

Discussion Paper No. 04-84

**Soziale Experimente mit dem
Pflegebudget (2004-2008) –
Konzeption des Evaluationsdesigns**

Melanie Arntz und Alexander Spermann

ZEW

Zentrum für Europäische
Wirtschaftsforschung GmbH

Centre for European
Economic Research

Discussion Paper No. 04-84

**Soziale Experimente mit dem
Pflegebudget (2004-2008) –
Konzeption des Evaluationsdesigns**

Melanie Arntz und Alexander Spermann

Download this ZEW Discussion Paper from our ftp server:

<ftp://ftp.zew.de/pub/zew-docs/dp/dp0484.pdf>

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

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

Das Wichtigste in Kürze

Vor dem Hintergrund knapper werdender Ressourcen in der Pflegeversicherung könnten personengebundene Budgets (im Folgenden: Pflegebudget) eine Möglichkeit sein, eine längere Verweildauer in der häuslichen Pflege zu ermöglichen. Die Pflege zu Hause wird von den Betroffenen gewünscht und ist derzeit weiterhin der Regelfall - sie kann jedoch in naher Zukunft aufgrund labiler sozialer Netzwerke der Pflegebedürftigen an Bedeutung verlieren. Wenn an sich gewünschte häusliche Pflegearrangements nicht mehr möglich sind, bleibt als Alternative lediglich eine fiskalisch sehr teure Unterbringung im Heim.

Das Pflegebudget ist eine Geldleistung, die vom Pflegebedürftigen bzw. Pflegeangehörigen zum bedarfsgerechten Einkauf von Pflegedienstleistungen verwendet werden darf. Das Pflegebudget könnte die bestehenden Sach- und Geldleistungen zukünftig ergänzen, falls es sich im sozialen Experiment als kosteneffiziente Art der Leistungserbringung bewährt. Internationale Erfahrungen mit personengebundenen Budgets, insbesondere in den Niederlanden und Großbritannien, deuten darauf hin, dass eine höhere Pflegequalität bei Kosten in Sachleistungshöhe erreicht werden könnte, weil in der häuslichen Pflege individuelle und nicht mehr staatlich bestimmte Pflegearrangements getroffen werden können. Bei der Entwicklung des Evaluationsdesigns sind jedoch zwei deutsche Spezifika zu beachten. Zum einen wird das Pflegebudget mit der Beratungsleistung eines Case Managers verbunden, zum anderen enthält das bestehende Leistungssystem bereits Geld- und Sachleistungen.

Das Modellprojekt Persönliches Pflegebudget nach § 8 Abs. 3 SGB XI wird von den Spitzenverbänden der Pflegekassen - dem Verband der Deutschen Angestelltenkassen (VdAK) - finanziert. Träger des Projekts ist die Evangelische Fachhochschule Freiburg, Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege, unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas Klie. Die pflegewissenschaftliche und juristische Sicht wird durch die Kontaktstelle der Evangelischen Fachhochschule eingebracht, die soziologische Sicht durch das Freiburger Institut für Angewandte Sozialforschung (FIFAS) und die ökonomische Sicht durch das Mannheimer Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW). Das Pflegebudget soll an sieben Standorten in West- und Ostdeutschland mit insg. etwa 1.000 Programmteilnehmern im Vergleich zu etwa 1.000 vergleichbaren Nichtteilnehmern zwischen 1. Oktober 2004 und 31. März 2008 erprobt werden.

Im theoretischen Teil des Papiers wird das Pflegebudget in einem einfachen mikroökonomischen Rahmen mit Geld- und Sachleistungen verglichen. Dabei zeigt sich, dass das Pflegebudget nicht als reine Geldleistung interpretiert werden kann, weil bestimmte Verwendungsformen (z.B. Zahlungen an nahe Familienangehörige, Finanzierung von Schwarzarbeit) ausgeschlossen sind. Insofern stellt das Pflegebudget eine Art Zwitter zwischen der bereits existierenden Geld- und Sachleistung dar. Weiterhin wird im theoretischen Teil herausge-

arbeitet, dass die Einführung des Pflegebudgets zunächst mit höheren Kosten verbunden ist, weil zum einen das Pflegebudget in Höhe der Sachleistungen gewährt wird, und zum anderen Pflegebudget und Case-Management verknüpft werden. Kosteneinsparungen sind deshalb erst in der Zukunft zu erwarten - unter der Voraussetzung, dass sich die Verweildauer zu Hause sich deutlich erhöht.

Im empirischen Teil des Beitrags wird das ökonomische Evaluationskonzept zu den geplanten sozialen Experimenten mit dem Pflegebudget vorgestellt und als Teil der interdisziplinären wissenschaftlichen Begleitforschung dargestellt. Zur Lösung des fundamentalen Evaluationsproblems gelten soziale Experimente zwar als die beste Herangehensweise - es können dennoch zahlreiche Verzerrungen auftreten, so dass ein einfacher Mittelwertvergleich der Ergebnisvariable von Programm- und Kontrollgruppe nicht den kausalen Effekt des Pflegebudgets identifiziert. Es werden alle in der Literatur diskutierten möglichen Verzerrungen mit Bezug auf den Modellversuch diskutiert. Es zeigt sich, dass die Verzerrung durch die Zufallsauswahl von relativ größter Bedeutung ist. Im Evaluationsdesign I wird dieser Verzerrung durch eine Randomisierung zu einem frühen Zeitpunkt Rechnung getragen. In der Evaluationspraxis ist die Umsetzung dieses wünschenswerten Evaluationsdesigns I jedoch maximal an einem Standort denkbar, weil die dafür notwendigen Datenerfordernisse extrem hoch sind. Deshalb wird als Ersatzlösung das Evaluationsdesign II entwickelt, welches zwar weniger Forschungsfragen beantworten kann, jedoch realistischerweise in den meisten Standorten umgesetzt werden kann.

Soziale Experimente mit dem Pflegebudget (2004-2008) - Konzeption des Evaluationsdesigns

Melanie Arntz, Alexander Spermann*

November 2004

Zusammenfassung

In diesem Beitrag wird das Evaluationskonzept zu den geplanten sozialen Experimenten mit dem so genannten personengebundenen Budget (Pflegebudget) vorgestellt. Das Pflegebudget ist eine Geldleistung, die vom Pflegebedürftigen bzw. Pflegeangehörigen zum bedarfsgerechten Einkauf von Pflegedienstleistungen verwendet werden darf. Das Pflegebudget könnte die bestehenden Sach- und Geldleistungen zukünftig ergänzen, falls es sich in sozialen Experimenten als kosteneffiziente Art der Leistungserbringung bewährt. Internationale Erfahrungen mit personengebundenen Budgets, insbesondere in den Niederlanden und Großbritannien, deuten darauf hin, dass eine höhere Pflegequalität bei Kosten in Sachleistungshöhe erreicht werden könnte, weil in der häuslichen Pflege individuelle und nicht mehr staatlich bestimmte Pflegearrangements getroffen werden können. Bei der Entwicklung des Evaluationsdesigns sind jedoch zwei deutsche Spezifika zu beachten. Zum einen wird das Pflegebudget mit der Beratungsleistung eines Case Managers verbunden, zum anderen enthält das bestehende Leistungssystem bereits Geld- und Sachleistungen. Das Pflegebudget soll zwischen 2004 und 2008 in sieben Standorten in West- und Ostdeutschland mit randomisierten Kontrollgruppen als soziales Experiment erprobt werden.

JEL-Klassifikation: C 93, H 51, I 18

Keywords: Pflegeversicherung, Pflegebudget, Modellversuch, soziales Experiment

*Melanie Arntz ist wissenschaftliche Mitarbeiterin, Alexander Spermann ist Forschungsbereichsleiter am Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW), Postfach 10 34 43, 68034 Mannheim. E-mail: arntz@zew.de und spermann@zew.de. Wir danken Baldo Blinkert, Bernd Fitzenberger, Thomas Klie, Jochen Michaelis, Regina Riphahn, Jeff Smith, den Mitgliedern des Ausschusses für Sozialpolitik des Vereins für Sozialpolitik, den Teilnehmern der Jahrestagung der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt und dem Team des Forschungsbereichs Arbeitsmärkte, Personalmanagement und soziale Sicherung am ZEW für wertvolle Hinweise.

1 Einleitung

Die Pflegeversicherung ist verstärkt in die öffentliche Diskussion gelangt. Nach Schätzungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMGS) wird die Finanzreserve der Pflegeversicherung von derzeit etwa 3 Mrd. Euro im Jahr 2007 aufgebraucht sein. Hauptgrund für das steigende Defizit ist die starke Zunahme der Pflegefälle bei gleichzeitig geringen erwarteten Steigerungen auf der Einnahmenseite. Nach Schätzungen des Instituts für Wirtschaft und Gesellschaft (IWG) wird sich die Zahl der Pflegefälle von derzeit etwa 2 Millionen auf über 4 Millionen verdoppeln. Damit wäre eine Ausgabensteigerung von derzeit 20 Milliarden Euro auf über 100 Milliarden Euro verbunden, wozu - bei unveränderten Finanzierungsstrukturen - der Beitragssatz von 1,7 % auf knapp 4 % steigen müsste (vgl. Ottnad 2003). Diese Status-quo-Prognosen zeigen den Handlungsbedarf bei der Reform der Pflegeversicherung deutlich auf. Bereits heute sind einschneidende Reformmaßnahmen auf der Ausgabenseite nötig, um den Trend zu höheren Ausgaben zu stoppen. In diesem Zusammenhang wird international und - seit etwa einem Jahr - auch national verstärkt über die Möglichkeiten eines so genannten personengebundenen Budgets (im Folgenden: Pflegebudget) diskutiert. Dieses verstärkte Interesse rührt insbesondere aus den Erwartungen, die das Pflegebudget hinsichtlich einer verbesserten Kosteneffizienz weckt. Das Pflegebudget wirkt auf eine längere Verweildauer in der häuslichen Pflege hin, so dass der fiskalisch sehr teure, so genannte Heimsog gemildert werden könnte. Das Pflegebudget könnte demnach eine hohe Pflegequalität bei Kosteneinsparungen in der Zukunft sicherstellen. Im Rahmen des Modellversuchs sind mit der Einführung jedoch zunächst höhere Kosten verbunden, weil zum einen das Pflegebudget in Höhe der Sachleistungen gewährt wird, und zum anderen Pflegebudget und Case-Management verknüpft werden.

Das derzeit existierende Leistungsspektrum der Pflegeversicherung - die Sachleistungen nach § 36 SGB XI und die Geldleistungen nach § 37 SGB XI bzw. eine Kombination aus beiden Leistungen - werden häufig als zu wenig bedarfsorientiert angesehen (für einen groben Überblick über die Leistungsarten im Vergleich zum Pflegebudget vgl. Tabelle 1 im Anhang). Insbesondere der strenge Verrichtungsbezug bei den Sachleistungen, der ausschließlich gesetzlich definierte Leistungskomplexe wie z.B. die kleine Pflege (Lagern, An-/Auskleiden, Mund- und Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Hautpflege, Haarwäsche, Nagelpflege) im Rahmen der Pflegeversicherung als vergütungswürdig einstuft, geht z.T. am Bedarf, insbesondere von Demenzkranken, vorbei (siehe auch die Leistungskomplexe in Tabelle 2 im Anhang). Eine Folge dieser bedarfsfernen Ausgestaltung der Leistungsstruktur der Pflegeversicherung ist eine höhere Wahrscheinlichkeit, von der häuslichen Pflege in die stationäre Pflege zu wech-

seln. Dieser Übergang in das Pflegeheim ist aus individueller Sicht eine Verschlechterung der Lebensqualität, weil ältere Menschen - wie Umfragen belegen - es bevorzugen, zu Hause zu leben (vgl. Schupp und Künemund, 2004). Auch aus Sicht der Pflegeversicherung ist die häusliche Pflege vorteilhaft, weil die Leistungen je Pflegestufe deutlich geringer als bei stationärer Pflege ausfallen. Aus fiskalischer Sicht ist die häusliche Pflege der Versorgung im Heim deshalb vorzuziehen, weil die Leistungen der Pflegeversicherung plus die Leistungsansprüche der Pflegebedürftigen aus der staatlichen Rentenversicherung bzw. den Pensionskassen oft nicht ausreichen, um die hohen Kosten der stationären Pflege mit monatlichen Sätzen von durchschnittlich etwa 3.000 Euro abzudecken, so dass ergänzende Sozialhilfeansprüche aus Steuermitteln zu finanzieren sind (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004). Aus wohlfahrtsökonomischer Sicht ist die Überlegenheit häuslicher Pflegearrangement gegenüber der stationären Pflege nicht eindeutig, weil die Opportunitätskosten der Pflegenden und die damit verbundenen Verzerrungen der Arbeitsangebotsentscheidung berücksichtigt werden müssen (vgl. Norton 2000).

Personengebundene Budgets sind z.T. seit über zehn Jahren in anderen europäischen Staaten wie Großbritannien, Niederlande und Schweden Realität. Die Erfahrungen in diesen Ländern weisen auf einen höheren Zufriedenheitsgrad der Pflegebedürftigen hin, wenn sie mittels eines Pflegebudgets ihr Pflegearrangement aktiv mitgestalten können. Evaluationsstudien mit Kontrollgruppen liegen aus diesen Ländern jedoch nicht vor. In Deutschland fanden Modellversuche mit personengebundenen Budgets in der Behindertenhilfe in Rheinland-Pfalz und mit einer dem Pflegebudget verwandten pauschalen Geldleistung in Frankfurt am Main statt. Beide deutschen Modellversuche bestätigen den grundsätzlichen Bedarf nach Budgets. Infolge einer geringen Teilnehmerzahl sowie fehlender Kontrollgruppen lassen sich jedoch keine Schlußfolgerungen zur Kosteneffizienz aus diesen ersten deutschen Modellversuchen ziehen. Einen Überblick über internationale aber auch nationale Erfahrungen mit dem Pflegebudget geben Arntz und Spermann (2004).

Das Pflegebudget ist ein Zwitter aus einer reinen Geldleistung ohne Zweckbindung und einer Sachleistung. Das Pflegebudget ist wie das Pflegegeld eine Geldleistung, die auch für Pflegedienstleistungen außerhalb des gesetzlich definierten Rahmens verwendet werden darf. Somit ist es u.a. denkbar, dass auch ein psychosozialer Betreuungsbedarf abgedeckt werden kann und somit auch das Spielen eines Gesellschaftsspiels mit der Geldleistung bezahlt werden kann. Insofern besteht bei einer Geldleistung eine deutlich höhere Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen in Bezug auf die Art des Pflegearrangementes. Die Höhe des Pflegebudgets entspricht jedoch im Rahmen des Modellversuchs dem Betrag der Sachleistung und ist damit höher als das Pflegegeld. So scheint das Pflegebudget zunächst

deutlich attraktiver als das Pflegegeld zu sein. Die Verwendungsmöglichkeiten des Pflegebudgets gegenüber dem Pflegegeld sind jedoch in einem wichtigen Punkt eingeschränkt. Während das Pflegegeld völlig zweckungebunden unter anderem auch als Gratifikation für pflegende Angehörige verwendet werden kann und auch eine Zweckentfremdung grundsätzlich denkbar ist (z.B. Kauf eines Fernsehers), beschränkt sich die Einsatzmöglichkeit des Pflegebudgets auf frei wählbare Pflegedienstleistungen legaler Anbieter (z.B. professionelle Pflegedienste, Mini-Jobber, Ich-AG) - die Bezahlung von nahen Angehörigen und Schwarzarbeitern ist explizit ausgeschlossen. Die Entscheidungsfreiheit der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen ist somit bei der Wahl der Leistungserbringer gegenüber dem Pflegegeld eingeschränkt, so dass das Pflegebudget nicht als eine reine Geldleistung verstanden werden kann.

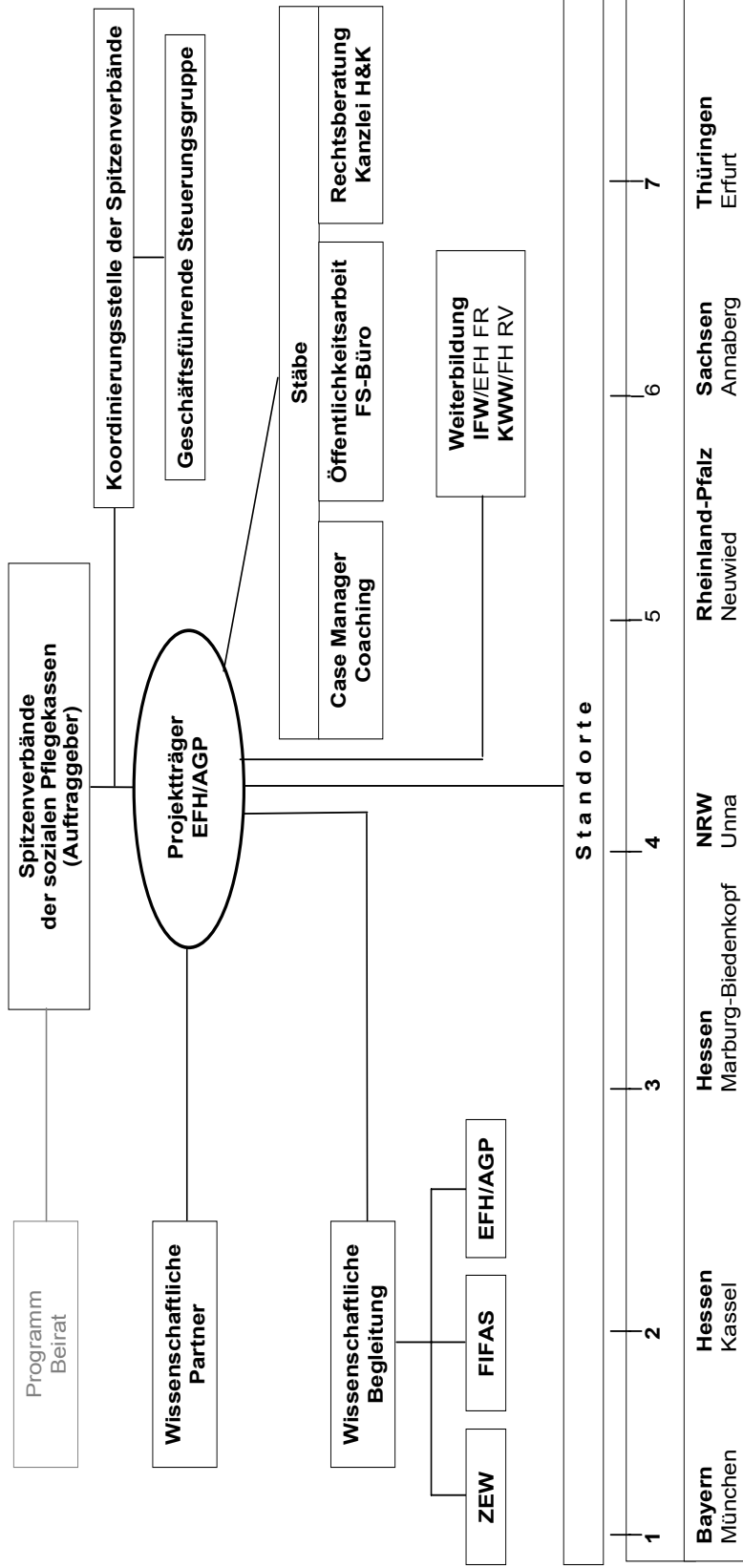
Zusätzlich steht bei diesem Modellversuch ein Case-Manager für die Beratung der Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen zur Verfügung. Ein Case Manager arbeitet für ca. 50 Pflegebedürftige, ermittelt ihren Hilfebedarf und erarbeitet einen Hilfeplan. Der Case Manager soll das soziale Netzwerk des Pflegebedürftigen aktivieren und bei der Kombination ehrenamtlicher, niedrigschwelliger und professioneller Pflegedienstleistungen beratend und organisierend zur Seite stehen. Weiterhin sollen Case Manager die Transaktionskosten für Pflegehaushalte bei der Organisation ihres individuellen Pflegearrangements reduzieren. Case Manager sollen auch durch Informations- und Kommunikationsarbeit zum Entstehen einer lokalen Infrastruktur im Pflegebereich beitragen. Insbesondere in der Anfangsphase des Modellversuchs werden z.B. auch Gespräche mit bereits bestehenden ambulanten Diensten im Hinblick auf eine mögliche Diversifizierung ihres Dienstleistungsangebots und Gespräche mit dem lokalen Arbeitsamt im Hinblick auf neue Chancen für Ich-AGs notwendig sein. Darüber hinaus überprüft der Case Manager die legale Verwendung des Pflegebudgets und die Qualität der Pflegedienstleistungen mittels geeigneter Assessment-Verfahren.

Das Modellprojekt Persönliches Pflegebudget nach § 8 Abs. 3 SGB XI wird von den Spitzenverbänden der Pflegekassen - dem Verband der Deutschen Angestelltenkassen (VdAK) - finanziert. Träger des Projekts ist die Evangelische Fachhochschule Freiburg, Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege, unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas Klie. Die wissenschaftliche Begleitforschung wird gemeinsam von Pflegewissenschaftlern, Soziologen, Juristen und Ökonomen durchgeführt, um der Komplexität der verschiedenen Aspekte des Modellversuchs gerecht zu werden. Die pflegewissenschaftliche und juristische Sicht wird durch die Kontaktstelle der Evangelischen Fachhochschule eingebracht, die soziologische Sicht durch das Freiburger Institut für Angewandte Sozialforschung (FIFAS) und die ökonomische Sicht durch das Mannheimer Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW). Das Pflege-

budget soll an sieben Standorten in West- und Ostdeutschland mit insg. etwa 1.000 Programmteilnehmern im Vergleich zu etwa 1.000 vergleichbaren Nichtteilnehmern zwischen 1. Oktober 2004 und 31. März 2008 erprobt werden. Zur Zeit der Fertigstellung des Manuskripts haben in den Standorten bereits Auftaktveranstaltungen stattgefunden, es gab bereits Interessenten, jedoch noch keine Budgetnehmer. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Projektstruktur. Tabelle 3 im Anhang gibt zudem einen Überblick über den Projektumfang an den jeweiligen Standorten.

Der Beitrag ist wie folgt gegliedert. Im zweiten Kapitel werden mikroökonomische Überlegungen zum Pflegebudget in einem simplen theoretischen Rahmen angestellt, um die Wirkungsweise des Pflegebudgets, die unterschiedlichen Vergleichsszenarien und die mögliche Kosteneffizienz darzustellen. In Kapitel 3 wird das fundamentale Evaluationsproblem formal dargestellt und gezeigt, unter welchen Voraussetzungen es durch soziale Experimente zu lösen ist. In Kapitel 4 wird das empirische Evaluationskonzept auf der Basis der mikroökonomischen Evaluationsliteratur entwickelt. In Kapitel 5 werden die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst und Schlussfolgerungen gezogen.

Abbildung 1: Die Projektstruktur zum Modellversuch



- AGP Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege an der EFH
- EFH Evangelische Fachhochschule, Freiburg
- FH Fachhochschule Weingarten/Ravensburg
- FIFAS Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft
- FS-Büro FORUM SOZIALSTATION e.V. Bonn
- IFW Institut für Fort- und Weiterbildung, Freiburg
- H&K Kanzlei RAe Hess & Koll, Freiburg
- KWV Koordinierungsstelle für Wissenschaftliche Weiterbildung, Ravensburg
- ZEW Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung GmbH, Mannheim

2 Mikroökonomische Überlegungen zum Pflegebudget

2.1 Vergleich Geldleistung, Sachleistung und Pflegebudget

In der finanzwissenschaftlichen Standardliteratur wird zum einen die Überlegenheit einer frei verwendbaren Geldleistung gegenüber einer zweckgebundenen Sachleistung hervorgehoben, zum anderen aber auch auf die Abhängigkeit dieses Ergebnisses von den Präferenzen der Individuen hingewiesen (vgl. Ribhegge 2004 und Rosen 2002). Die Argumentation wird üblicherweise in einem einfachen Zwei-Güter-Modell entwickelt und soll hier mit Bezug auf den Vergleich zwischen Geld- und Sachleistungen in der Pflegeversicherung kurz nachvollzogen werden.

In Abbildung 2 sind an der Abszisse die gesetzlichen Pflegedienstleistungen und an der Ordinate alle anderen Güter, also auch nicht gesetzlich definierte Pflegedienstleistungen abgetragen. Das Ausgangsbudget des Haushalts AB verschiebt sich durch zusätzliche Geldleistungen nach außen zu A'B'. Aufgrund der Zweckungebundenheit der Geldleistung können alle Kombinationen auf der Budgetgerade konsumiert werden. Dadurch kann der Haushalt sein Nutzenniveau von U_0 auf U_1 steigern. Werden jedoch statt dessen Sachleistungen gewährt, wird dem Pflegebedürftigen die Budgetverwendung für Güterkombinationen, die im Dreieck BCB' liegen, versagt. Die neue Budgetgerade bei Sachleistungen ist A'CB. Dadurch wird der Haushalt zum Konsum der Sachleistungen in Höhe der Menge BC gezwungen, so dass lediglich ein Nutzenniveau von U_2 realisierbar ist - es wird bei normalen

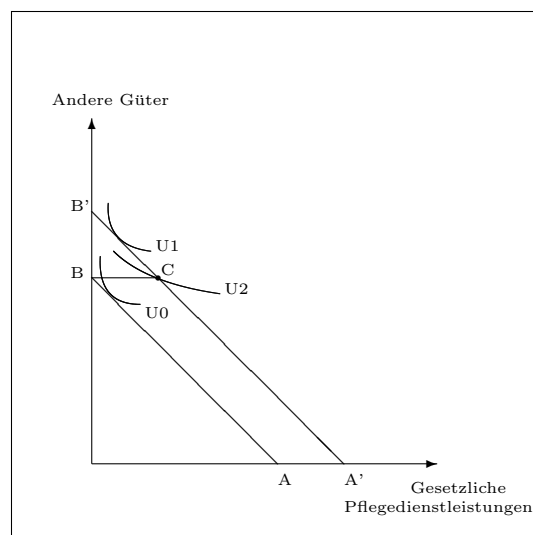


Abbildung 2: Überlegenheit der Geldleistung gegenüber der Sachleistung

Präferenzen die Ecklösung in Punkt C gewählt, so dass der Haushalt u.U. mehr gesetzlich definierte Pflegedienstleistungen konsumiert, als er es bei freier Mittelverwendung getan hätte. Anders formuliert: Das mit der Sachleistung verbundene Nutzenniveau U_2 hätte auch mit einem geringeren Betrag an Geldleistung erreicht werden können.

Die Geldleistung ist jedoch nicht in jedem Fall mit einem höheren Nutzenniveau für den Haushalt verbunden - entscheidend sind die Präferenzen der Individuen und damit die Steigung der Indifferenzkurven. In Abbildung 3 wird ein Pflegebedürftiger betrachtet, für den die Sachleistung und die Geldleistung äquivalent sind, weil eine Präferenz für gesetzlich definierte Pflegedienstleistungen (tendenziell steile Indifferenzkurven der Individuen) besteht. Für Haushalte mit diesen Präferenzen bringt eine Geldleistung im Vergleich zur Sachleistung keine Nutzensteigerung.

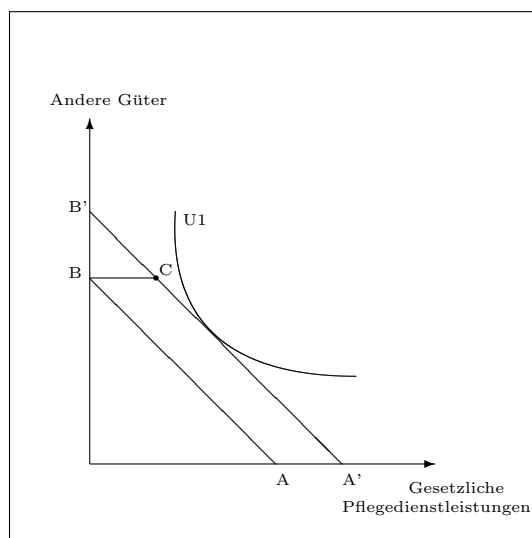


Abbildung 3: Indifferenz zwischen Sachleistung und Geldleistung

Die theoretische Einsicht der Finanzwissenschaft, dass ein gleich hohes Nutzenniveau mit einem geringeren Geldbetrag bei freier Geldverwendung erreicht werden kann, hat bei der Konstruktion der Pflegeversicherung Eingang gefunden. So liegt das Leistungsniveau der frei verwendbaren Geldleistung deutlich unter dem Niveau der zweckgebundenen Sachleistung (vgl. Tabelle 4 im Anhang). Auch ist das bestehende System flexibler als es nach der obigen Darstellung zunächst erscheint. Zum einen können im Status quo Sachleistungen und Geldleistungen miteinander kombiniert werden. Zum anderen existiert zumindest anekdotische Evidenz, dass die Dienstleistungserbringer in der Regel zwar nur gesetzlich vorgeschriebene Dienstleistungen abrechnen, jedoch teilweise auf individuelle Wünsche der Pflegebedürftigen

im Rahmen von Hausbesuchen eingehen. Angesichts des hohen Zeitdrucks für ambulante Dienste sind diesen Zusatzleistungen jedoch enge Grenzen gesetzt. Es bleibt dennoch festzuhalten, dass die an der Abszisse abgetragenen Pflegedienstleistungen de facto nicht so starr sind, wie es die rein juristische Betrachtung nahelegt.

Geplant sind im Rahmen der sozialen Experimente mit dem Pflegebudget ein dem Sachleistungsniveau angeglichenes Pflegebudget, also eine deutlich höhere Leistung als die Geldleistung, die noch mit der Beratungsleistung durch den Case-Manager kombiniert wird. Damit sind die einfachen Abbildungen 2 bis 3 nicht mehr zutreffend. Im Folgenden soll das Pflegebudget (inkl. Case Manager) im Vergleich zu Geldleistungen (Fall 1) und im Vergleich zu Sachleistungen (Fall 2) dargestellt werden.

Fall 1: In Abbildung 4 wird der Vergleich zwischen Pflegegeld und Pflegebudget betrachtet. Auf der Abszisse sind wiederum die gesetzlich vorgegebenen Pflegedienstleistungen und auf der Ordinate alle anderen Güter incl. der im Rahmen des Pflegebudgets frei wählbaren Dienstleistungen abgebildet. Dabei wäre die durch einen Minijobber erbrachte Dienstleistung ein typisches Beispiel einer Pflegebudgetdienstleistung.

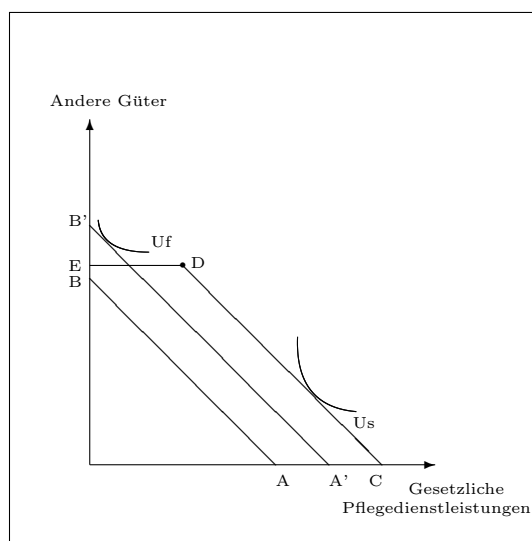


Abbildung 4: Vergleich Pflegegeld und Pflegebudget

Die Geldleistung (Pflegegeld) des bestehenden Systems verschiebt die Budgetgerade nach rechts zu A'B', weil das Pflegegeld als Gratifikation für pflegende Angehörige völlig frei verwendbar ist. Die Höhe des Pflegebudgets entspricht dem Sachleistungsniveau, so dass die Budgetgerade weiter nach außen verschoben wird als beim Pflegegeld. Hinzu kommt die Beratungsleistung des Case-Managers, die sich in einen geldwerten Vorteil für den Pfl-

gebedürftigen umrechnen lässt. Das Pflegebudget und der monetäre Gegenwert des Case-Managements bewirken eine Rechtsverschiebung auf CDE (geknickte Budgetgerade), da die Leistungen des Pflegebudgets gesetzlich an Pflegedienstleistungen legaler Anbieter gebunden sind.

In Abbildung 4 wird somit deutlich, dass das völlig zweckungebundene Pflegegeld gegenüber dem Pflegebudget bei bestimmten Präferenzen vorteilhaft sein kann, obwohl es deutlich niedriger als das Pflegebudget ausfällt und obwohl Pflegegeldempfänger nicht von Case-Managern beraten werden. Die Entscheidung für das Pflegegeld ist bei starker Präferenz für vom Pflegebudget ausgeschlossene Arten der Budgetverwendung (flache Indifferenzkurven U_f) und subjektiv hoch empfundenen Transaktionskosten durch die Einschaltung von Case-Managern für Haushalte nutzenmaximal. Bei Präferenz für durch das Pflegebudget abgedeckte Leistungen (steilere Indifferenzkurven U_s) ist die Entscheidung für das Pflegebudget nutzenmaximal.

Fall 2: In Abbildung 5 wird der Vergleich zwischen Sachleistungen und Pflegebudget dargestellt. Die Abszisse bildet ausschließlich die gesetzlich definierten Pflegedienstleistungen ab, während alle anderen Güter (inkl. weiterer Pflegedienstleistungen legaler Anbieter) auf der Ordinate abgetragen sind. Ausgangspunkt ist das Budget AB, welches durch Sachleistungen auf A'B'B nach rechts verschoben wird. Der Haushalt wird in Abhängigkeit seiner Präferenzen eine Güterkombination auf der geknickten Budgetgerade wählen, z.B. U_0 .

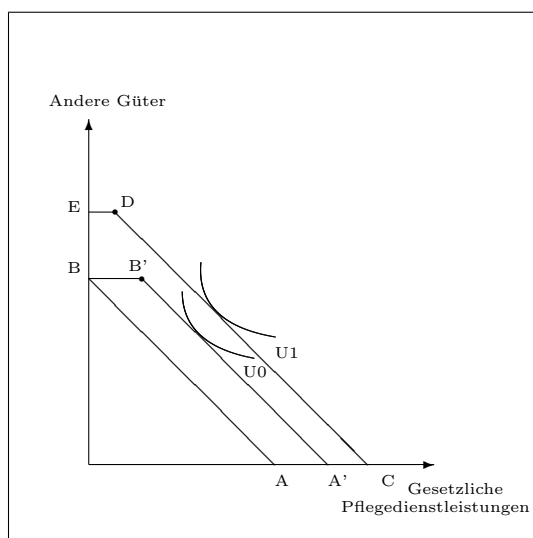


Abbildung 5: Vergleich Sachleistung und Pflegebudget

Das Pflegebudget in Höhe der Sachleistungen verschiebt unter Berücksichtigung des monetären Gegenwerts der Beratungsdienstleistung der Case Manager und der Tatsache, dass im Vergleich zum bestehenden Sachleistungssystem eine geringere Zweckbindung existiert, die Budgetgerade auf CDE. Deshalb müssten sich nach dieser statischen Darstellung alle Pflegebedürftigen für das Pflegebudget entscheiden, weil dies in jedem Fall mit einem höherem Nutzenniveau verbunden ist, z.B. U_1 .

Die Abbildung 5 greift jedoch zu kurz, weil mögliche nutzenmindernde bzw. kostensteigernde Einflussgrößen nicht betrachtet werden. Insbesondere müssten Transaktionskosten für die Pflegebedürftigen berücksichtigt werden, die mit der Beschaffung nicht gesetzlich vorgeschriebener Dienstleistungen verbunden sind. Pflegebedürftige bzw. Pflegeangehörige müssen prüfen, welche Pflegearrangements mit dem Pflegebudget in Einklang zu bringen sind (z.B. ob die Nachbarin, die nicht als Ich-AG fungiert und keinen Minijob ausübt, aus dem Pflegebudget bezahlt werden darf). Weiterhin müssen sie sich über potenzielle Pflegedienstleister informieren, Preise vergleichen usw., so dass erhebliche Informations- und Suchkosten anfallen können, die nutzenmindernd wirken. In diesem Zusammenhang sind auch Opportunitätskosten pflegender Personen und damit verbundene Arbeitsangebotseffekte von Bedeutung. Weitere weiche Faktoren, wie z.B. der Eintritt der Case-Manager in die (auch finanzielle) Intimissphäre der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, mögen ebenfalls nutzenmindernd empfunden werden. Auch ist es fraglich, ob ausschließlich Pflegebedürftige Nutzen maximieren oder ob realistischerweise von einer gemeinsamen Nutzenmaximierung eines Pflegehaushaltes (Pflegebedürftige und pflegende Familienmitglieder) ausgegangen werden muss. Unter Einbeziehung dieser nutzenmindernden Effekte muß das Pflegebudget gegenüber der Pflegesachleistung keineswegs als nutzensteigernd empfunden werden, so dass es eine offene empirische Frage ist, in welchem Maße die Pflegesachleistung durch das Pflegebudget substituiert wird.

2.2 Statische und dynamische Kosteneffizienz

Wie die obige mikroökonomische Analyse gezeigt hat, ist die Integration des Pflegebudgets in ein bestehendes System der Geld- und Sachleistungen zunächst mit höheren Kosten für die gesetzliche Pflegeversicherung verbunden.

Abbildung 4 verdeutlicht, dass die fiskalischen Kosten für die Pflegeversicherung bei der Wahl des Pflegebudgets anstelle des Pflegegeldes zunächst höher ausfallen. Für Individuen, die unter dem bestehenden System bereits eine mit dem Pflegebudget konforme häusliche Pflege gewählt haben, ist das Pflegebudget ein reiner Einkommenseffekt, der nutzensteigernd

mitgenommen wird. Pflegebedürftige, für die das Pflegegeld z.B. wegen der freien Verwendungsmöglichkeit für Angehörige weiterhin attraktiv ist, ändern ihre Entscheidung nicht, so dass das Nutzenniveau bei unveränderten Kosten gleich bleibt. Es ist demnach eine empirisch offene Frage, in welchem Ausmaß bisherige Bezieher des Pflegegeldes in das höher dotierte Pflegebudget wechseln - das hängt von den Präferenzen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ab. Über diesen Wirkungskanal sind daher höhere Ausgaben als bisher zu erwarten, die allerdings auch zu einem höheren Nutzenniveau führen würden.

Abbildung 5 veranschaulicht, dass das Pflegebudget inkl. Case-Manager auch im Vergleich zu Sachleistungen aus statischer Sicht zunächst einmal teurer ist. Aber auch hier ist es eine empirisch offene Frage, in welchem Ausmaß bisherige Bezieher von Sachleistungen in das - unter Berücksichtigung der Beratungsdienstleistung durch die Case Manager - mit höheren Kosten verbundene Pflegebudget wechseln. Auch das hängt von den Präferenzen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ab.

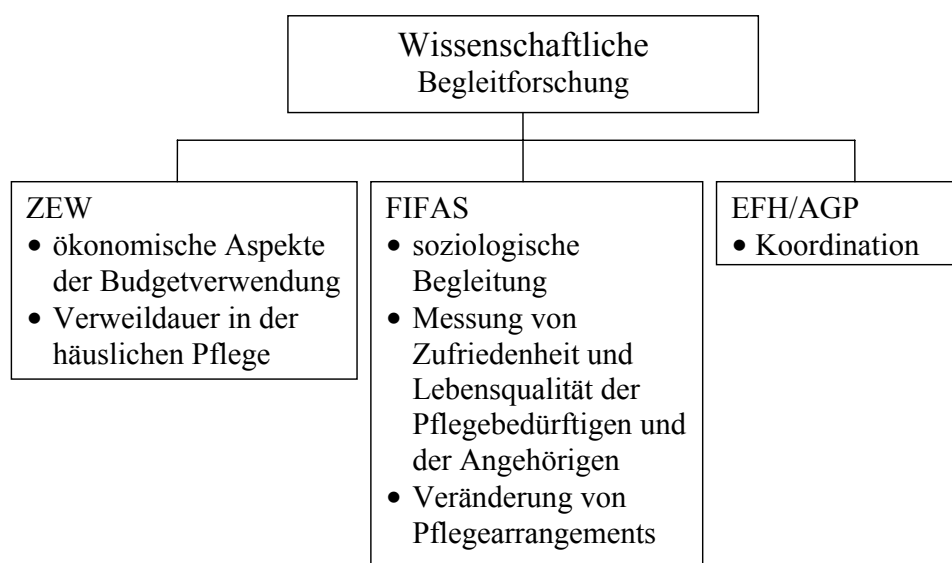
Aus statischer Sicht kommen somit sowohl beim Wechsel von Geldleistungen zum Pflegebudget als auch beim Wechsel von Sachleistungen zum Pflegebudget zunächst höhere Ausgaben auf die Pflegeversicherung zu. Dennoch führt das Pflegebudget nicht zwangsläufig auch zu Mehrausgaben, wenn mögliche dynamische Kosteneinsparungen berücksichtigt werden. Dieser Wirkungskanal für die Kosteneffizienz des Pflegebudgets soll im Folgenden näher erläutert werden.

Derzeit verteilen sich Pflegefälle zu 70 % auf die häusliche Pflege und zu 30 % auf die Heimpflege. Nach Status-quo-Prognosen dürfte sich der Anteil der stationären Pflege erhöhen, weil häusliche Pflegearrangements wegen der Verringerung familiärer und nachbarschaftlicher Netzwerke an Bedeutung verlieren dürften (Blinkert und Klie 2004). Gelingt es mit Hilfe des Pflegebudgets, häusliche Pflegearrangements zu stabilisieren, kann mit einer längeren Verweildauer der Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege gerechnet werden. Aufgrund der niedrigeren Leistungssätze der gesetzlichen Pflegeversicherung bei einer häuslichen im Vergleich zu einer stationären Versorgung sind somit hohe Kosteneinsparungen für die Pflegeversicherung möglich.

Eine zentrale Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitforschung liegt daher in dem Vergleich der statischen Kostensteigerungen mit den möglichen dynamischen Kosteneinsparungen. Gelingt es durch Mehrausgaben für den Bereich der häuslichen Pflege, stationäre Pflege zu vermeiden, so könnten sich große Einsparpotenziale aus Sicht der Pflegekassen ergeben - ohne Verlust an Pflegequalität. Darin liegt der mögliche Charme des Pflegebudgets. Die wissenschaftliche Begleitforschung widmet sich aber auch soziologischen und pflegewissenschaftlichen Fragestellungen, z.B. der Frage der subjektiven Zufriedenheit der Pflegebedürftigen

und Angehörigen mit der Pflegesituation sowie der Veränderung von Pflegearrangements durch die Einführung eines Pflegebudgets. Abbildung 6 zeigt die Forschungsschwerpunkte der verschiedenen Akteure der Begleitforschung. Die weitere methodische Diskussion konzentriert sich jedoch auf die zentrale Frage nach der dynamischen Kosteneffizienz des Pflegebudgets.

Abbildung 6: Aufgabenverteilung in der wissenschaftlichen Begleitforschung



3 Soziale Experimente als Lösungsansatz des Evaluationsproblems

3.1 Das fundamentale Evaluationsproblem

Das fundamentale Evaluationsproblem besteht darin, dass sich das Verhalten einer Gruppe von Personen, die an einer Maßnahme teilnehmen, nicht für den hypothetischen Fall einer Nicht-Teilnahme beobachten lässt. Deshalb ist es eine Kernaufgabe der Evaluationsforschung, eine geeignete Nicht-Teilnehmergruppe zu finden, die als Kontrollgruppe fungiert, damit die kausale Wirkung einer Maßnahme gemessen werden kann. Nur wenn die Kontrollgruppe der Teilnehmergruppe möglichst ähnlich ist, ist auch die identifizierende Annahme zur Lösung des fundamentalen Evaluationsproblems überzeugend - nämlich, dass sich die Kontrollgruppe so verhält wie sich die Teilnehmergruppe im hypothetischen Fall der Nicht-Teilnahme

verhalten hätte. Im folgenden wird das fundamentale Evaluationsproblem und seine Lösung formalisiert.

3.2 Lösung des Evaluationsproblems durch soziale Experimente

Die einfachste und überzeugendste Lösung des fundamentalen Evaluationsproblems ist die experimentelle Methode eines sozialen Experiments. Dabei wird einer an sich anspruchsberechtigten Gruppe der Zugang zu einem Programm durch Zufallsauswahl bewusst verwehrt. Formal stellt sich das fundamentale Evaluationsproblem folgendermaßen dar. Die personenspezifische Wirkung des Programm ist definiert als

$$\Delta_i = Y_{1i} - Y_{0i}$$

wobei Y_{1i} dem personenspezifischen Wert der Ergebnisvariable bei Programmteilnahme und Y_{0i} dem personenspezifischen Wert der Ergebnisvariable ohne Programmteilnahme entspricht. Der üblicherweise interessante Parameter ist die Wirkung der Maßnahme auf die Maßnahmeteilnehmer (*Treatment on the treated*):

$$\Delta^{TT} = E(\Delta|D = 1) = E(Y_1 - Y_0|D = 1) = E(Y_1|D = 1) - E(Y_0|D = 1)$$

mit D als einer Indikatorvariable für die Teilnahme ($D = 1$) bzw. Nicht-Teilnahme ($D = 0$) an der Maßnahme. Das fundamentale Evaluationsproblem besteht nun darin, dass nicht beide Ergebnisvariablen Y_1 und Y_0 für ein Individuum vorliegen. Anders formuliert: Die kontrafaktische Situation ist aus logischen Gründen nicht beobachtbar. Deshalb ist es unmöglich eine personenspezifische Wirkung für jede Person zu konstruieren. In der Evaluationsliteratur werden stattdessen Mittelwertvergleiche zwischen den Ergebnissen der Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer unter der Bedingung vergleichbarer beobachtbarer Charakteristika (Kovariate X_i) angestellt. Doch selbst bei Konditionierung auf beobachtbare Kovariate trifft die zentrale Evaluationsannahme, die Individuen in der Kontrollgruppe verhielten sich exakt so, wie sich die Teilnehmer bei einer Nicht-Teilnahme verhalten hätten, nicht zu, falls sich die Teilnehmer- und Nicht-Teilnehmer in unbeobachtbaren Charakteristika unterscheiden, die einen Einfluss auf die Ergebnisvariable haben.

Soziale Experimente lösen das Evaluationsproblem, in dem sie anspruchsberechtigte Personen zufällig in eine Teilnehmer und in eine Nicht-Teilnehmergruppe unterteilen. Damit ist sichergestellt, dass sich die beiden Gruppen sowohl in beobachtbaren als auch unbeobachtbaren Charakteristika so ähnlich sind, dass

$$E(Y_0|D = 0) = E(Y_0|D = 1)$$

in großen Stichproben mit Sicherheit gilt. Mit anderen Worten, ein soziales Experiment konstruiert die fehlende kontrafaktische Situation. Dennoch kann ein einfacher Mittelwertvergleich der Ergebnisvariablen der Teilnehmer- und Nicht-Teilnehmergruppe verzerrt sein, falls eine Reihe weiterer Annahmen verletzt sind, die einem sozialen Experiment zugrunde liegen.

3.3 Mögliche Verzerrungen bei sozialen Experimenten

Die interne Validität eines sozialen Experiments (vgl. Orr 1999), d.h. die Unverzerrtheit der Schätzergebnisse, ist nur dann gegeben, wenn eine Reihe weiterer Annahmen zutreffen:

3.3.1 Keine Verzerrung durch die Zufallsauswahl (kein *randomization bias*)

Die Zufallsauswahl darf keinen Einfluss auf die Entscheidung zur Teilnahme an dem sozialen Experiment und keinen Einfluss auf die Ergebnisvariable haben. Mit anderen Worten, die Personengruppe, die sich unter der zusätzlichen Unsicherheit einer Zufallsauswahl zur Teilnahme an dem sozialen Experiment entscheidet, darf sich nicht systematisch von der Personengruppe unterscheiden, die die Maßnahme gewählt hätte, falls es keine Zufallsauswahl gegeben hätte (Heckman 1992). Formal bedeutet diese Annahme, dass

$$Y_1 = Y_1^*$$

$$Y_0 = Y_0^*$$

$$D = D^*$$

sein muss, wobei die mit * gekennzeichneten Buchstaben die Ergebnisvariablen bzw. den Teilnahmeindikator unter der Zufallsauswahl darstellen, während die nicht mit einem Stern gekennzeichneten Buchstaben für die Ergebnisvariablen bzw. den Teilnahmeindikator stehen, die sich ergeben, falls keine Zufallsauswahl durchgeführt wird.

3.3.2 Kein vorzeitiger Austritt aus der Programmgruppe (kein *treatment group dropout bias*)

Personen, die durch die Zufallsauswahl in die Programmgruppe gekommen sind, müssen die Maßnahme auch tatsächlich erhalten. Formal bedeutet diese Annahme, dass

$$R = 1 \Rightarrow T = 1$$

impliziert, wobei R eine Indikatorvariable für die Zuordnung in die Programmgruppe ($R = 1$) bzw. in die Kontrollgruppe ($R = 0$) und T eine Indikatorvariable für den tatsächlichen Erhalt der Maßnahme ($T = 1$) ist. Wäre diese Annahme verletzt, dann würde ein einfacher Mittelwertvergleich im Rahmen des sozialen Experiments nicht den Effekt der Maßnahme, sondern lediglich den Effekt der Absicht zur Maßnahmenteilnahme (*intention to treat*) messen (Heckman, LaLonde, Smith 1999).

3.3.3 Personen der Kontrollgruppe erhalten keine ähnliche Maßnahme wie die Programmgruppe (kein *control group substitution bias*)

Formal bedeutet diese Annahme, dass

$$R = 0 \Rightarrow T = 0$$

implizieren muss. Damit diese Annahme verletzt werden kann, muss es nahe Substitute für das Programm geben, die den Personen in der Kontrollgruppe offen stehen. Ein Unterfall dieser Verzerrung ist die Verzerrung durch den Wechsel von der Kontrollgruppe in die Programmgruppe (*cross over*), der in der Literatur auch Kontrollgruppenverschmutzung genannt wird (*control group contamination*) (Orr 1999:210).

3.3.4 Keine indirekten Effekte (keine *general equilibrium effects*)

Personen, die nicht an der Maßnahme teilnehmen, d.h. Personen der Kontrollgruppe sowie Personen außerhalb des Experiments, dürfen durch die Maßnahme nicht indirekt in ihrem Verhalten beeinflusst werden. Diese Annahme wird in der statistischen Literatur als *Stable Unit Treatment Value Assumption* (SUTVA) bezeichnet (Rubin 1980). Falls diese Annahme verletzt ist, können die experimentellen Ergebnisse intern valide sein oder nicht. Insbesondere müssen die Ergebnisse der Mikro-Evaluation bei der Kosten-Nutzen Analyse um diese indirekten Auswirkungen angepasst werden.

3.3.5 Kein vorzeitiges Ausscheiden aus der Erhebung (kein *attrition bias*)

Sowohl Personen der Programm- als auch Personen der Kontrollgruppe können vorzeitig aus der Stichprobe ausscheiden, d.h. sie stehen für Folgebefragungen nicht mehr zur Verfügung. Typischerweise scheiden Personen eher aus der Kontroll- als aus der Programmgruppe aus. Somit sind die experimentellen Ergebnisse verzerrt, da die Wahrscheinlichkeit der Teilnahme an Folgebefragungen mit dem experimentellen Status R korreliert ist. Aber selbst wenn dies nicht der Fall ist und Personen vergleichbarer Charakteristika in ähnlichem Umfang aus der

Programm- und Kontrollgruppe ausscheiden, können die Ergebnisse verzerrt sein, falls das Ausscheiden mit individuellen Charakteristika bzw. mit der Ergebnisvariable korreliert ist. Die verbleibende Stichprobe könnte somit beispielsweise eine Positivselektion von Personen darstellen (Heckman, LaLonde, Smith 1999:47-48).

4 Problematische Umsetzung im Kontext des Pflegebudgets

4.1 Voraussetzung: Externe Validität

Vor der Entwicklung eines Evaluationsdesigns für den Modellversuch zum Pflegebudget stellt sich zunächst die Frage, in welcher Form die Leistungen der Pflegeversicherung nach einem erfolgreichen Test des Instruments ausgestaltet werden sollen. Konkret stellt sich demnach die Frage, ob das Pflegebudget die Sachleistungen oder die Geldleistungen ersetzen soll oder die bestehenden Leistungsformen ergänzen soll. Diese Grundfrage wurde vom Auftraggeber und der wissenschaftlichen Begleitforschung in der Weise entschieden, dass das Pflegebudget nach einer erfolgreichen Erprobung das bestehende Leistungsspektrum ergänzen soll. Dieser Grundsatzentscheidung muss das Evaluationsdesign Rechnung tragen. Insbesondere sind vor diesem Hintergrund die relevante zu untersuchende Maßnahme (treatment D) und die relevanten Ergebnisvariablen (outcome Y) mit großer Sorgfalt auszuwählen.

Konkret heißt das: Im heutigen System stehen den Pflegebedürftigen drei Wahlmöglichkeiten bei der Entscheidung für die häusliche Pflege zur Verfügung. Zum einen können Geldleistungen, zum anderen Sachleistungen und zum dritten eine Kombination von Geld- und Sachleistungen nachgefragt werden. In einem System der Zukunft könnten Pflegebedürftige vier Optionen wählen: Geldleistungen, Sachleistungen, die Kombination aus Geld- und Sachleistungen und das Pflegebudget inkl. Beratung durch Case Manager. In der Terminologie der Evaluationsliteratur bedeutet dies, dass die *treatment* der Programmgruppe ($D = 1$) die Wahl zwischen diesen vier Leistungsarten sein sollte, während die Kontrollgruppe die Wahl zwischen den drei bereits bestehenden Leistungsarten haben sollte. Dieser experimentelle Ansatz beantwortet für die Politik die relevante Frage nach dem Systemvergleich zwischen dem bestehenden und einem alternativen Leistungsrecht in der Pflegeversicherung und erfüllt somit ein wichtiges Kriterium für die externe Validität eines sozialen Experiments (Orr 1999:14).

Externe Validität fordert neben der politischen Relevanz des Evaluationsdesigns aber

auch, dass die Ergebnisse repräsentativ für die relevante Bevölkerungsgruppe sind (Orr 1999:102-107). Im Falle des Pflegebudgets sollten die Ergebnisse somit auf alle Pflegebedürftigen mit einem Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung übertragbar sein, da das Pflegebudget zukünftig dieser Gruppe zur Verfügung stehen würde. Problematisch in diesem Zusammenhang ist die Wahl der Standorte, die an dem Modellversuch teilnehmen. Extern valide wäre die Stichprobe bei einer zufälligen Wahl einer ausreichenden Zahl an Standorten. So könnte sichergestellt werden, dass die Standorte das große Spektrum zwischen ländlichen und städtischen Regionen repräsentativ widerspiegeln und auch ein repräsentativer Schnitt bezogen auf lokale Strukturen der pflegerischen Versorgung vorliegt.

Bei den teilnehmenden Standorten handelt es sich jedoch um keine Zufallsauswahl. Die meisten Standorte haben sich schon in der Vergangenheit durch Interesse an Modellversuchen im sozialen Bereich hervorgetan und haben von sich aus Interesse an dem Modellversuch zum Pflegebudget geäußert. Es ist daher nicht auszuschließen, dass es sich bei den Standorten um eine Positivselektion von Orten handelt, die eine besonders gute pflegerische Versorgung aufweisen und somit nicht als repräsentativ gelten können. Das Eigeninteresse der Standorte an dem Modellversuch sowie funktionsfähige lokale Akteursnetzwerke sind jedoch eine Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung des Experiments vor Ort. Die Selbstselektion ist somit zwar keine ideale, aber die wohl praktikabelste Lösung. Zumindest wurde bei der Auswahl der Standorte darauf geachtet, dass sowohl ländliche als auch städtische Kontexte sowie west- und ostdeutsche Standorte am Modellversuch teilnehmen und somit eine gewisse Repräsentativität gewahrt bleibt. Darüber hinaus ist es möglich, die pflegerische Infrastruktur vor Ort zu erheben und mit der Struktur nicht-teilnehmender Standorte zu vergleichen. Somit kann zumindest für beobachtbare regionale Strukturmerkmale die Repräsentativität der teilnehmenden Standorten überprüft werden.

Die externe Validität des sozialen Experimentes zu gewährleisten ist von großer Bedeutung für die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse. Die selektive Wahl der Standorte stellt in diesem Kontext ein gewisses Problem dar, welches jedoch teilweise berücksichtigt werden kann. Auch die Anforderung an die externe Validität des Experiments, ein für die Politik relevantes Evaluationsdesign zu entwickeln, welches die zentralen Fragen der Politik zu beantworten hilft, stellt sich jedoch als nicht unproblematisch heraus. Daher werden im Folgenden zwei Evaluationsdesigns vorgestellt, die diese Anforderung in unterschiedlichem Maße erfüllen. Auch gehen diese Ansätze mit einem unterschiedlichen Maß an interner Validität einher. Zwar ist das Evaluationsdesign I bezogen auf diese beiden wichtigen Kriterien deutlich zu bevorzugen. Evaluationsdesign II hat jedoch einen wichtigen Vorteil: Praktikabilität. Ziel unseres Ansatzes wird es daher sein, einen gangbaren Kompromiss zu finden.

4.2 Evaluationsdesign I

Aus den obigen Überlegungen ergibt sich das zu präferierende Evaluationsdesign I. Es bildet die für die Zukunft relevante Entscheidungssituation ab, indem der Programmgruppe vier Optionen ($D = 1$) und der Kontrollgruppe drei Optionen ($D=0$) angeboten werden. Um den kausalen Effekt der Maßnahme zu ermitteln, sollte eine Zufallsauswahl gewährleisten, dass die beiden Gruppen in beobachtbaren und unbeobachtbaren Merkmalen vergleichbar sind. Die Zufallsauswahl erfolgt in diesem Evaluationsdesign somit zu einem frühen Zeitpunkt. Nachdem sich Pflegebedürftige grundsätzlich für eine häusliche Pflege entschieden haben, erfolgt aus dieser Zielgruppe¹ eine Zufallsauswahl derjenigen, die anspruchsberechtigt sind und somit vier anstelle von drei Optionen zur Verfügung haben.

Welche Ergebnisvariable (Y) ist für dieses *treatment* (D) relevant? Die zu testende Hypothese - wie sie im theoretischen Teil erarbeitet wurde - lautet: Erhöht sich durch die Einführung einer zusätzlichen Option Pflegebudget inkl. Case Manager die Verweildauer in der häuslichen Pflege? Dementsprechend ist die Ergebnisvariable die Dauer in häuslicher Pflege in Tagen. Der *treatment effect on the treated* lässt sich nun durch einen Vergleich der durchschnittlichen Verweildauer in der häuslichen Pflege in der Programm- und in der Kontrollgruppe berechnen. Dieser Mittelwertvergleich misst im Falle dieses Evaluationsdesigns den durchschnittlichen Effekt auf die Verweildauer in der häuslichen Pflege, falls ein System mit vier Leistungsoptionen auf alle Pflegebedürftigen ausgeweitet würde. Dies ist aus der Sicht der Politik die zentrale Fragestellung und kann mit diesem Evaluationsdesign zufriedenstellend beantwortet werden, falls keine der oben diskutierten Verzerrungen auftreten.

Eine Verzerrung durch die Zufallsauswahl ist bei diesem Design nicht zu erwarten, weil für den Pflegebedürftigen keine zusätzliche Unsicherheit durch die Zufallsauswahl entsteht. Der Pflegebedürftige in der Programmgruppe kann nach ausführlicher Information über das Pflegebudget zwischen den vier Optionen wählen und erhält mit Sicherheit das Pflegebudget, wenn dies seiner Wahl entspricht. Es wird somit niemand in eine Leistungsart gedrängt, sondern kann frei zwischen entweder drei oder vier Optionen wählen.

Eine Verzerrung durch *dropout* aus der Programmgruppe ist nicht auszuschließen, kann jedoch im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung erfasst und bei der Schätzung des kausalen Effektes berücksichtigt werden. Eine Verzerrung durch die Existenz anderer, vergleichbarer Programme in Form eines *substitution bias* ist in einzelnen Standorten (z.B.

¹In der Zielgruppe sind alle erfolgreichen Neuantragsteller für Pflegeleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Aber auch Personen aus dem Bestand der Personen, die bereits Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, wird die Teilnahme an dem Experiment angeboten, um so zu gewährleisten, dass die vorgesehenen Fallzahlen erreicht werden.

Marburg-Biedenkopf) nicht auszuschließen, wenn sich diese Standorte für die gleichzeitige Teilnahme an Modellversuchen nach § 17 SGB IX² des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung zum trägerübergreifenden Budget entscheiden. Verzerrungen durch Ausscheiden aus der Stichprobe, d.h. der Nicht-Teilnahme an Befragungen sind in gewissem Umfang zu erwarten, können aber statistisch erfasst werden, so dass sie bei der Berechnung der kausalen Effekte so weit wie möglich berücksichtigt werden können.

Die Vorteile dieses Evaluationsdesigns liegen somit auf der Hand. Zum einen testet dieses Evaluationsdesign das für die Politik relevante alternative Leistungssystem mit vier Leistungsarten im Vergleich zum derzeit bestehenden System (externe Validität). Somit können auch empirische Aussagen zu den vorher diskutierten theoretischen Fragen getroffen werden, in welchem Maße Pflegebedürftige Pflegegeld bzw. Pflegesachleistungen durch ein Pflegebudget substituieren (vgl. Abschnitt 2.2), indem der Programmgruppe eine freie Wahlmöglichkeit zwischen den Leistungen eingeräumt wird. Allerdings ist einschränkend zu sagen, dass die in einer Einführungsphase des Pflegebudgets beobachteten Substitutionseffekte die wahren Substitutionseffekte vermutlich unterschätzen. Erst bei steigendem Bekanntheitsgrad und Vertrauen in die Leistung Pflegebudget wird sich langfristig zeigen, in welchem Maße das Pflegebudget als Leistungsform angenommen wird. Dennoch erlaubt das Evaluationsdesign eine erste Abschätzung der Größenordnung der Substitutionseffekte. Darüber hinaus halten sich mögliche Verzerrungen im Rahmen dieses Evaluationsdesigns aller Voraussicht nach in Grenzen (hohe interne Validität).

Problematisch ist jedoch der hohe Aufwand, der mit der Umsetzung dieses Ansatzes einhergeht. Zum einen muss die Verteilung der Programm- und Kontrollgruppe in die verschiedenen Leistungsarten über den Zeitraum des Modellversuchs erfasst werden, da es Pflegebedürftigen stets offensteht, von der einen in die andere Leistung zu wechseln. Zum anderen können durchschnittliche Verweildauern in der häuslichen Pflege für die Programm- bzw. Kontrollgruppe nur dann festgestellt werden, wenn für beide Gruppen Bezieher aller Leistungsarten in die Befragungen einbezogen werden. Dies bedeutet einen enormen Erhebungsaufwand.

4.3 Evaluationsdesign II

Das Evaluationsdesign II beantwortet eine deutlich weniger relevante Frage für die Einschätzung der Wirkungsweise des Pflegebudgets. Es ist jedoch weniger aufwändig und damit kostengünsti-

²Zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Beitrags standen die Standorte der BMGS-Modellversuche noch nicht abschließend fest.

ger, so dass es für den Fall, dass Evaluationsdesign I nicht umgesetzt werden kann, als praktikable *Second-best*-Lösung zur Verfügung steht.

Das Evaluationsdesign II unterscheidet sich zum einen durch den Zeitpunkt der Zufallsauswahl und zum anderen durch die Definition des treatment vom ersten Evaluationsdesign. So wird in diesem Falle die Randomisierung erst dann durchgeführt, wenn sich Pflegebedürftige bzw. ihre Angehörigen bereits für die Teilnahme an dem sozialen Experiment mit einer Zufallsauswahl zwischen Pflegebudget und Pflegesachleistungen bzw. Pflegebudget und Pflegegeld entschieden haben. Mit anderen Worten, die Teilnahme an dem sozialen Experiment wird zunächst jedem Pflegebedürftigen aus der Zielgruppe angeboten. Die Zufallsauswahl erfolgt dann auf der Basis einer selektiven Gruppe Pflegebedürftiger, die grundsätzlich das Pflegebudget beziehen möchte und sich zur Teilnahme an der Zufallsauswahl bereit erklärt hat. Dementsprechend erhält die Programmgruppe das Pflegebudget ($D = 1$) und die Kontrollgruppe - je nach Standort - Geldleistungen oder Sachleistungen ($D = 0$). Die Ergebnisvariable bleibt jedoch unverändert - sie ist weiterhin die Verweildauer in der häuslichen Pflege in Tagen (Y).

Auf der Basis dieses Ansatzes lässt sich die Frage beantworten, wie hoch der kausale Effekt der Einführung eines Pflegebudgets für Pflegebedürftige ist, die sich für das Pflegebudget entschieden hätten. Bezogen auf die relevante Ergebnisvariable können wir somit eine Aussage darüber treffen, inwiefern sich die durchschnittliche Verweildauer der Budgetbezieher im Vergleich zu den Sachleistungs- bzw. Pflegegeldempfängern verändert. Im Gegensatz zum ersten Evaluationsdesign, lässt sich somit jedoch nicht sagen, wie sich die durchschnittliche Verweildauer in der häuslichen Pflege bei der bundesweiten Einführung des Pflegebudgets als vierte Leistungsoption verhalten würde. Aus Sicht der Politik, ist die Aussagekraft des Evaluationsdesigns II somit stark eingeschränkt, da auf der Basis dieses Designs keine umfassende Kosten-Nutzen-Analyse möglich ist (geringe externe Validität). Dennoch erfüllt der zweite Evaluationsansatz eine wichtige Aufgabe. Er überprüft die Mindestanforderung an ein Pflegebudget, positive Auswirkungen auf die Bezieher dieser neuen Leistungsart zu haben. Doch auch dieser geschätzte Effekt kann verzerrt sein, wenn wichtige Annahmen verletzt sind.

Insbesondere leidet dieses Evaluationsdesign unter der Verzerrung durch die Zufallsauswahl (randomization bias). Die Tatsache, dass im Rahmen des sozialen Experiments eine Zufallsauswahl durchgeführt wird, verändert die Zusammensetzung der Interessenten am Pflegebudget im Vergleich zu einer Situation ohne Zufallsauswahl. Das liegt daran, dass Pflegebedürftige, die eigentlich das Pflegebudget beziehen möchten, dieses nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erhalten können. Diese zusätzliche Unsicherheit, die mit der Teil-

nahme an dem sozialen Experiment verbunden ist, kann dazu führen, dass sich die Gruppe, die sich teilnahmebereit zeigt, von der Gruppe unterscheidet, die das Pflegebudget gewählt hätte, falls es keine Zufallsauswahl gäbe ($D^* \neq D$). Wie im theoretischen Abschnitt diskutiert, verzerrt dies die Ergebnisse, wenn sich die Ergebnisvariable bedingt auf beobachtbare Charakteristika zwischen diesen beiden Gruppen unterscheidet. Dies ist denkbar, falls insbesondere risiko-averse Personen eine Teilnahme an dem Experiment scheuen und diese unbeobachtbare Eigenschaft mit der Ergebnisvariable korreliert ist. Da es sich bei dem relevanten Personenkreis wahrscheinlich vielfach um Personen handelt, für die Sicherheit in einem letzten Lebensabschnitt ein hohes Gut darstellt, kann eine Selektion aufgrund solcher unbeobachtbarer Faktoren nicht ausgeschlossen werden.

Das Evaluationsdesign begünstigt auch eine Verzerrung der Schätzergebnisse aufgrund einer Nicht-Teilnahme an Folgebefragungen. Durch die Randomisierung in die Kontrollgruppe müssen die Betroffenen mit einer Leistung vorlieb nehmen, die sie eigentlich nicht wollten. Der Bezug des gewünschten Pflegebudgets wird versagt, so dass insbesondere in der Kontrollgruppe mit hohen Ausfällen zu rechnen ist. Diese hängen zudem mit einiger Wahrscheinlichkeit von den persönlichen Erwartungen an das Pflegebudget und damit möglicherweise auch von der Ergebnisvariable ab. Der *attrition bias* kann im Kontext dieses Evaluationsdesigns somit zu ernsthaften Verzerrungen der Ergebnisse führen. Zwar kann eine Nicht-Teilnahme an Folgebefragungen beobachtet und somit statistisch berücksichtigt werden. Dies gelingt jedoch nur, wenn das Ausscheiden aus der Stichprobe ausschließlich aufgrund von beobachtbaren Merkmalen geschieht.

Die Gefahr eines *substitution* und eines *dropout bias* sind hingegen ähnlich zu bewerten wie im Falle des ersten Evaluationsdesigns. Auch hier besteht eine gewisse Substitutionsgefahr durch Modellprojekte nach § 17 SGB IX. Auch eine Nicht-Teilnahme an der Maßnahme wird sich für die Programmgruppe nicht vollständig vermeiden lassen. Der große Unterschied zwischen beiden Designs liegt jedoch primär in der für das zweite Design erhöhten Gefahr von verzerrten Schätzergebnissen. Damit muss sowohl die externe als auch die interne Validität dieses Evaluationsdesigns als niedriger eingestuft werden.

4.4 Lösung: Ein Kompromiss

Viele Argumente sprechen dafür, im Kontext des Pflegebudgets das erste Evaluationsdesign zu bevorzugen. Es garantiert eine hohe externe Validität, die die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse und damit auch die Wahrscheinlichkeit einer bundesweiten Einführung des Pflegebudgets erhöht, falls das Experiment zu positiven Ergebnissen kommt. Auch die hohe interne

Validität u.a. infolge der Minimierung des *attrition bias* durch den frühen Randomisierungszeitpunkt, spricht für das erste im Vergleich zum zweiten Design. Die hohen Kosten, die mit der Umsetzung dieses idealen Evaluationsdesigns in jedem Standort verbunden wären, würden jedoch den Budgetrahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung sprengen.

Die alleinige Umsetzung des zweiten Evaluationsdesigns ist jedoch wenig zufriedenstellend. So beantwortet dieser Ansatz nicht die zentrale Fragestellung aus der Sicht der Politik, wieviele und welche Personen sich für das Pflegebudget entscheiden würden, sollte es als weitere Leistungsart eingeführt werden. Ohne diese Information mangelt es den Ergebnissen des Modellversuchs an der nötigen Glaubwürdigkeit, Zweifel an der Kosteneffizienz des Pflegebudgets nachhaltig zu zerstreuen. Das Argument der statischen Kostenerhöhung durch die Einführung eines Pflegebudgets (vgl. Abschnitt 2.2), wird sich dann nur schwer widerlegen lassen.

Es ist daher für eine umfassende Analyse unabdingbar, einen Kompromiss zwischen dem idealen und praktikablen Evaluationsdesign zu finden, indem mindestens an einem Standort das aufwändigere Evaluationsdesign I zum Einsatz kommt, während an den restlichen Standorten Evaluationsdesign II angewandt wird. So kann gewährleistet werden, dass für die Politik ein relevanter Benchmark existiert, in dessen Kontext dann auch die Ergebnisse der anderen Standorte neu beleuchtet werden können. Aufgrund der hohen Bedeutung dieses 'Benchmark-Standortes', muss dieser so gewählt werden, dass von einer erfolgreichen Durchführung des Modellprojektes an diesem Standort ausgegangen werden kann. Dies bedeutet allerdings eine Positivselektion, die wiederum die externe Validität des Ergebnisses unterminiert. Dennoch, vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen hat dieses gemischte Evaluationsdesign am ehesten die Chance, den hohen Anforderungen an ein soziales Experiment gerecht zu werden.

5 Schlussfolgerungen

Die gesetzliche Pflegeversicherung befindet sich auf dem Weg in eine tiefe finanzielle Krise. Reformen, die die Ausgabenseite entlasten, müssen dringend auf den Weg gebracht werden, wenn ein massiver Anstieg des Beitragssatzes vermieden werden soll. Die Reformoption der Einführung eines Pflegebudgets als eine zusätzliche Leistungsoption neben Pflegesachleistungen und Pflegegeld hat in diesem Kontext einen besonderen Reiz. Das Pflegebudget könnte demnach eine hohe Pflegequalität bei Kosteneinsparungen in der Zukunft sicherstellen. Wie die mikroökonomische Analyse des Pflegebudgets gezeigt hat, ist dies jedoch nur möglich, indem kurzfristig höhere Kosten in Kauf genommen werden. Durch die Stabilisierung häus-

licher Pflegearrangements soll das Pflegebudget jedoch zu einer Reduktion des Heimsogs beitragen, so dass mittel- und langfristig hohe Kosteneinsparungen erwartet werden können.

Ein zentrales Anliegen der wissenschaftlichen Begleitforschung ist es daher, die statischen Kostensteigerungen den dynamischen Kosteneinsparungen gegenüber zu stellen. Zu diesem Zweck soll ein soziales Experiment in sieben deutschen Standorten Aufschluss u.a. darüber geben, ob die Einführung eines Pflegebudgets zu einer längeren Verweildauer in der häuslichen Pflege führt. Nur wenn die wissenschaftlichen Ergebnisse glaubhaft versichern können, dass die mittel- und langfristigen Kosteneinsparungen die kurzfristigen Kostensteigerungen überwiegen, ist der Weg für eine bundesweite Einführung des Pflegebudgets frei.

Die Glaubhaftigkeit der wissenschaftlichen Ergebnisse hängt jedoch zu einem erheblichen Teil an der Ausgestaltung des Evaluationsdesigns. Das Evaluationsdesign muss einerseits ein extern valides Evaluationsdesign sein, dass der Politik die relevante Fragestellung nach der Kosten-Nutzen-Analyse des Pflegebudgets beantworten hilft. Auch sollten die Ergebnisse repräsentativ für die spätere relevante Zielgruppe der Pflegebedürftigen sein. Andererseits sollte ein Evaluationsdesign auch zu intern validen Ergebnissen, d.h. zu unverzerrten Schätzergebnissen, führen. Eine Zufallsauswahl einer Programm- und einer Kontrollgruppe stellt die Vergleichbarkeit zwischen diesen Gruppen in beobachtbaren und unbeobachtbaren Charakteristika her. Ein soziales Experiment konstruiert somit die kontrafaktische Situation und stellt eine ideale Lösung des fundamentalen Evaluationsproblems dar. Wie die theoretische Auseinandersetzung gezeigt hat, können Verzerrungen jedoch auch infolge der Zufallsauswahl selbst, durch *dropout*, *substitution* und *attrition bias* auftreten.

Vor dem Hintergrund dieser theoretisch motivierten hohen Anforderungen an das Evaluationsdesign, werden in diesem Beitrag praktikable Evaluationsdesigns für den Modellversuch zum Pflegebudget entwickelt. Hieraus ergeben sich drei zentrale Ergebnisse:

- Die Repräsentativität der Ergebnisse ist durch die Selbstselektion der teilnehmenden Standorte als kritisch zu bewerten. Motivierte lokale Akteure vor Ort sind jedoch eine wichtige Grundvoraussetzung zur Umsetzung des Modellversuchs, so dass eine Zufallsauswahl der Standorte keine Alternative darstellt. Die Auswahl der sieben Standorte erfüllt zudem insofern die Mindestanforderungen, als dass verschiedene Regionstypen in Ost- und Westdeutschland vertreten sind. Zudem lässt sich die Repräsentativität der Standorte im Hinblick auf bestimmte Strukturmerkmale statistisch überprüfen.
- Eine Randomisierung zu einem frühen Zeitpunkt ist optimal im Hinblick auf die externe und interne Validität der Ergebnisse. Durch die Randomisierung in eine Programmgruppe mit vier Leistungsoptionen und in eine Kontrollgruppe mit den bisherigen drei

Leistungsoptionen, gelingt ein für die Politik relevanter Systemvergleich. Auch werden Verzerrungen durch die Zufallsauswahl sowie durch das Ausscheiden der Teilnehmer aus der Stichprobe minimiert. Dieses Evaluationsdesign (I) geht jedoch mit zu hohen Kosten einher, so dass es realistischweise nicht für alle Standorte eingesetzt werden kann.

- Um den beschränkten Budgetrahmen des Modellversuchs mit den Anforderungen an das Evaluationsdesign in Einklang zu bringen, empfiehlt sich eine Kompromisslösung. Das ideale Evaluationsdesign wird an einem Standort umgesetzt, um dadurch den für die Politik wichtigen Benchmark hinsichtlich der Kosten-Nutzen-Analyse und hinsichtlich der zukünftigen Aufteilung der Leistungsempfänger auf die vier Leistungsoptionen zu erhalten. An den restlichen Standorten wird das alternative Evaluationsdesign II umgesetzt, welches hinsichtlich der internen und externen Validität der Ergebnisse einer *Second-best*-Lösung entspricht. Dennoch können auch diese Ergebnisse wichtige Erkenntnisse zur Evaluation der Wirkung des Pflegebudgets beitragen.

Anhang

Tabelle 1: Sachleistung, Geldleistung und personengebundenes Budget im Vergleich

	Sachleistungen	Geldleistungen	Personengebundenes Budget (PGB)
Gesetzliche Grundlagen	§ 36 SGB XI	§ 37 SGB XI	§ 8 (3) SGB XI
Definitionen	<p>Pflegesachleistung sind von professionellen Pflegekräften erbrachte, ambulante Pflegedienstleistungen. Sie umfassen die Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) sowie eine hauswirtschaftliche Versorgung. Die Pflegedienste schließen mit den Pflegekassen einen Versorgungsvertrag ab, der sie dazu berechtigt vorher mit dem Pflegebedürftigen und den Pflegekassen vereinbarte Leistungskomplexe mit den Kassen abzurechnen.</p>	<p>Das Pflegegeld ist eine frei verwendbare Geldleistung, die insbesondere auch als Gratifikation für pflegende Angehörige oder andere Betreuungspersonen verwendet werden darf. Zur Überprüfung der erbrachten Pflegequalität besteht die Pflicht, in den Pflegestufen I und II mindestens einmal halbjährlich und bei der Pflegestufe III einmal vierteljährlich eine Beratung durch einen Pflegedienst in Anspruch zu nehmen.</p>	<p>Das PGB ist eine Geldleistung mit der dem individuellen Bedarf entsprechend Pflegedienstleistungen eingekauft werden können. Dienstleistungen müssen von legalen Anbietern (z.B. Ich-AG, Minijob) und dürfen nicht von Angehörigen oder Schwarzarbeitern erbracht werden. Ein Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen ist nicht notwendig, so dass die gesetzlichen Leistungskomplexe nicht bindend sind. Ein Case Manager berät und unterstützt den Pflegebedürftigen bei der Zusammenstellung der gewünschten Pflegedienstleistungen.</p>

Tabelle 2: Beispiele gesetzlich definierter Leistungskomplexe nach § 36 SGB XI

Leistungskomplex	Inhalte ^a
“Kleine Pflege“	Lagern, An-/Auskleiden, Teilwaschen, Mund- und Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Hautpflege, Haarwäsche und Nagelpflege.
“Große Pflege“	Lagern, An-/Auskleiden, Waschen/Duschen/Baden, Rasieren, Mund- und Zahnpflege, Kämmen, Hautpflege, Haarwäsche und Nagelpflege.
Mobilität/Lagerung	Transfer, Ortsveränderungen innerhalb der Wohnung, Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung und Begleitung bei Aktivitäten.
Wäsche/Kleidung	Waschen der Wäsche und der Kleidung, Einräumen, Wechseln der Bettwäsche, Bettenmachen/Wechseln von Teilen der Bettwäsche.
Ernährung	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (Mundgerechtes Herrichten der Nahrung, Hilfe beim Essen und Trinken, Hilfe beim Trinken als alleinige Leistung, Verabreichung von Sondernahrung), Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen, Zubereitung einer sonst. Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (auch bei Essen auf Rädern).
Ausscheidungen	Hilfe bei der Darm-/Blasentleerung, Inkontinenzversorgung, Hilfe bei Erbrechen, Beratung bei Ausscheidungsproblemen, Intimhygiene und Hautpflege, Säuberung des Pflegebereichs und ggf. An- und Auskleiden.
Wohnung	Beheizen der Wohnung, Vorratseinkauf und Besorgung.

^a Die hier aufgeführten Inhalte sind als Beispielleistungen zu verstehen, die im Rahmen eines Leistungskomplexes gewährt werden können. Die genauen Inhalte der Leistungskomplexe variieren jedoch zwischen den Bundesländern.

Tabelle 3: Standorte im Vergleich

Standort	Annaberg	Erfurt	Kassel	Marburg	München	Neuwied*	Unna
Einwohner	23.968	198.181	200.000	86.000	1.264.612	68.870	68.132
Zielgruppe	100	400	100	100	400	400	400
Programmgruppe SL	50	100	50	50	100	200	200
Programmgruppe GL	keine	100	keine	keine	100	keine	keine
Kontrollgruppe	50	200	50	50	200	200	200

* Besonderheit: Integriertes Budget, bestehend aus trägerübergreifendem Budget und Pflegebudget

Tabelle 4: Leistungshöhen der häuslichen Pflege nach Leistungsart und Pflegestufe^a

	Sachleistungen	Geldleistungen	Pflegebudget
Pflegestufe I	384 EUR	205 EUR	384 EUR
Pflegestufe II	921 EUR	410 EUR	921 EUR
Pflegestufe III	1 432 EUR	665 EUR	1 432 EUR
Härtefall ^b	1 918 EUR	-	-

Quelle: § 36 und § 37 SGB XI

^a Pflegebedürftige werden vom medizinischen Dienst der Kassen je nach Schwere der Pflegebedürftigkeit in die Pflegestufen eingestuft.

^b Außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt

Literatur

Arntz, M./Spermann, A. (2004): „Wie lässt sich die gesetzliche Pflegeversicherung mit Hilfe personengebundener Budgets reformieren?“ Sozialer Fortschritt, 53. Jg., S. 11-22.

Blinkert, B./Klie, Th. (2004): „Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel.“ Hannover.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.)(2004): „Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung.“ Berlin.

Heckman, J.J. (1992): „Randomization and Social Policy Evaluation.“ in: Manski, C.F. und I. Garfinkel (Hrsg.): „Evaluating Welfare and Training Programs.“ Harvard University Press, S. 201-229.

Heckman, J.J./LaLonde, R.J./Smith, J.A. (1999): „The Economics and Econometrics of Active Labor Market Programs.“ in: Ashenfelter, O. und D. Card (Hrsg.): „Handbook of Labor Economics, Volume III.“ Amsterdam. S. 1865-2097.

Norton, E.C. (2000): „Long-Term Care“ in: Culyer A.J. und J.P. Newhouse (Hrsg.): „Handbook of Health Economics, Volume I.“ S. 955-994.

Orr, L.L. (1999): „Social Experiments, Evaluating Public Programs with Experimental Methods.“ Sage Publications.

Ottnad, A. (2003): „Pflegeversicherung - Last Exit“ Wirtschaftsdienst, 83. Jg., S. 777-785.

Ribhegge, H. (2004): „Sozialpolitik“. Verlag Vahlen, München.

Rosen, H.S. (2002): „Public Finance“. Boston, 6. Auflage, McGraw-Hill.

Rubin, D.B. (1980): „Discussion of Randomization Analysis of Experimental Data: The Fisher Randomization Test by D.Basu.“ in: Journal of the American Statistical Association, Bd. 75. S. 591-593.

Schupp, J./Künemund, H. (2004): „Private Versorgung und Betreuung von Pflegbedürftigen in Deutschland.“ DIW Wochenbericht, S. 289-294.