001.*
- Klie, T: *Würdekonzepkt für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf, Balancen zwischen Autonomie und Sorgeskultur, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Volume 38, Number 4 , 2005.*
- Klie, T.: *Das Pflegebudget, in: Igl, G., Naegele, G., Hamdorf, S. (Hg.), Reform der Pflegeversicherung - Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen, S. 208-224,*
- Klie, T., Buhl, A. et al. (Hg.): *Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen, Frankfurt 2005.*
- Klie, T., Spermann, A.: *Attraktiver als Pflegegeld. Personenbezogenes Pflegebudget: Mehr Spielraum für ambulante Lösungen, in: Forum Sozialstation Nr. 111, August 2001, 25.Jg., S.12-15,*
- Kruse, A.: *Pflege als gesellschaftliche und ethische Herausforderung der Seniorenpolitik im Blick auf Menschen mit Pflegebedarf und pflegende Personen, in: Igl, G., Naegele, G., Hamdorf, S. (Hg.), Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen, S. 6-17, Hamburg 2007.*
- Leipold, B., Schacke, C., Zank, S.: *Prädiktoren der Veränderung von Belastungen pflegender Angehöriger: Längsschnittliche Befunde der LEANDER-Studie, in: Klie, T., Buhl, A. et al. (Hg.), Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen, S. 72-81, Frankfurt 2005.*
- Lüdecke, D.: *Häusliche Pflegearrangements: Eine qualitative Studie protektiver und destabilisierender Faktoren, Saarbrücken 2007.*
- Maslow, A.H.: *Motivation und Persönlichkeit, Olten/Freiburg 1978.*
- Noll, H.-H., Schoeb, A.: *Lebensqualität im Alter, in: Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung, Band 1, Das hohe Alter – Konzepte, Forschungsfelder, Lebens-*

qualität, Hannover 2002.

Pfennig, U.: *Vergleichbarkeit und Standardisierung von Erhebungsverfahren egozentrierter Netzwerke. Zur Validität und Reliabilität von Netzwerk- und Namensgeneratoren*, Diss. Uni Hohenheim 1993.

Röber, M.: *Wohlfahrtspluralismus und häusliche Pflegearrangements. Dissertation an der Universität Gießen: <http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2006/2841/pdf/RoeberMichaela-2006-05-18.pdf>, abgerufen am 03.04.2008.*

Rosa, H.: *Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne*, Frankfurt 2005.

Rothgang, H.: *Long-term care for older people in Germany*, in: *European Study of Long-Term Care Expenditure, PSSRU Discussion Paper 1840*. In: A. Comas-Herrera, R. Wittenberg (eds.): *PSSRU, LSE Health and Social Care, London School of Economics*, London o.J..

Rothgang, H., Preuss, M.: Was können wir über die Finanzierungsprobleme der Pflegeversicherung in der Zukunft wissen?, in: *Igl, G., Naegele, G., Hamdorf, S. (Hg.), Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen*, S. 35-47, Hamburg 2007.

Schneekloth, U., Leven, I.: *Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002 – Schnellbericht*, München 2003.

Schneekloth, U., Wahl, H.-W.(Hg.): *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote*, Stuttgart 2006.

Schroeter, K.R., Rosenthal, T.: *Einführung: Soziologie der Pflege oder Pflegesozio­logie – eine weitere Bindestrichsoziologie?*, in: *dies. (Hg.), Soziologie der Pflege*, S. 9-32, Weinheim/München 2005.

Schroeter, K.R., Rosenthal, T. (Hg.): *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*, München 2005.

Schupp, J., Kühnemund, H.: *Private Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen in Deutschland*. In: *DIW, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Jahrgang 71, Nummer 20*, S. 289-294, 2004.

Sennett, R.: *Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus*, Berlin 1998.

Simmel, G.: *Soziologie*, Berlin 1958.

Simmel, G.: *Der Arme*, in: *ders., Soziologie*, Berlin 1958.

Statistisches Bundesamt: *Sonderbericht Lebenslagen der Pflegebedürftigen. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 2003*, Wiesbaden 2004.

Statistisches Bundesamt (Hg.): *Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 1999*, Bonn 2002.

Statistisches Bundesamt (Hg.): *Pflegestatistik 2003*, Wiesbaden 2003.

Statistisches Bundesamt (Hg.): *Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 11. koordinierte Bevölkerungsvorausrechnung*, Wiesbaden 2006.

Stegmüller, W.: *Aufgaben und Ziele der Wissenschaftstheorie. Induktion. Das ABC der modernen Wahrscheinlichkeitstheorie*, in: ders., *Probleme und Resultate der Wissenschaftstheorie und Analytischen Philosophie. Bd. IV: Personelle und Statistische Wahrscheinlichkeit*, Berlin/Heidelberg/New York 1973.

Tackenberg, P., Abt-Zegelin, A.(Hg.): *Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung*, Frankfurt 2001.

Tivig, T.: *Deutschland im demografischen Wandel, Hg. Rostocker Zentrum zur Erforschung des demografischen Wandel*, Rostock 2005.

Wellman, B.: *Domestic Work, Paid Work, and Net Work*, in: Duck, S., Perman, D. (Hg.), *Understanding Personal Relationships*, Beverly Hills: Sage, S.159- 191 1985.

Weyerer, S.: *Was ist Pflegebedürftigkeit (Needs Assessment)?*, in: Igl, G., Naegele, G., Hamdorf, S. (Hg.), *Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen*, S. 48-61, Hamburg 2007.

Wills, T.: *Supportive Functions of Interpersonal Relationships*, in: Cohen, S., Syme, S.L. (Hg.), *Social Support and Health*, Orlando, S.61-82 1985.

Wingenfeld, K., Büscher, A., Schaeffer, D.: *Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten, hekt. Man., 23. März*, Bielefeld 2007.

Zeman, P.: *Pflege in familialer Lebenswelt*, in: Schroeter, K.R., Rosenthal, T. (Hg.), *Soziologie der Pflege*, S. 247-262, Weinheim/München 2005.

Anhang A: Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1: Erhebungen bei der pflegebedürftigen Person	25
Tabelle 2-2: Erhebungen bei der Hauptpflegeperson	26
Tabelle 2-3: Erhebungen bei den Pflegebedürftigen in den Standorten	29
Tabelle 2-4: Verteilung von Merkmalen in der Stichprobe der Begleitforschung und in der Grundgesamtheit der häuslich versorgten Pflegebedürftigen in Deutschland	31
Tabelle 2-5: Verteilung von Merkmalen in der Stichprobe der Hauptpflegepersonen und in der ALLBUS-Studie von 2004.....	34
Tabelle 2-6: Verteilung relevanter Merkmale in der Programm und	36
Tabelle 2-7: Erhebungen in den Standorten: Leistungsart	37
Tabelle 2-8: Vorhergehende Leistungsart und Standort Neuwied	37
Tabelle 3-1: Gründe für die Teilnahme am Budgetprojekt	42
Tabelle 3-2: Gründe für den Eintritt in das Budgetprojekt und vorhergehende Leistungsart.....	43
Tabelle 3-3: Abbruchgründe in der Programm- und Vergleichsgruppe.....	44
Tabelle 3-4: Dauer des Leistungsbezugs vor Eintritt in das.....	47
Tabelle 3-5: Dauer der Projektteilnahme	47
Tabelle 3-6: Gesamte Dauer des Leistungsbezugs.....	48
Tabelle 3-7: Anteil der Projektzeit an der gesamten Dauer des Leistungsbezugs....	49
Tabelle 3-8: Dauer des Leistungsbezugs und Projektzeit in den Standorten	49
Tabelle 4-1: Hilfe-Helfer-Matrix.....	57
Tabelle 4-2: Vorhergehende Leistungsarten.....	71
Tabelle 5-1: Altersspezifische Prävalenzraten.....	83
Tabelle 5-2: Hinweise auf Demenz aus den Erhebungsprotokollen, Begründungen für die Teilnahme und aus RAI in Altersgruppen – nur Teilnehmer der Programmgruppe, bei denen ein RAI-Assessment durchgeführt wurde.....	87
Tabelle 5-3: Unterstützungsnetzwerke	96
Tabelle 5-4: Soziales Milieu der Hauptpflegeperson	103
Tabelle 5-5: Raumstrukturtypen in der Begleitforschung.....	110
Tabelle 5-6: Index soziales Umfeld.....	119
Tabelle 8-1: Korrelationen zwischen Strukturmerkmalen von Pflegearrangements in der Ersterhebung mit den entsprechenden Strukturmerkmalen in den Folgerhebungen	155
Tabelle 10-1: „andere Anbieter“ als Pflegedienste.....	211
Tabelle 10-2: Nachgefragte Leistungen von „anderen Anbietern“ als Pflegediensten	212
Tabelle 11-1:Hauptpflegepersonen	228

Anhang B: Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1-1: Zahl der Pflegebedürftigen und informelles Pflegepotential	7
Abbildung 4-1: Pflegearrangements: Akteure und Sektoren.....	53
Abbildung 4-2: Pflegearrangements: Hilfe-Helfer-Matrix	56
Abbildung 4-3: Anzahl der Sektoren am „durchschnittlichen“ Pflegearrangement....	59
Abbildung 4-4: „Durchschnittliches“ Pflegearrangement – Zahl der Helfer	61
Abbildung 4-5: Zeit und Geld – Austauschbeziehungen zwischen Hilfeempfängern und -anbietern	63
Abbildung 4-6: Zeit der Sektoren in einem „durchschnittlichen“ Pflegearrangement	65
Abbildung 4-7: Geld an die Sektoren in einem „durchschnittlichen“ Pflege- arrangement.....	66
Abbildung 4-8: Durchschnittliche „Stundensätze“ der Sektoren.....	67
Abbildung 4-9: Durchschnittliche Zahl der Helfer aus den Sektoren und vorhergehen- de Leistungsart.....	72
Abbildung 4-10: Zeit der Sektoren und vorhergehende Leistungsart.....	73
Abbildung 4-11: Geld an die Sektoren und vorhergehende Leistungsart	75
Abbildung 5-1: Erklärmodell.....	78
Abbildung 5-2: Pflegestufen in der Begleitforschung und in der Grundgesamtheit...	81
Abbildung 5-3: Boxplot: Skala Pflegebedürftigkeit und Pflegestufen	82
Abbildung 5-4: Pflegebedürftigkeit und vorhergehende Leistungsart	88
Abbildung 5-5: Pflegebedürftigkeit – Anzahl und Zusammensetzung der am Pflegear- rangement beteiligten Helfer	89
Abbildung 5-6: Pflegebedürftigkeit und die von den Sektoren in die Pflege investierte Zeit	90
Abbildung 5-7: Pflegebedürftigkeit und Demenz – von den Sektoren investierte Zeit	91
Abbildung 5-8: Indikatoren für „Chancen“: Klassifikationen von Netzwerken.....	95
Abbildung 5-9: Pflegebedürftigkeit und Unterstützungsnetzwerk.....	97
Abbildung 5-10: Netzwerkstabilität und vorhergehende Leistungsart	98
Abbildung 5-11: Netzwerkstabilität und durchschnittliche Zahl der Helfer	99
Abbildung 5-12: Netzwerkstabilität und von den Sektoren geleistete Zeit	100
Abbildung 5-13: „Soziale Milieus“	103
Abbildung 5-14: Pflegekulturelle Orientierungen	105
Abbildung 5-15: Sozialer Status, Lebensentwurf der Hauptpflegeperson und vorher- gehende Leistungsart.....	106
Abbildung 5-16: Sozialer Status, Lebensentwurf der Hauptpflegeperson und durch- schnittliche Zahl der Helfer	107
Abbildung 5-17: Sozialer Status, Lebensentwurf der Hauptpflegeperson und von den Sektoren geleistete Zeit.....	108
Abbildung 5-18: Raumstrukturtypen – vorhergehende Leistungsarten.....	111
Abbildung 5-19: Raumstrukturtypen – Zahl der Helfer aus den Sektoren.....	112
Abbildung 5-20: Raumstrukturtypen – Zeitbeitrag der Sektoren	113
Abbildung 5-21: Raumtypen – Lebensentwurf und Status der Hauptpflegeperson .	114
Abbildung 5-22: Index „soziales Umfeld“	119
Abbildung 5-23: Pflegebedürftigkeit und soziales Umfeld.....	120
Abbildung 5-24: Soziales Umfeld und gewählte Leistungsart	121
Abbildung 5-25: Soziales Umfeld – Zahl und Zusammensetzung der Helfer.....	122
Abbildung 5-26: Soziales Umfeld – für die Versorgung aufgewendete Zeit.....	123

Abbildung 5-27: Soziales Umfeld, Pflegebedürftigkeit und die von Angehörigen investierte Zeit	126
Abbildung 5-28: Soziales Umfeld, Pflegebedürftigkeit und die vom inform. Sektor 2 investierte Zeit	127
Abbildung 5-29: Soziales Umfeld, Pflegebedürftigkeit und die vom formellen Sektor 1 geleistete Zeit	128
Abbildung 5-30: Soziales Umfeld, Pflegebedürftigkeit und die vom formellen Sektor 2 geleistete Zeit	129
Abbildung 6-1: Zufriedenheit mit der Versorgung und vorhergehende Leistungsart..	135
Abbildung 6-2: Zufriedenheit mit der Versorgung und von Angehörigen in die Versorgung investierte Zeit	135
Abbildung 7-1: Belastungen von Hauptpflegepersonen.....	143
Abbildung 7-2: Belastungen der Hauptpflegeperson und Zeitaufwand für die Versorgung	144
Abbildung 7-3: Belastungen der Hauptpflegeperson – Pflegebedürftigkeit und Demenz	145
Abbildung 7-4: Korrelation der Belastungsskala mit der Skala „Zufriedenheit mit der Lebensqualität“	147
Abbildung 9-1: Veränderung der Pflegebedürftigkeit im Projektverlauf	161
Abbildung 9-2: Selektionseffekt der Pflegebedürftigkeit	162
Abbildung 9-3: Veränderung der Pflegebedürftigkeit	163
Abbildung 9-4: Skalenwerte für das soziale Umfeld in den Projektphasen	165
Abbildung 9-5: Veränderung des sozialen Umfelds im Projektverlauf	166
Abbildung 9-6: Selektionseffekte des sozialen Umfelds	167
Abbildung 9-7: Skalenwerte für „soziales Umfeld“ und „Pflegebedürftigkeit“	168
Abbildung 10-1: Veränderung der Zahl der Helfer	172
Abbildung 10-2: Veränderung der Zusammensetzung der Helfer.....	173
Abbildung 10-3: Veränderung der Zeitbeiträge der Sektoren	178
Abbildung 10-4: Keine Veränderungen: Zeit inform. Sektor 2 und form. Sektor 1 ...	179
Abbildung 10-5: Veränderungen: Zeit inform. Sektor 1 und form. Sektor 2	180
Abbildung 10-6: Zeitveränderungen bei ehemaligen Geld- und Sachleistern	184
Abbildung 10-7: „Verberuflichung der Pflege“	185
Abbildung 10-8: Entlastung der Angehörigen durch das Budget	186
Abbildung 10-9: Pflegebudget unter „schwierigen Bedingungen“	190
Abbildung 10-10: Nachfrage von Leistungen des formellen Sektor 2	191
Abbildung 10-11: Veränderung der Zeitstruktur von Pflegearrangements	194
Abbildung 10-12: Veränderung der Pflegearrangements unter „schwierigen Bedingungen“	197
Abbildung 10-13: Anbieter von Leistungen in den Folgeerhebungen	209
Abbildung 10-14: Leistungen von Anbietern, die keine Pflegedienste sind	216
Abbildung 10-15: Veränderung von Geldzahlungen an die Sektoren	218
Abbildung 10-16: Vergleichsmatrix: Effekte des Budgets unter Geldgesichtspunkten	219
Abbildung 10-17: Veränderung von Ausgaben ehemaliger Sachleistungsbezieher	220
Abbildung 10-18: Veränderung von Ausgaben ehemaliger Geldleistungsbezieher.	221
Abbildung 10-19: Veränderung von Ausgaben ehemaliger Geldleistungsbezieher.	222
Abbildung 10-20: Veränderung von Ausgaben der Sachleistungsbezieher in der Vergleichsgruppe	223
Abbildung 10-21: Veränderung von Ausgaben der Geldleistungsbezieher in der Vergleichsgruppe	223

Abbildung 10-22: Veränderung der Struktur von Ausgaben in der Programmgruppe	224
Abbildung 10-23: Veränderung der Struktur von Ausgaben in der Vergleichsgruppe	226
Abbildung 11-1: Für die Pflege aufgewendete Zeit der Hauptpflegeperson	230
Abbildung 11-2: Veränderung der von Kindern und Partnern für die Pflege aufgewendete Zeit	231
Abbildung 11-3: Veränderung von Belastungen	232
Abbildung 11-4: Veränderung von Belastungen bei starker Pflegebedürftigkeit und Demenz	233
Abbildung 11-5: Zufriedenheit mit der Lebensqualität – Veränderungen	234
Abbildung 11-6: Zufriedenheit mit der Lebensqualität – Unterskalen	235
Abbildung 12-1: Wahrscheinlichkeit der Verbleibs in der häuslichen Versorgung unter „schwierigen Bedingungen“	238

Anhang C: Interviewtexte:

- 1. Ersterhebung bei der pflegebedürftigen Person**
- 2. Ersterhebung bei der Hauptpflegeperson**
- 3. Folgeerhebungen bei der pflegebedürftigen Person**
- 4. Folgeerhebungen bei der Hauptpflegeperson**

