

Gegenteilige Wirkungen der verschiedenen Finanzierungsarten von Betrieben, die abhängige Personen betreuen.

Beiträge einer Finanzierung, die auf der Messung der individuell erforderlichen Ressourcen basiert.

Charles Tilquin, Ing. Ph.D.*

Unter dem Druck der Haushaltskürzungen haben sich in den letzten zwanzig Jahren die Finanzierungsarten für Betriebe, die abhängigen Personen über lange Zeit Pflege und Unterstützung anbieten, verändert. Selbst wenn sich diese Veränderungen in den verschiedenen Ländern nicht auf die gleiche Art und Weise und im gleichen Rhythmus vollzogen haben, kann man trotzdem aus den verschiedenen nationalen Erfahrungen ein Modell herauskristallisieren, das folgendermaßen aussieht: am Anfang wurden die Betriebe bezüglich ihrer Kosten finanziert; dieser ersten Phase folgte oft die des Globalbudgets; anschließend ging man zu einer Finanzierung über, die auf dem Produkt basierte, welches durch eine Klientenklassifizierung definiert wurde; und zuletzt haben sich manche Länder für eine Finanzierung entschieden, die auf den für jeden Klienten individuell erforderlichen Ressourcen basiert.

Durch die Entwicklung der Finanzierungsarten wird die Suche der Kostenträger nach der Methode mit den geringsten gegenteiligen Wirkungen verdeutlicht. Wir verwenden ein Modell, in dem sieben Risiken gegenteiliger Wirkungen erkennbar sind: das Risiko die Kostenträger zu täuschen, das Risiko einer rentablen Klientenselektion, das Risiko einer schlechten Pflegequalität, das Risiko der Förderung der Abhängigkeit, das Risiko einer Pflegeüberproduktion, das Risiko eines Pflegeunterangebotes und das Risiko einer Förderung der Institutionalisierung.

Nach einer kurzen Beschreibung der vier Finanzierungsarten und der sieben Risiken, werden die Risiken jeder Finanzierungsart evaluiert. Es wird vor allem auf die zwei Finanzierungsarten eingegangen, die zur Zeit besonders geschätzt werden: Klientenklassifizierung und Messung der erforderlichen Ressourcen. Es wird gezeigt werden, dass diese letztere Finanzierungsart die geringsten Risiken aufweist, und folglich die beste Leistungsfähigkeit der Betriebe bezüglich der Befriedigung der Bedürfnisse, der Pflegequalität, der Pflegeergebnisse (Selbständigkeit) und der angemessenen Verwendung der Ressourcen garantiert.

Schlüsselworte: Abhängigkeit, gegenteilige Wirkungen der Finanzierungsarten, Kostenfinanzierung, Globalbudget, Klientenklassifizierung, Messung der erforderlichen Ressourcen, Krankenhäuser mit mittlerer und langer Aufenthaltsdauer, Alters- und Pflegeheime, Hauspflegedienste.

Als erstes werden die am häufigsten verwendeten Finanzierungsarten beschrieben. Anschließend werden die verschiedenen gegenteiligen Verhaltensweisen beschrieben, die dadurch bei den Vertretern (Leistungsanbietern) und in zweiter Linie seitens der Aufsichtsstelle (Kostenträger) eingeleitet werden können. Und letztlich werden die Risiken der gegenteiligen Wirkungen, die mit jeder Finanzierungsart verbunden sind, evaluiert.

Die Art der Finanzierung von Betrieben, die Personen, die unter einem Verlust ihrer Selbständigkeit leiden, Dienstleistungen (Unterstützung und Pflege) über lange Zeit anbieten, hat sich mit der Zeit langsam verändert. Diese Entwicklung variiert von einem Land zum anderen. Untersucht man die Erfahrungen verschiedener Industrieländer, dann zeigt sich ein allgemeines Schema, das folgendermaßen aussieht:

1. Phase : Finanzierung auf der Basis der verwendeten oder verbrauchten Ressourcen: Bezahlung der Rechnungen; Tagespreis-System, das jedem Betrieb eigen ist und nach den jeweiligen Kosten berechnet wird.

2. Phase : Globalbudget: im allgemeinen ist das Globalbudget des Jahres Null das Budget des letzten Finanzierungsjahres und basiert auf den Kosten, die eventuell angepasst wurden. Das Globalbudget wird anschließend an einen einheitlichen nationalen Satz angepasst, der die Differentialentwicklung der Klienten und der Betriebskosten verbirgt. Der hauptsächliche Reiz dieser Methode ist, dass sie ermöglicht die Ausgaben in gewissen Grenzen zu halten.

3. Phase : Klientenklassifizierung: man arbeitet Regeln aus, mit denen die Klienten in eine bestimmte Anzahl an Kategorien verteilt werden können (in Belgien, das abgeänderte System von Katz (Bande, 1994); in Frankreich, AGGIR (Vetel, 1994) und Kuntzmann et al. (1982); die Resources Utilization Groups (RUGs) in den USA (Fries & Cooney, 1985); BESA in der Schweiz (Heimverband Schweiz, 1996)). Jede dieser Kategorien wird, unter dem Gesichtspunkt

* Professor, Abteilung Verwaltung im Gesundheitswesen, Medizinische Fakultät, Universität von Montréal, C.P. 6128, Succursale "Centre-Ville", Montréal, Québec, H3C 3J7, Canada, Tél.: 1-514-343-5973, Fax: 1-514-343-2448, Email: charles.tilquin@erosinfo.com

der für ihre Mitglieder erforderlichen Ressourcen, als homogen angesehen. Jeder Kategorie wird ein Pauschalbetrag zugeordnet und das Betriebsbudget wird auf der Grundlage dieser festen Preise und seiner Klientenanzahl in jeder Klasse des Systems berechnet. In diesem Fall spricht man von einer Finanzierung auf der Grundlage des Produktes. Diese Finanzierung von Betrieben, die Unterstützung und Pflege über lange Zeit anbieten, ist gleichwertig mit der auf den DRGs (Diagnostic Related Groups) basierenden Finanzierung von Krankenhäusern.

4. Phase : Finanzierung, die auf den individuell erforderlichen Ressourcen für jeden Klienten basiert. Hier identifiziert man die Bedürfnisse jedes Klienten und man schließt daraus auf die Leistungen, die der Klient erfordert und man bestimmt die Menge der erforderlichen Ressourcen, um diese Leistungen zu erbringen und man finanziert den Betrieb, indem man sich auf die Kosten der für ihre Klienten erforderlichen Ressourcen bezieht (Tilquin & Fournier 1985; Tilquin et al., 1985; Tilquin et al., 1995; Tilquin & Coupal, 1987; Tilquin, Roussel et al., 1993; Rhys-Hearn, 1986). Diese Methode wird zur Zeit in Québec, in Luxemburg und in der Westschweiz angewendet und in Deutschland sowie in Italien getestet.

Zweifellos ist es nicht überflüssig hier darzustellen, dass es einen bestimmten Unterschied zwischen verwendeten oder verbrauchten Ressourcen (Phase 1) und erforderlichen Ressourcen (Phase 4) geben kann. Aus zahlreichen Gründen entsprechen die verbrauchten Ressourcen nicht den Klientenbedürfnissen, zum Beispiel:

- das Fehlen individueller Pflegepläne und Routinen, das eine Desindividualisierung der Pflege nachsichzieht. Um sich das Leben zu vereinfachen, bietet man den Klienten systematisch die gleichen Leistungen mit der gleichen Häufigkeit an, ohne den individuellen Bedarf zu berücksichtigen.
- der Mangel an zur Verfügung stehenden Ressourcen hat zur Folge, dass nicht alle erforderlichen Leistungen angeboten werden können. Im Rahmen von Haushaltskürzungen kann dieser Faktor besonders wichtig sein.
- das Übermaß an zur Verfügung stehenden Ressourcen hat die entgegengesetzte Wirkung. Diese Situation ist seltener; jedoch selbst im Fall eines globalen Ressourcenmangels (in einem Netz), kann man überdotierte Betriebe antreffen, die nicht erforderliche Leistungen anbieten.

Variationen in der Pflegephilosophie und den Pflorgetechniken führen ausserdem zu bedeutenden Variationen im Gebrauch der Ressourcen. Die Beseitigung dieser Variationen ist der Methode der Messung der erforderlichen Ressourcen inhärent (siehe weiter unten).

Selbstverständlich haben nicht alle Länder diese vier Phasen nacheinander durchlaufen, und sie werden auch nicht von allen Ländern durchlaufen. Würde man eine Bestandsaufnahme der Finanzierungsarten der Betriebe, die Unterstützung und Pflege über lange Zeit anbieten, in allen Ländern machen, dann würde man bestimmt Benutzer finden, die gegenwärtig eine der vier Finanzierungsarten verwenden, oder Beispiele, in denen eine Phase übersprungen wurde (z.B. direkter Übergang von der Phase 1 zur Phase 3), und selbst Beispiele eines "Rückganges" (Übergang von der Phase 3 zur Phase 2). Es ist auch anzumerken, dass es innerhalb einer Finanzierungsart eine große Anzahl von Varianten gibt, und dass Kombinationen dieser vier Grundarten möglich sind, die wiederum zu einer Vielfalt gemischter Finanzierungsarten führen. Im Allgemeinen greift man auf diese Letzteren zurück. Wahrscheinlich gibt es kein Beispiel einer "reinen" Verwendung von einer dieser vier Grundarten.

Risiken gegenteiliger Wirkungen

Die Entwicklung der Handlungsweisen zur Ausgabenregulierung der Betriebe zeugt von der Suche der Handelnden (hauptsächlich der Kostenträger) nach einer Methode zur Verhinderung oder zumindest zur Minimierung der gegenteiligen Wirkungen, die durch die Strategien der dienstleistungserbringenden Betriebe bewirkt werden. Hier wird das von Mathy, Quantin und Gadreau (1997) für Krankenhäuser vorgeschlagene Risikomodell übernommen und angepasst. Diesem Modell wurde ein Risiko hinzugefügt, das dem Bereich eigen ist, der abhängige Personen betreut, und zwar das Risiko einer Förderung der Abhängigkeit. Infolgedessen wurde das Risiko der mehrfachen Wiederaufnahmen, das für Krankenhäuser spezifisch ist, durch das Risiko der Institutionalisierung abhängiger Personen ersetzt, das dem hier berücksichtigten Bereich eigen ist (Tirrito, 1994).

Die Risiken werden hier hauptsächlich aus der Sicht der Kostenträger in Betracht gezogen, der als Bürge der Interessen der Gesellschaft und der Klienten angesehen wird, und der den "egoistischen" Strategien der Betriebe entgegenwirken möchte (die umgekehrte Sichtweise wird jedoch kurz, im Fall des Risikos eines Pflegeunterangebotes eingenommen). Die grundlegende Fragestellung ist folgende: welches sind die Stärken und Schwächen jeder Finanzierungsart bezogen auf die

organisatorische Leistungsfähigkeit, gemessen als Ausdruck der Befriedigung der Klientenbedürfnisse, der Pflegequalität, der Pflegeergebnisse (Erhalt oder Erhöhung der Unabhängigkeit) und der angemessenen Verwendung der Ressourcen (angemessene Einweisung der Klienten, Vermeidung von unnötigen Dienstleistungen).

Risiko die Kostenträger zu täuschen

Betriebe, die abhängige Personen betreuen, erzeugen Endprodukte, die schwer zu umschreiben und zu messen sind: Gesundheit, Lebensqualität, Selbständigkeit, Autonomie. Bezüglich der Definition dieser Konzepte gibt es erstens keinen Konsens, und zweitens sind alle Klienten verschiedenen, und das was jeder Betrieb zu einer besseren Gesundheit, einer größeren Lebensqualität, usw. beitragen kann, ist ebenfalls verschieden. Das Endprodukt dieser Betriebe ist folglich schlecht abgegrenzt und außerdem variabel. Die Zwischenprodukte, Unterstützung und Pflege, scheinen von vornherein leichter umschreibbar, aber dennoch müßte man sich auf eine standardisierte Nomenklatur einigen, um die Verwendung dieser Ersatzdefinition rechtfertigen zu können. Je nach der Definition des verwendeten Produktes (oder dem Fehlen einer Definition) wird es eine mehr oder weniger große Asymmetrie der Information zwischen den Kostenträgern und den von ihnen finanzierten Betrieben geben. Je ungenauer, unvollständiger oder fehlerhaft die Definition des Produktes ist, umso mehr können die Betriebe die Informationen beeinflussen, um ein Maximum an Mitteln zu erhalten, und die Kostenträger bezahlen ohne wirklich zu wissen für was sie bezahlen.

Risiko einer rentablen Klientenselektion

Ein Fall, für den der Betrieb mehr Geld bekommt als er ausgibt, ist ein rentabler Fall. Die ideale Finanzierungsart ist die, bei der alle Fälle gleich rentabel sind, und dies unabhängig von ihrer Komplexität und ihres Schweregrades. Diese Finanzierungsart gibt es natürlich nicht und die verschiedenen, zur Verfügung stehenden Finanzierungsarten bringen das mehr oder weniger große Risiko mit sich, daß Fälle ausgewählt werden, die mehr einbringen als daß sie kosten.

Risiko einer schlechten Pflegequalität

Bei Personen, die unter einem Verlust ihrer Selbständigkeit leiden, ist es schwierig die Pflegequalität in Bezug auf Ergebnisse zu messen. Meistens stehen dem Kostenträger, was Struktur und Verfahren betrifft, keine Qualitätsmessungen zur Verfügung. In solch einem Fall, und bei gleicher Finanzierung, könnten zwei

Betriebe Pflege von sehr unterschiedlicher Qualität erbringen, ohne daß sie eine finanzielle Strafe riskieren.

Risiko die Abhängigkeit zu fördern

Es besteht eine Verbindung zwischen Abhängigkeit und den für die Klienten erforderlichen Ressourcen: die erforderlichen Ressourcen erhöhen sich mit der Abhängigkeit. Diese Tendenz ist unwiderlegbar, selbst wenn sie diffus ist, und zwar in dem Sinne, dass man für ein bestimmtes Abhängigkeitsniveau eine große Verschiedenartigkeit in Bezug auf das Niveau der erforderlichen Ressourcen beobachten kann (Rigaux & Gommers, 1985). Die gleiche Korrelation kann in geringerem Maße zwischen Abhängigkeit und gegebenen Ressourcen beobachtet werden. Unter Berücksichtigung dieser Zusammenhänge und je nach den Finanzierungsarten, könnte ein Betrieb es mehr oder weniger vorteilhaft finden, eine Strategie zu übernehmen, die das "Machen für den Klienten" bevorzugt anstatt "den Klienten machen zu lassen". Hier wird also eher die Abhängigkeit als die Selbständigkeit gefördert.

Risiko einer Pflegeüberproduktion

Ein Betrieb, dem seine Ausgaben zurückerstattet werden, hat natürlich eher die Tendenz mehr auszugeben, um mehr zu erhalten.

Risiko eines Pflegeunterangebotes

Dieses Risiko ist das Gegenstück zum vorherigen. Ein Betrieb, der pauschal bezahlt wird, hat die Tendenz seine Ausgaben für Unterstützung und Pflege zu minimieren, um seinen Gewinn zu maximieren oder um Geldbeträge frei zu machen, die er dann anderen Diensten zuweisen kann.

Risiko die Institutionalisierung zu fördern

Dies ist einerseits das Risiko, daß eine abhängige Person in einer Einrichtung gehalten wird, auch wenn diese Person wieder zu Hause leben könnte, wenn sie Leistungen der Hauspflegedienste beziehen könnte; und andererseits ist es das Risiko, daß ein Hauspflegedienst sich eines Klienten, der weiterhin zu Hause versorgt werden könnte, entledigen möchte und es einrichtet, daß der Klient in eine Einrichtung eingewiesen wird. Die Institutionalisierung ist im allgemeinen gleichbedeutend mit einer schlechteren Lebensqualität und ist meistens teurer als die Hauspflege (außer für sehr abhängige Personen).

Die Überschneidung der vier Finanzierungsarten mit den sieben obengenannten Risiken zeigt, daß das Ausmaß der Risiken bedeutend mit den Finanzierungsarten variiert.

Risiken gegenteiliger Wirkungen versus Finanzierungsarten

Kostenfinanzierung

Das Risiko, daß die Kostenträger durch die Nicht-Definition des Produktes getäuscht werden, ist hier sehr groß. Diese Finanzierungsart erfordert keine Angaben über die Endergebnisse des Betriebes; der Betrieb hat nicht die Verpflichtung seine Endergebnisse mit den Daten zu verbinden, die er über die Zwischenergebnisse zur Verfügung stellen muß, um bezahlt zu werden. Er muß nur die Rechnung vorlegen. Die Kostenträger werden über die wahre Natur des Produktes im Dunkeln gelassen (Mathy, Quantin & Gadreau, 1997).

Im Gegensatz dazu gibt es bei diesem Verfahren kein Risiko einer Klientenselektion. Alle Fälle sind von vornherein rentabel, da der Betrieb für die Pflege bezahlt wird, die er erbringt, ohne das Bedürfnis in Betracht zu ziehen. Jedoch könnte ein Betrieb, der seinen Umsatz erhöhen möchte, seine Klientenanzahl aber nicht erhöhen kann oder will (die Erhöhung der Rate der variablen Kosten über die fixen Kosten, kann die Rentabilität erhöhen), dazu übergehen, schwere Fälle auszuwählen, um eine entsprechende Inrechnungstellung zu rechtfertigen.

Das Risiko einer schlechten Pflegequalität ist vorhanden, weil der Betrieb bezüglich der Kosten seines Pflegevolumens und nicht bezüglich der Kosten der Qualität seines Pflegevolumens bezahlt wird. Zumindest wird durch diese Finanzierungsart keine Anregung zu einem qualitativen Pflegeangebot gegeben.

Die Kostenfinanzierung ist eine Methode, die im Gegensatz zur Förderung der Selbständigkeit steht, da sie eine Produktion an Leistungen, ohne Rücksicht auf die Bedürfnisse und Ergebnisse, vorantreibt. Sie belohnt einen Betrieb, der Abhängigkeit schafft, um sein Pflegevolumen zu erhalten oder zu erhöhen (siehe weiter oben den Punkt zur rentablen Klientenselektion).

Das Risiko einer Pflegeüberproduktion ist maximal: je mehr produziert wird, um so mehr kostet es und je mehr es kostet, um so mehr Geld gibt es. Dagegen ist das Risiko eines Pflegeunterangebotes minimal.

Die Einrichtung hat keinen Grund eine Rückkehr nach Hause zu verhindern. Sie wird sie eher fördern, da die Personen, die nach Hause zurückkehren, im

allgemeinen Personen sind, die wenig Pflege und Unterstützung erfordern. Die Hauspflegedienste haben keinen Grund eine Heimeinweisung ihrer Klienten zu fördern, selbst wenn es schwere Fälle sind, da sie alle Klientenkosten zurückerstattet bekommen.

Globalbudget

Die Methode des Globalbudgets, bei der die Budgets aller Betriebe gleichförmig angepasst werden, ist dafür bekannt, daß sie gleichzeitig über- und unterdotierte Betriebe schafft, da das Budget, das einem Betrieb zugeteilt wird, nicht an die Entwicklung seiner Klienten und deren Kosten gebunden ist. Je nachdem ob sich die Betriebe (zu Recht oder zu Unrecht) als unter- oder überdotiert wahrnehmen, werden sie im Fall bestimmter Risiken gegensätzliche Strategien annehmen.

Das Risiko, daß die Kostenträger getäuscht werden ist im Fall von Betrieben, die der Ansicht sind, daß sie gut oder überdotiert sind, maximal, weil das globale Budget nur wenig erklärende Indikatoren bezüglich der Produktion des Betriebes erfordert: Klienten- oder Bettenanzahl, Anzahl der Aufnahmen, Personalvolumen, usw. Folglich können diese Betriebe von der Unbestimmtheit profitieren, in der sich der Kostenträger befindet, und nur die Daten zur Geltung bringen, die ihre Anträge nach einer Nachtragszahlung rechtfertigen. Aber der Betrieb, der sich als unterdotiert empfindet, hat Vorteile von einer größeren Transparenz. Aber auf Grund seines Status wird es vorkommen, daß er nicht die Mittel hat, um die Daten zusammenzustellen, die ihm den Beweis einer Unterdotierung ermöglichen würden (Mathy, Quantin & Gadreau, 1997).

Im Fall von Betrieben, die der Ansicht sind (zu Recht oder zu Unrecht), dass sie unterdotiert sind, besteht das Risiko, dass sie die leichtesten Fälle auswählen. Die Betriebe, die sich als gut oder überdotiert ansehen, verhalten sich nicht so. Jedoch ist es möglich, dass sie ihre Leistungsstärke beweisen wollen, indem sie schwere Fälle auswählen, die sie eventuell anschließend dazu benutzen, mehr Geld zu verlangen.

Die Situation ist ziemlich gleich, was das Risiko einer schlechten Pflegequalität betrifft. Der Betrieb, der der Ansicht ist, daß er unterdotiert ist, kürzt die Kosten im Bereich der Qualität, da die Qualität keinen Einfluß auf die bewilligten Ressourcen hat. Im Gegenteil dazu wird der Betrieb, der sich als gut oder überdotiert ansieht, eher dazu neigen, in Qualität zu investieren, um anschließend seine Leistung im Bereich der Pflegequalität als Rechtfertigung seines Finanzierungsniveaus zu nutzen.

Der Betrieb, der der Ansicht ist, daß er unterdotiert ist, wird die Selbständigkeit seiner Klienten maximal fördern müssen, um den Druck zu lockern, der von den ungenügenden Ressourcen herrührt. Es ist wenig wahrscheinlich, daß die Betriebe, die sich als gut oder überdotiert wahrnehmen, sich genausoviel um den Erhalt der Selbständigkeit oder zumindest um weniger Abhängigkeit bemühen wie die weniger gut ausgestatteten Betriebe. Aber im Globalbudget gibt es nichts, was sie dazu zwingt, Abhängigkeit zu schaffen. Es ist sogar möglich, daß gewisse "reiche" Betriebe die Selbständigkeit ihrer Klienten als ein Kriterium zur Messung ihrer Leistung verwenden.

Dem Risiko einer Pflegeüberproduktion begegnet man in Betrieben, die sich als gut oder überdotiert einschätzen. Die Devise heißt, alles auszugeben, um sich für das folgende Jahr eine äquivalente Finanzierung zu sichern. Umgekehrt werden die Betriebe, die sich als unterdotiert ansehen, versuchen ihre Aktivitäten zu minimieren, um im Rahmen ihres knappen Budgets handeln zu können.

Die Einrichtungen, die sich als unterdotiert wahrnehmen, tendieren dazu Kandidaten festzuhalten, für die eine Rückkehr nach Hause möglich wäre. Umgekehrt werden Betriebe, die sich als überdotiert ansehen, eher die Tendenz haben, sich durch die Aufnahme von schweren Fällen zu belasten und folglich werden sie versuchen die leichten Fälle nach Hause zu schicken, um Platz zu schaffen. Die Hauspflegedienste, die sich als unterdotiert wahrnehmen, werden versuchen ihren Anteil an schweren Fällen in eine Einrichtung einzuweisen. Die Hauspflegedienste, die sich als überdotiert ansehen, verhalten sich nicht so; sie versuchen eher ihr Klientenbecken zu vergrößern, indem sie schwere Fälle festhalten, deren Institutionalisierung sich auf wirtschaftlicher Basis rechtfertigen könnte.

Klientenklassifizierung

Das mit einer Nicht-Definition des Produktes verbundene Risiko wird theoretisch durch die Einführung eines Klientenklassifizierungssystems reduziert. Tatsächlich will das Klassifizierungssystem, zuerst und vor allem, eine Methode zur Produktdefinition sein. Im Prinzip haben die Betriebe und die Kostenträger bei dieser Methode das gleiche Informationsniveau und die Finanzierung kann theoretisch ganz unparteiisch, in Bezug auf das Produkt jedes Betriebes, vorgenommen werden. Dies ist jedoch nur richtig, wenn die Klassifikation gültig ist, und wenn die Betriebe sie nicht beeinflussen können.

Eine gültige Klassifizierung ist dadurch gekennzeichnet, dass in jeder Klasse Klienten zusammengelegt sind, die bezüglich der Ressourcenmenge, die sie für Pflege und Unterstützung erfordern, gleichartig sind. Doch man weiß, daß der Kundenkreis der Personen, die unter einem Verlust ihrer Selbständigkeit leiden, sehr verschiedenartig ist. Im großen und ganzen und unter beiseitelassen der Rehabilitationspflege, weiß man, daß dieser Kundenkreis pro Tag zwischen 1 und 400 Minuten an Pflege und Unterstützung erfordert. Man weiß auch, daß man einem Kontinuum an Pflegeintensität nachkommt: um bestimmte Kernpunkte der Pflegeintensität herum, kann man keine natürliche Gruppierung der Klienten beobachten. Infolgedessen werden die Personen, die unter einem Verlust ihrer Selbständigkeit leiden, in einer sehr begrenzten Anzahl von Klassen (im allgemeinen 3, 4, 5 oder 6 Klassen) zusammengefaßt. Es ist unvermeidlich, daß diese Klassen heterogen sind: so können sich z. B. Personen, die 80 bzw. 150 Minuten Pflege pro Tag benötigen, in der gleichen Klasse befinden. Zudem überschneiden sich die Klassen durch die Methode ihres Aufbaus: die "schwersten" Klienten der Klasse 1 erfordern mehr Pflege als die "leichtesten" Klienten der Klasse 2 oder sogar der Klasse 3 oder selbst der Klasse 4 (Mc Hugh & Dwyer, 1992).

Außerdem sind die zur Verfügung stehenden Klassifizierungssysteme wenig oder sehr wenig zuverlässig. Die Klassifizierungskriterien sind oft ungenau und anfällig für mannigfache Auslegungen. Handbücher, die eine richtige Auslegung genau bestimmen würden, fehlen oft. Infolgedessen, wenn die Einrichtungen ihre Klienten selbst klassifizieren, dann stehen ihnen alle Möglichkeiten einer Beeinflussung der Klassifizierung offen, und die meisten Klienten werden in den höchsten Klassen, die auch die am Besten bezahlten sind, anzutreffen sein. Wenn der Kostenträger eine Struktur einführt, die für ihn die Klientenklassifizierung durchführt, dann kann er dennoch auf Variationen zwischen den Evaluierern, auf Druckausübung der Betriebe auf die Evaluierer, um die vorteilhafteste Klassifizierung zu erhalten, auf Schwierigkeiten einer regelmäßigen Aktualisierung und auf zahlreiche Anfechtungen seitens der Betriebe stoßen.

Obwohl die Klientenklassifizierung einen Fortschritt auf der Suche nach einer Betriebsfinanzierung darstellt, die auf der Definition ihres Produktes basiert, so bleibt doch, dass die Beschaffenheit des Klassifizierungsprozesses und die Beschaffenheit der Klienten, auf die der Klassifizierungsprozess angewendet wird, zu einer wenig gültigen Definition des Produktes der Betriebe führt. Desweiteren läßt die Art und Weise wie die Klassifizierungen in der Praxis angewendet werden meistens bedeutende Zweifel

bezüglich ihrer Zuverlässigkeit entstehen. Daraus folgt, daß in den meisten Fällen die Verringerung des Risikos, verbunden mit der Nicht-Definition des Produktes, durch die Einführung eines Klassifizierungssystems für Personen, die unter einem Verlust ihrer Selbständigkeit leiden, mehr theoretisch als reell ist.

Die Definition des Produktes mittels einer Klassifizierung hat folglich einen trügerischen Zug, weil die Illusion entsteht, daß man ein Problem regelt, welches tatsächlich weiterbesteht. Diese Illusion wird oft noch durch pseudo-wissenschaftliche Kunstgriffe verstärkt, mit denen die Entwickler ihre Klassifizierungssysteme ausstatten. Man berechnet die Korrelationskoeffizienten oder die Prozentzahlen zur Auslegung der Varianz der gegebenen oder der erforderlichen Pflege, um den angebotenen Systemen eine Glaubwürdigkeit zu geben, da diese statistischen Kriterien in der wissenschaftlichen Literatur anerkannt sind. Im Gegensatz dazu vergisst man systematisch das Erwähnen von spezifischen Kriterien, die weit besser über die Gültigkeit der angebotenen Systeme informieren würden, wie zum Beispiel die Messung der Klassentüberschneidung oder auch die Verteilung von Fehlern bei der Messung der gegebenen oder der erforderlichen Pflege, die ein Klassifizierungssystem im Bereich des Pflegeaufwandes der einzelnen Klienten, der Pflegebereiche oder der Einrichtungen bewirkt.

Diese Bemerkung gilt auch für die Vielzahl der verfügbaren Abhängigkeitskalen. Ganz gleich welche Abhängigkeitskala man betrachtet, es kann immer eine starke Korrelation zwischen dem Abhängigkeitsniveau und den verwendeten oder erforderliche Ressourcen beobachtet werden. Gleichzeitig kann man aber auch immer beträchtliche Variationen in der Menge der verwendeten oder erforderliche Ressourcen für ein bestimmtes Abhängigkeitsniveau des Klienten bemerken. Diese Variationen sind derartig, dass die Abhängigkeitsergebnisse in der Praxis von keinerlei Nützlichkeit sind, um die für einen individuellen Klienten oder global, für alle Klienten eines Pflegebereiches oder eines Betriebes, verwendeten oder erforderlichen Ressourcen zu messen. Sie sind eventuell nur gültig, um die von großen Klientengruppen (eine Region, alle Klienten einer Betriebskategorie, usw.) verwendeten oder erforderlichen Ressourcen zu messen (im Hinblick auf eine Ressourcenplanung).

Klassifizierungssysteme mit wenigen Klassen erhöhen das Risiko einer Selektion von rentablen Klienten. Tatsächlich sind die Klassen in diesen Systemen nicht homogen und es werden Klienten zusammengefaßt, deren Pflegeintensität vom Einfachen bis zum Vierfachen gehen kann. Die Betriebe identifizieren bald in jeder Klasse die rentablen Untergruppen, d.h. die Klienten, für die man den mit der

Klasse verbundenen Pauschalbetrag erhält, deren Pflegekosten aber unter oder deutlich unter dem Pauschalbetrag liegen, und umgekehrt identifizieren sie auch die nicht rentablen Untergruppen. Es versteht sich also von selbst, daß der Betrieb, wenn er die Mittel zur Selektion hat, nur die rentablen Fälle aufnimmt und die anderen abweist. Dadurch, daß die Betriebe aus unterschiedlichen Gründen (geographische Lage, Konkurrenz, Ansehen, Größe, usw.) über sehr verschiedene Handlungsspielräume bezüglich ihre Klientenselektion verfügen, kommt es zu bedeutenden Verzerrungen zwischen den Betrieben, die eine Selektion treffen können, und denen, die dazu verurteilt sind, die weniger rentablen Fälle anzunehmen, die von den anderen abgelehnt wurden (Bande, 1994).

Desweiteren trägt die Klientenklassifizierung keineswegs zu einer Verringerung des Risikos einer schlechten Pflegequalität bei. Die Finanzierung mittels Pauschalbetrag hängt nicht von der gegebenen Pflegequalität ab. Egal ob der Betrieb eine gute oder schlechte Pflegequalität aufweist, er erhält den gleichen Betrag. Folglich kann man im allgemeinen annehmen, daß ein Betrieb, der auf der Basis einer Klientenklassifizierung finanziert wird, eher dazu tendiert die Qualität zu verringern, um seinen Gewinn zu steigern oder um seinen Handlungsspielraum zu vergrößern.

Die meisten Klassifizierungen verwenden Abhängigkeitskriterien für die Aktivitäten des täglichen Lebens, um die Klasse zu bestimmen, in die der Klient einzuordnen ist. Oft wird eine größere Abhängigkeit des Klienten für eine oder zwei Aktivitäten des täglichen Lebens dazu führen, daß er die Klasse wechselt und folglich wird dadurch der höhere Pauschalbetrag, der mit dieser Klasse verbunden ist, gerechtfertigt. Infolgedessen ist bei einer Finanzierung, die auf der Klientenklassifizierung beruht, das Risiko sehr hoch, daß man den Erhalt, ja selbst die Schaffung einer Abhängigkeit bei den Klienten fördert, deren Abhängigkeitsniveau sich an der Grenze zwischen zwei Klassen befindet: wenn die Klienten die leichtesten ihrer Klasse sind, dann wird man verhindern, daß sie selbständiger werden, damit sie nicht in eine leichtere Klasse eingestuft werden; wenn sie die schwersten ihrer Klasse sind, dann wird man eher dazu verleitet sein sie noch abhängiger zu machen, damit sie in eine schwerere Klasse eingestuft werden. Im Fall von Klienten, die zu abhängig sind, als daß man auf eine Klasse geringerer Abhängigkeit hoffen könnte, die aber zu wenig abhängig sind, als daß man für sie eine höhere Klasse in Betracht ziehen könnte, ist die Klassifizierung höchstens neutral.

Andererseits minimiert die Klassifizierung das Risiko einer Pflegeüberproduktion; der Betrieb muss mit den

Pauschalbeträgen zurecht kommen, um seine Klienten zu betreuen. Selbst wenn der Betrieb einen Großteil seiner Klienten auswählen kann, so kann er die Entwicklung ihrer Abhängigkeit nicht beeinflussen, und wenn er sich ihrer nicht entledigen kann, weil sie unrentabel geworden sind, dann wird er normalerweise seine Pflegeproduktion mindern. Das Risiko eines Pflegeunterangebotes ist besonders bei den Betrieben sehr groß, die nicht die "schönen" Fälle auswählen können. Die Pflegekosten, die über den Pauschalbetrag hinausgehen, müssen von den Betrieben übernommen werden. Für Betriebe, die eine disproportionierte Menge von Fällen aufnehmen müssen, die mehr kosten als durch den Pauschalbetrag abgedeckt wird, heißt das, daß sie diesen schweren Fällen nur die Pflege geben können, die dem Pauschalbetrag entspricht. Folglich bieten sie diesen Klienten weniger als was diese eigentlich erfordern.

Andererseits werden die Einrichtungen auch dazu tendieren rentable Grenzfälle, das heißt Personen, die wieder nach Hause zurückkehren könnten, die aber Dienstleistungen erfordern, deren Kosten unter dem mit der Klasse verbundenen Pauschalbetrag liegen, in ihrer Einrichtung zu halten. Umgekehrt werden die Hauspflegedienste versuchen, sich der Klienten zu entledigen, die weiterhin zu Hause versorgt werden könnten, die aber Kosten verursachen, die den mit ihrer Klasse verbundenen Pauschalbetrag übersteigen.

Finanzierung basierend auf den erforderlichen Ressourcen

Diese Finanzierungsmethode basiert auf der These, dass man, wenn man den Personen die Unterstützung und Pflege gibt, die sie erfordern, bessere Endergebnisse (als Ausdruck von Gesundheit, Selbständigkeit, Autonomie und Lebensqualität) erzielt, und dies bei gleichen Kosten, als mit jeder anderen Finanzierungsmethode. Bei dieser Methode wird, für die Bestimmung des Produktes der Betriebe, von den spezifischen Bedürfnissen jedes Klienten ausgegangen und die Messung der erforderlichen Ressourcen für jeden Klienten findet ausdrücklich auf dieser Basis statt (Tilquin & D'Hoore, 1998). Sie ist komplexer als die Klassifizierungsmethoden. Als erstes wollen wir ihre Grundlagen und ihre Anwendungsmodalitäten darlegen und anschließend das Ausmaß der Verzerrungen evaluieren, die diese Methode in der Finanzierung bewirken kann.

Messung der für den Klienten erforderlichen Ressourcen

Das Konzept der erforderlichen Dienstleistung

Das Konzept der erforderlichen Ressourcen ergibt sich aus dem Konzept der erforderlichen Dienstleistungen. Die erforderlichen Ressourcen sind die Ressourcen, die von den erforderlichen Dienstleistungen verbraucht werden. Und das Konzept der erforderlichen Dienstleistungen ergibt sich seinerseits aus dem Konzept der spezifischen Bedürfnisse. Jede Person hat spezifische Bedürfnisse, aber wenn sich die Person einer guten Gesundheit erfreut und ihre funktionellen

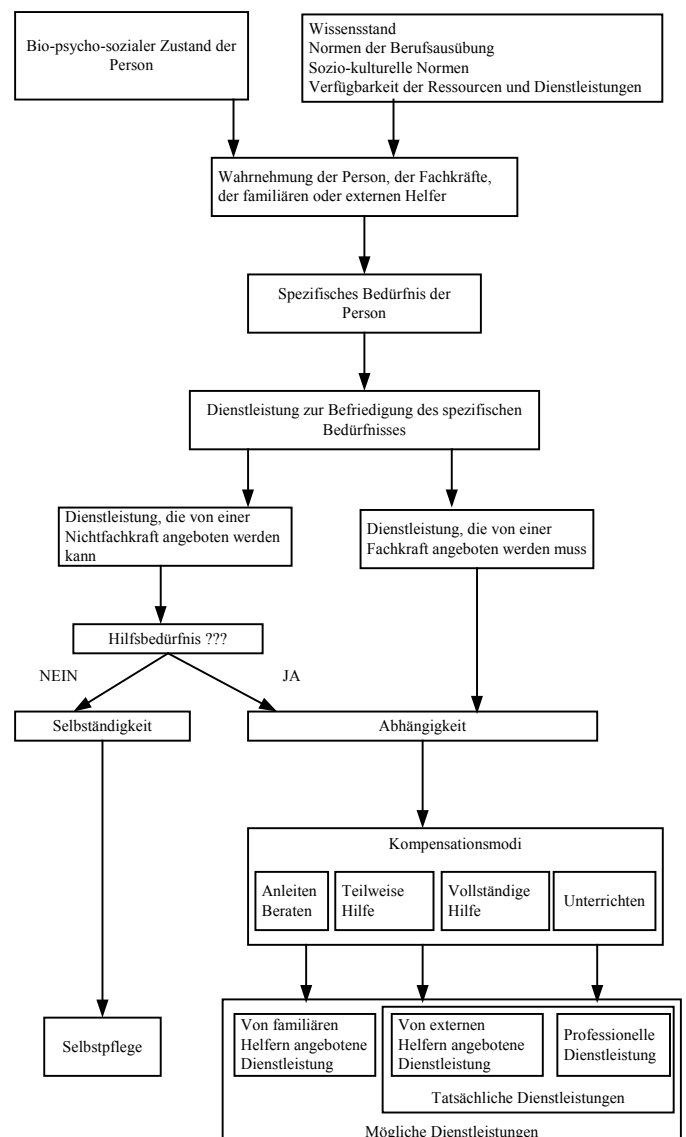


Abbildung 1. Das Dienstleistungskonzept

Fähigkeiten intakt sind, dann kann sie ihre Bedürfnisse selbst befriedigen. Die kranke oder unter einem Verlust ihrer Selbständigkeit leidende Person kann eventuell noch gewisse Bedürfnisse selber beantworten. Um jedoch einen mehr oder weniger großen Teil ihrer Bedürfnisse zu befriedigen, ist sie von ihrer Umgebung abhängig. Diese Unterstützung kann professioneller oder nicht professioneller Art sein (Mitglieder ihres familiären Umfeldes oder externe Helfer). Man sagt, dass die Person Dienstleistungen erfordert (Milunpalo, 1993). Die Abhängigkeit variiert im Bereich der Bedürfnisse des täglichen Lebens. In der Literatur werden im allgemeinen drei Abhängigkeitsniveaus und drei Kompensationsmodi der Unfähigkeiten identifiziert: anleiten und beraten, teilweise Hilfe, vollständige Hilfe. Für professionelle Pflegedienstleistungen ist der Kompensationsmodus üblicherweise die vollständige Hilfe (Orem, 1980) (**Abbildung 1**).

Die Definition einer Dienstleistung beinhaltet außer dem Kompensationsmodus auch noch drei andere grundlegende Parameter. Diese drei Parameter sind die Dauer, die Zeiteinheit und die Häufigkeit der Dienstleistung (Tilquin, Roussel, Laisney & Ferus, 1992). Unter Dauer verstehen wir den Zeitraum, in dem die Dienstleistung angeboten wird. Für abhängige Personen wird die Dauer der Dienstleistung oft sehr lang sein. Im besonderen nimmt man hier Bezug auf Dienstleistungen, die Bedürfnisse des täglichen Lebens beantworten. In diesem Fall beseitigt die gegebene Dienstleistung das spezifische Hilfsbedürfnis nur vorübergehend, da dieses Bedürfnis wenige Stunden später erneut auftritt. Unter Zeiteinheit der Dienstleistung verstehen wir die notwendige Minutenanzahl, um die Dienstleistung ein Mal zu erbringen. Zuletzt versteht man unter der Häufigkeit der Dienstleistung, wie oft sie innerhalb eines Zeitabschnittes angeboten wird (**Abbildung 2**).

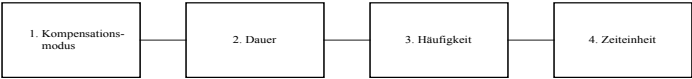


Abbildung 2. Grundlegende Parameter, die eine Dienstleistung kennzeichnen

Kriterien zur Bestimmung der erforderlichen Dienstleistungen

Das wesentliche Problem bei dieser Methode ist die Bestimmung der Grundlagen, mit denen ermittelt wird, ob eine Dienstleistung erforderlich oder nicht

erforderlich ist. Eine Durchsicht der Literatur hat uns erlaubt mindestens sechs Kriterien zu identifizieren, die uns ermöglichen diese Unterscheidung auszuarbeiten: Relevanz, Effektivität, Gerechtigkeit, Effizienz, Vorliebe und Sättigung (Vuori, 1984; Cochrane, 1972; Smallwood, Murray und al., 1969; Smallwood, Sondik, Offensend, 1971; Conseil médical du Québec, 1995).

Das Kriterium der Relevanz bezieht sich auf das Vorhandensein eines Hilfsbedürfnisses der Person und folglich auf die Notwendigkeit einer Dienstleistung und, sobald das Hilfsbedürfnis einmal festgestellt ist, auf die Art der Dienstleistung und das Kompensationsniveau. Daher würde es als nicht relevant angesehen werden, wenn man der Person eine vollständige Hilfe gibt, es aber unter Berücksichtigung des Zustandes der Person möglich wäre, ihr nur teilweise Hilfe anzubieten. Die These, die der Definition, was ist relevant und was ist nicht relevant, zugrundeliegt, ist folglich im allgemeinen die einer Maximierung der Selbständigkeit oder die einer Minimierung der Abhängigkeit.

Das Kriterium der Effektivität bezieht sich auf die Fähigkeit der Dienstleistung, das Bedürfnis zu beantworten. Eine effektive Dienstleistung ist eine Dienstleistung, die zumindest vorübergehend dazu beiträgt das Bedürfnis zu beseitigen, das zu dieser Dienstleistung geführt hat. Im Fall der Dienstleistungen, die die Hilfsbedürfnisse im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens (Basisaktivitäten oder instrumentalisierte Aktivitäten) beantworten, stellt sich die Frage der Effektivität wenig oder gar nicht. Aber im Fall der Behandlungen und diagnostischen Maßnahmen, also hauptsächlich im Fall der von Fachkräften angebotenen pflegerischen Dienstleistungen, ist sie von Bedeutung (Cole, 1993). Außerdem hängt die Effektivität vieler Dienstleistungen von zwei Schlüsselfaktoren ab: ihrer Dauer und ihrer Häufigkeit. Damit die Dienstleistung eine Wirkung hat, muß man ihr genügend lange ausgesetzt sein und sie muss auch intensiv genug sein (Levin & Roberts, 1976).

Das Kriterium der Gerechtigkeit (Donabedian, 1973; Bradshaw, 1972) bezieht sich auf die mehr oder weniger große Dringlichkeit des Hilfsbedürfnisses der Person (vom lebensnotwendigen Bedürfnis bis zum Bedürfnis des Wohlbefindens). Dies schließt mit ein, dass alle dringenden Dienstleistungen aller Personen im gleichen Maße als erforderlich berücksichtigt werden, bevor man eine Dienstleistung, die einem weniger dringenden Bedürfnis einer Person entspricht als erforderlich betrachtet. Das Kriterium der Effektivität hat Vorrang vor dem Kriterium der Gerechtigkeit, und zwar in dem Sinne, daß ein weniger dringendes Bedürfnis erst dann als erforderlich betrachtet werden sollte, wenn alle

dringenderen Bedürfnisse, zumindest an der Intensitätsgrenze (als Ausdruck von Dauer und Häufigkeit), die ihre Effektivität garantiert, als erforderlich berücksichtigt worden sind. Es macht keinen Sinn festzusetzen, dass eine Dienstleistung mit einer Intensität (als Ausdruck von Dauer oder Häufigkeit) erforderlich ist, die geringer ist als die Intensität, die die Effektivität garantiert, und dies unter dem Vorwand, daß man die Ressourcen für eine andere, weniger dringende Dienstleistung erhalten muß, die erforderlich ist.

Das Kriterium der Effizienz bezieht sich auf die Menge der eingesetzten Ressourcen, um ein bestimmtes Ergebnis zu erzielen. Man verwendet dieses Kriterium um zwischen zwei austauschbaren Dienstleistungen zu wählen, d.h. beide können mit der gleichen Effektivität zur Befriedigung des gleichen Bedürfnisses beitragen. Das Kriterium der Effektivität hat folglich Vorrang vor dem Kriterium der Effizienz.

Das Kriterium der Vorliebe bezieht sich auf die Vorlieben der abhängigen Person. Die Kriterien der Effektivität und der Effizienz haben Vorrang vor dem Kriterium der Vorliebe. Aber wenn es zwei Dienstleistungen gibt, die beide gleich effektiv und effizient sind, um das spezifische Bedürfnis der Person zu beantworten, dann ist es zwingend die Dienstleistung zu wählen, die von der betreffende Person bevorzugt wird (Andersen & Newman, 1973).

Das Kriterium der Sättigung bezieht sich auf die Fähigkeit der Person die Dienstleistungen "in Anspruch zu nehmen" (Tilquin & Vanderstraeten, 1988; Tilquin und al., 1991a, 1991b). Dieses Kriterium kommt auf zwei Ebenen vor. Auf der Ebene einer individuellen Dienstleistung beinhaltet es, dass man eine solche Dienstleistung nicht mit einer Intensität (also für eine Dauer und mit einer Häufigkeit) als erforderlich betrachten kann, die größer ist als die Intensität, die die Person ertragen kann. Zum Beispiel, wenn es sich darum handelt das Bedürfnis der Mobilisation einer Person zu beantworten, so hat es keinen Sinn die Person drei Mal am Tag beim Gehen zu begleiten, selbst wenn dies idealerweise gemacht werden sollte, wenn die Person auf Grund ihres körperlichen Zustandes nur einmal am Tag gehen kann. Entweder ist in diesem Fall die Dienstleistung bei einer Häufigkeit von einmal pro Tag nicht effektiv und sie sollte dann nicht als erforderlich betrachtet werden, oder die Dienstleistung ist selbst bei einer Häufigkeit von einmal pro Tag effektiv - selbst wenn diese Effektivität geringer ist als bei dreimal pro Tag - und sie sollte dann als einmal pro Tag erforderlich betrachtet werden. Auf der Ebene der gesamten für die Person erforderlichen Dienstleistungen, beinhaltet das Kriterium der Sättigung, daß man der Person nicht

gleichzeitig mehr Dienstleistungen gibt als sie in Anspruch nehmen kann. Also, selbst wenn die Dienstleistungen A, B und C individuell genommen und im Sinne der vorherigen Kriterien als erforderlich angesehen werden können, so kommt es doch vor, dass die Dienstleistung C, wenn man die drei zusammen betrachtet, als nicht erforderlich erscheint, weil die Person physisch oder psychisch nicht in der Lage ist die Dienstleistung C zur gleichen Zeit wie A und B in Anspruch zu nehmen (**Abbildung 3**).

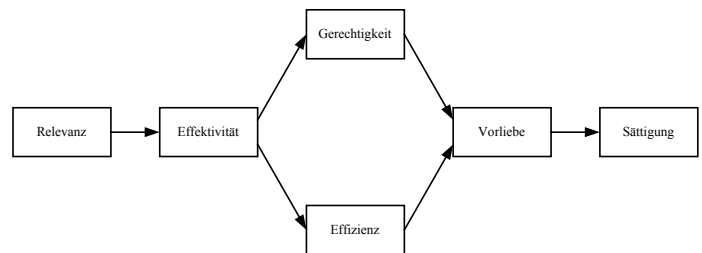


Abbildung 3. Rangfolge der Kriterien zur Bestimmung der erforderlichen Dienstleistungen

Infrastruktur zur Bestimmung der erforderlichen Dienstleistungen

Sind die obengenannten Kriterien einmal festgesetzt, dann stellt sich die zweite Frage, die vom praktischen Standpunkt aus bei weitem die bedeutendste ist: die Durchführbarkeit der Gestaltung und der Anwendung eines Protokolls zur Bestimmung der erforderlichen Dienstleistungen und zur Messung der erforderlichen Ressourcen für eine Person. Dieses Protokoll setzt die sechs Kriterien um, die wir gerade vorgestellt haben. Wir werden zeigen, daß dies machbar ist, indem wir ein solches Protokoll vorstellen, das in Québec, in der Westschweiz und in Luxemburg angewendet wird.

In einer ersten Etappe müssen sich die Urheber besprechen, um eine Liste der Bedürfnisse zu erstellen, die unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Ressourcen abgedeckt werden sollen. Das obenerwähnte Kriterium der Gerechtigkeit greift hier mit ein. Die Liste muß solcherart gestaltet sein, daß alle zu deckenden Bedürfnisse, aller Personen, durch die zur Verfügung stehenden Ressourcen befriedigt werden können. Das Prinzip der Gerechtigkeit ist nicht anwendbar, wenn die gesamten versicherbaren Dienstleistungen, die für alle berechtigten Personen erforderlich sind, mehr Ressourcen erfordern als verfügbar sind.

Ist die Liste der zu deckenden Bedürfnisse festgesetzt, dann kann man die Nomenklatur der versicherbaren Dienstleistungen bilden, d.h. die Liste der Dienstleistungen, die den zu deckenden Bedürfnissen entspricht. Im Prinzip sollte diese

Nomenklatur nur die effektiven Dienstleistungen enthalten. In der Praxis wird sie möglicherweise auch nicht effektive Dienstleistungen enthalten, deren Wirkungslosigkeit nicht eindeutig erwiesen wurde. Diese Nomenklatur sollte nur die effizientesten Dienstleistungen enthalten; wenn zum Beispiel die Dienstleistungen A und B als gleichermaßen effektiv anerkannt sind, A aber effizienter ist als B, d.h. weniger Ressourcen verbraucht, dann sollte nur A in der Liste erscheinen.

Die auf der Grundlage der Kriterien Gerechtigkeit, Effizienz und Effektivität festgesetzte Nomenklatur muß mit Standards versehen werden, und dies für alle Dienstleistungen, für die solche Standards formuliert werden können. Diese Standards werden durch zwei wichtige Parameter, Dauer und Häufigkeit (Tilquin, Roussel, Laisney & Ferus, 1992), definiert, die es ermöglichen die Dienstleistungen zu kennzeichnen. Folgende Fragen werden bei der Anfertigung der Standards der Dienstleistungen aufgeworfen: wie lange muß die Dienstleistung angeboten werden, um effektiv zu sein? mit welcher Häufigkeit muß die Dienstleistung in diesem Zeitraum angeboten werden, um effektiv zu sein? Die Standards der Dienstleistungen sind nicht bindend. Sie liefern nur einen Hinweis zu den normalen Modalitäten der Dienstleistungserbringung. Das Kriterium der Gerechtigkeit greift auch in die Definition der Standards ein. Tatsächlich sollte dieses Kriterium eher "realistische" Normen zu den Parametern Dauer und Häufigkeit liefern, als ideale oder maximale Normen, so daß zu großzügige Standards, im Rahmen der begrenzten Ressourcen, nicht dazu führen, daß eine andere Dienstleistung nicht für alle angeboten werden kann oder nicht effektiv angeboten werden kann. Die Nomenklatur der versicherbaren Dienstleistungen und die damit verbundenen Standards bilden die Infrastruktur, auf deren Grundlage es möglich wird, die für eine Person erforderlichen Dienstleistungen zu bestimmen.

Bestimmungsprozess der erforderlichen Dienstleistungen

Bevor man die Bestimmung der erforderlichen Dienstleistungen vornehmen kann, muß man Daten sammeln, die die Identifizierung der Hilfsbedürfnisse ermöglichen, d.h. es muß die Relevanz festgestellt werden, der Person diese oder jene Dienstleistung der Nomenklatur zu diesem oder jenem Kompensationsniveau anzubieten. In der Literatur gibt es viele Modelle und Protokolle zur Evaluation der Bedürfnisse abhängiger Personen. Die Gültigkeit und Zuverlässigkeit von einigen von ihnen ist nachgewiesen. Man kann also davon ausgehen, daß diese Etappe des Prozesses keine Schwierigkeiten bereitet (Dill, 1993), selbst wenn die Schwerfälligkeit einiger Protokolle

deren Anwendung kompliziert. Selbstverständlich muß diese Datensammlung der Bedürfnisse von einer Fachkraft durchgeführt werden, die idealerweise spezielle für die Anwendung dieses Protokolls geschult wurde.

Anschließend nimmt man die Bestimmung der erforderlichen Dienstleistungen vor, die auch von Fachkräften durchgeführt werden sollte. Man identifiziert die Dienstleistungen der Nomenklatur, die erforderlich sind, um die Hilfsbedürfnisse zu beantworten, die in der vorherigen Etappe identifiziert wurden, und man bestimmt die Dauer und die Häufigkeit einer jeden Dienstleistung. Bei dieser Bestimmung bezieht man sich auf die oben erwähnten Standards der Dienstleistungen. Diese Standards sind, wie schon erwähnt wurde, nicht bindend; sie werden als Vorgabe angewendet, wenn die spezifischen Hilfsbedürfnisse der Person keine, von der Standarddauer oder Standardhäufigkeit der Dienstleistung abweichende Dauer oder Häufigkeit rechtfertigen. Aber wenn man andererseits aufzeigen kann, dass im besonderen Fall eines Klienten, die Effektivität der Dienstleistung durch die Wahl einer Dauer und Häufigkeit der Intervention bedingt ist, die von dem entsprechenden Standard abweicht, dann versteht es sich von selbst, dass diese vom Standard abweichende Dauer oder Häufigkeit als erforderlich betrachtet werden sollte. Hier werden auch die Vorlieben der Person berücksichtigt. Zum Beispiel können die Standards der Dienstleistungen vorsehen, dass eine abhängige, aber nicht bettlägrige Person, zwei Bäder oder zwei Duschen pro Woche erhalten sollte. wenn sich die Person jedoch ihr ganzes Leben am Waschbecken gewaschen hat und kein Vollbad oder keine Dusche möchte, dann muß man ihre Vorliebe berücksichtigen und ihr erlauben sich am Waschbecken zu waschen oder dort gewaschen zu werden.

Die erforderlichen Dienstleistungen können nicht eine nach der anderen, voneinander unabhängig, bestimmt werden; die Bedürfnisse der Person müssen in ihrer Gesamtheit betrachtet werden und es müssen eventuell Prioritäten gesetzt werden, um eine Sättigung der Person zu vermeiden. Dies führt dazu, dass manche Dienstleistungen verschoben werden, oder dass sie als nicht erforderlich betrachtet werden, oder auch, daß gewisse Dienstleistungen als erforderlich betrachtet werden, aber für eine Dauer oder Häufigkeit, die unter der Standarddauer oder Standardhäufigkeit liegt. Hier sollte auch die Meinung der Person berücksichtigt werden. Zur Beantwortung der gesamten Hilfsbedürfnisse einer Person, müssen im Fall von Personen, die unter einem Verlust ihrer Selbstständigkeit leiden, oft mehrere Dienstleistungserbringer ihre Bemühungen miteinander verbinden. Um eine Sättigung zu vermeiden, muß die Bestimmung der erforderlichen

Dienstleistungen im interdisziplinären Team durchgeführt werden. Desweiteren, durch die Überschneidung der Dienstleistungsbereiche der verschiedenen Disziplinen, sollte eine interdisziplinäre Annäherung bei der Bestimmung der erforderlichen Dienstleistungen vorwiegen. Zum Beispiel kann sich eine Fachkraft zugunsten einer anderen Fachkraft zurückziehen, um die Anzahl der Personen zu verringern, die den Klienten versorgen.

Alle Abweichungen des Dienstleistungsplanes von den Standards müssen schriftlich gerechtfertigt werden, und zwar auf der Grundlage der Kriterien Effektivität, Sättigung, Vorliebe. Anzumerken ist, dass alle Personen, die die Bestimmung der erforderlichen Dienstleistungen durchführen sollen, eine spezifische Schulung erhalten müssen. Im Laufe dieser Schulung werden die Nomenklatur der Dienstleistungen, die Standards, sowie die Kriterien Relevanz, Effektivität, Vorliebe und Sättigung erklärt werden. Auch muß den Fachkräften ein detailliertes Handbuch zur Verfügung stehen.

Um die Homogenität und die Gültigkeit der Evaluationen der erforderlichen Dienstleistungen sicherzustellen, muss eine letzte, aber unerlässliche, Vorrichtung eingesetzt werden. Es handelt sich um ein Kontrollverfahren, bei dem alle Dienstleistungspläne von Fachexperten durchgesehen werden. Diese Überprüfer müssen die Datensammlung der Klientenbedürfnisse zur Verfügung haben, und sie müssen bei Bedarf die Person, die die erforderlichen Dienstleistungen bestimmt hat, und auch die Pflegenden befragen können. Die Überprüfer können den erforderlichen Dienstleistungsplan abändern, und möglicherweise dient dieser abgeänderte Plan als Grundlage für die letzte Etappe des Prozesses, die Messung der erforderlichen Ressourcen.

Messung der erforderlichen Ressourcen

Wir berücksichtigen hier nur die Messung der erforderlichen Humanressourcen, um zu vermeiden, daß wir uns in zu vielen Details verlieren. Diese Messung setzt voraus, daß man als erstes den Referenz-Zeitraum definiert hat, über den die erforderlichen Ressourcen gemessen werden. Zum Beispiel sind im Fall von abhängigen, in einer Einrichtung oder zu Hause lebenden Personen, folgende Referenz-Zeiteinheiten realistisch:

- Stunden/Monat für die Haushaltsführung (Putzen, Wäsche waschen, Einkaufen);
- Stunden/Woche für die Essenzubereitung;
- Häufigkeit/Woche für Telefonate oder Freundschaftsbesuche oder Kontrollbesuche;

- Stunden/Tag für Überwachung (Beaufsichtigung);
- Stunden/Tag für professionelle Pflegedienstleistungen, zwischenmenschliche und erzieherische Pflege, und für die Grundpflege (persönliche Pflege);
- Stunden/Woche für Rehabilitationsleistungen (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie);
- Stunden/Monat für Leistungen der sozialen Dienste;
- Häufigkeit/Monat der Arztvisiten.

Diese Liste der Messeinheiten ist weder erschöpfend und noch bindend. Sie wird hier nur als Beispiel angeführt, um zu veranschaulichen, dass der Referenz-Zeitraum mit den entsprechenden Dienstleistungen variieren kann (hier z.B.: Tag, Woche, Monat), und um hervorzuheben, dass es zwei Arten gibt die erforderlichen Ressourcen zu messen: als Anzahl der Zeiteinheiten und als Häufigkeit des Kontaktes. Selbstverständlich müssen die Messungen der Häufigkeit im weiteren Verlauf in Zeiteinheiten/Referenz-Zeitraum umgewandelt werden, um auf der Finanzierungsebene verwertbar zu sein.

Man muss die Zeiteinheit der Dienstleistung (erforderliche Zeit, um die Dienstleistung ein Mal zu erbringen) und die Häufigkeit der Dienstleistung im Referenz-Zeitraum kennen, um die erforderlichen Ressourcen messen zu können, die benötigt werden, um die Dienstleistung in Zeiteinheiten pro Referenz-Zeitraum zu erbringen. Beispiel:

- die Zeiteinheit für die Dienstleistung A ist 30 Minuten;
- der Referenz-Zeitraum, der verwendet wird, um die erforderlichen Ressourcen zu messen, die benötigt werden, um die Dienstleistung A zu erbringen, ist eine Woche;
- die Dienstleistung A ist 2 mal pro Tag und 3 mal pro Woche erforderlich, also insgesamt sechs mal im Referenz-Zeitraum.

Die erforderlichen Ressourcen, um die Dienstleistung A anzubieten, sind folglich:

$$6 \times 30 \text{ Minuten} = 3 \text{ Stunden/Woche}$$

Um die erforderlichen Ressourcen zu messen, die benötigt werden, um eine Gesamtheit an Dienstleistungen zu erbringen, genügt es die Messungen der erforderlichen Ressourcen, die benötigt werden, um jede einzelne Dienstleistung anzubieten, zu addieren.

Als Beispiel: erforderliche Pflege-Ressourcen, um drei Dienstleistungen anzubieten:

- Dienstleistung A : 3,0 Stunden/Woche
- Dienstleistung B : 0,5 Stunden/Woche
- Dienstleistung C : 1,0 Stunden/Woche
also insgesamt 4,5 Stunden/Woche
(Dienstleistung A, B und C)

Anzumerken ist hier, dass wir in die Berechnung der erforderlichen Ressourcen die Zeiteinheit der Dienstleistung eingeführt haben. Wir haben uns schon auf diesen grundsätzlichen Parameter zur Spezifizierung einer Dienstleistung (mit ihrem Kompensationsniveau, ihrer Dauer und ihrer Häufigkeit) bezogen, aber im Abschnitt der Bestimmung der erforderlichen Dienstleistungen haben wir ihn ignoriert und haben nur die drei anderen Parameter verwendet. Tatsächlich ist es undenkbar von der Fachkraft oder dem Fachteam, von denen die erforderlichen Dienstleistungen bestimmt werden, zu verlangen, die erforderliche Zeiteinheit zu spezifizieren, um jede für den Klienten erforderliche Dienstleistung zu erbringen. Es wäre wenig zuverlässig die Schätzung der erforderlichen Zeit, Dienstleistung für Dienstleistung und Klient für Klient vorzunehmen. Sie würde auch zu viel Zeit in Anspruch nehmen. Die Spezifizierung der Zeiteinheiten muss folglich aus der Bestimmung der erforderlichen Dienstleistungen entfernt werden. Jedoch muss sie wieder eingeführt werden, um die erforderlichen Ressourcen messen zu können. Sie wird auf normative Art und Weise eingeführt, indem jeder Dienstleistung (die durch ihre Art und ihr Kompensationsniveau definiert ist) eine Standardzeit zugewiesen wird. Selbstverständlich variiert die Zeiteinheit einer Dienstleistung bezüglich der Person, die sie in Anspruch nimmt, bezüglich der Person, die sie erbringt, und bezüglich der Umstände ihrer Erbringung. Aber unter der Voraussetzung, daß die Dienstleistung spezifisch ist, d.h. dass ihre Art klar definiert und ihr Kompensationsniveau genau angegeben ist, ist es angemessen einer Dienstleistung eine durchschnittlich erforderliche Zeit zuzuweisen.

Hier ist zu bemerken, dass die Standardisierung der Zeiteinheiten nicht die Standardisierung der Messung der für die Klienten erforderlichen Ressourcen nach sich zieht. Sicher, die Standard-Zeiteinheiten greifen in die Messung ein, aber ihr Einfluss ist gering im Vergleich zu dem der zwei anderen Variablen, die bei der Messung der erforderlichen Ressourcen eine Rolle spielen, nämlich welche Dienstleistungen sind für den Klienten erforderlich und in welcher Häufigkeit. Und diese zwei Variablen sind nicht genormt: sie spiegeln die individuellen Bedürfnisse der Klienten wider (es gibt natürlich Standards bezüglich der

Durchführungshäufigkeit der Dienstleistungen, diese sind aber nicht bindend, sie dienen nur als Anhaltspunkte). In anderen Worten, die Heranziehung von Standard-Zeiteinheiten steht nicht im Widerspruch mit dem Vorhaben, die Messung der für die Klienten erforderlichen Ressourcen zu individualisieren. Diese Behauptung ist umso richtiger, wenn die Standardzeiten erforderliche Zeiteinheiten sind, die von Expertenkomitees festgesetzt wurden.

Zum Schluss ist zu bemerken, dass die Liste der Standard-Zeiteinheiten einen Bestandteil der Infrastruktur der Messung der erforderlichen Ressourcen bildet; so wie die Nomenklatur der versicherbaren Dienstleistungen und die Liste der Standards der Dienstleistungen (Dauer, Häufigkeit) die Infrastruktur der Bestimmung der erforderlichen Dienstleistungen bildet (**Abbildung 4**, siehe nächste Seite).

Risiken gegenteiliger Wirkungen, verbunden mit einer Finanzierung, die auf den individuell erforderlichen Ressourcen basiert

Risiko die Kostenträger zu täuschen

Das Postulat der Methode ist, dass das Produkt von Betrieben, die Dienstleistungen über lange Zeit erbringen, zu komplex ist, als dass es möglich ist, dieses Produkt auf gültige Art und Weise mittels einer Kliententypologie, die nur einige wenige Klassen enthält, zu beschreiben. Die Methode ersetzt folglich die Kliententypologie durch eine Nomenklatur der Dienstleistungen, die es möglich macht, jeden Klienten individuell, in Bezug auf seine Hilfsbedürfnisse und die für ihn erforderlichen Dienstleistungen, zu beschreiben. Offenbar ist dieses Modell dem Modell, das auf der Finanzierung der gegebenen Dienstleistungen basiert, ziemlich ähnlich. Es ist ein Modell mit variablen Kosten und nicht mit fixen Kosten wie die Klassifizierung. Jedoch macht der Übergang von den gegebenen Dienstleistungen zu den erforderlichen Dienstleistungen und die Forderung nach einer Erklärung der spezifischen Hilfsbedürfnisse den ganzen Unterschied aus.

Der Betrieb muß sein Produkt sehr detailliert beschreiben, indem er dem Kostenträger ein doppeltes Porträt seiner Klienten vorlegt, dessen zwei Teile - biopscho-soziale Probleme und erforderliche Dienstleistungen - kohärent sein müssen. Hier liegt der hauptsächlichste Unterschied zum Modell, das auf den gegebenen Dienstleistungen basiert, in welchem der Betrieb die Bezahlung irgendeiner Dienstleistung verlangen kann, ohne dass er sie rechtfertigen muss. Im Modell, das auf den erforderlichen Dienstleistungen

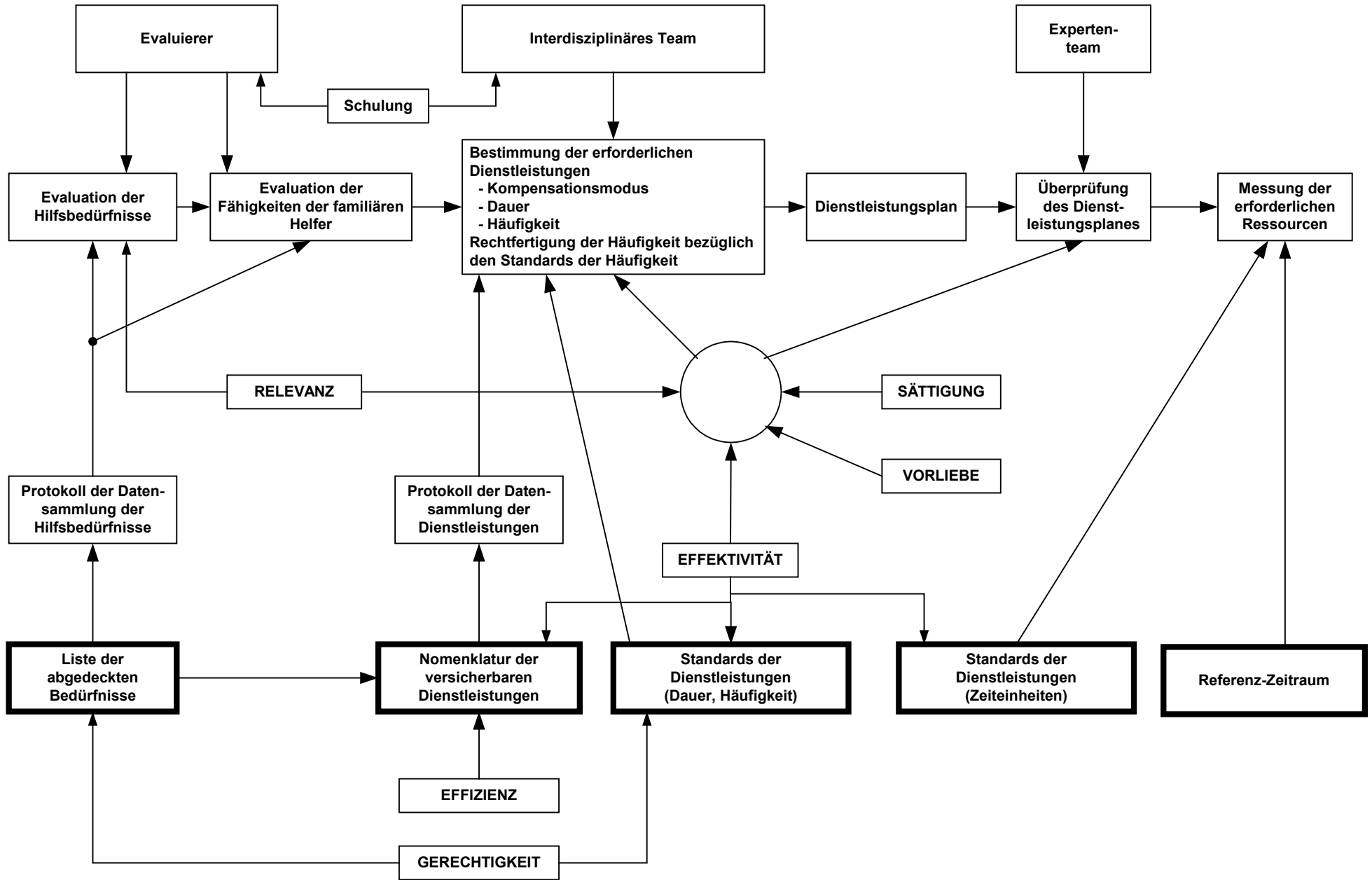


Abbildung 4. Bestimmung der erforderlichen Dienstleistungen und Messung der erforderlichen Ressourcen

basiert, muss der Betrieb in der Lage sein jede erforderliche Dienstleistung zu rechtfertigen. Von den Fachkräften, die den Dienstleistungsplan erstellen, wird nicht verlangt, dass sie die Zusammenhänge zwischen bio-psycho-sozialen Problemen des Klienten und jeder einzelnen Dienstleistung ausführlich angeben; jedoch muss die Beschreibung der Bedürfnisse des Klienten genau genug sein, damit ein erfahrener Überprüfer den Dienstleistungsplan auf dieser Basis validieren und ihn eventuell abändern kann, nachdem er diese Änderungen telefonisch oder an Ort und Stelle mit den Pflegenden validiert hat.

Der Überprüfungsprozess der Dienstleistungspläne der Klienten durch neutrale Experten ist zur Vermeidung von Unter- oder Überbewertungen unerlässlich. Eine Überprüfung der Dienstleistungspläne durch die Kostenträger ist nicht empfehlenswert, da diese in einen Interessenkonflikt geraten können.

Risiko einer rentablen Klientenselektion

Das Risiko der Selektion ist gering, da der Betrieb für jeden Klienten in Bezug auf das, was dieser erfordert, bezahlt wird. Jedoch ist es möglich, wie auch im Fall einer Kostenfinanzierung, dass der Betrieb dazu neigt, schwere Fälle auszuwählen, um sein Pflegevolumen zu erhöhen. Die Selektion von schweren Fällen ist gleichwohl weniger problematisch als die Selektion von leichten Fällen.

Risiko einer schlechten Pflegequalität

Die Methode setzt erstens eine erschöpfende Datensammlung, die die bio-psycho-sozialen Probleme jedes Klienten dokumentiert und zweitens die Zusammenstellung eines mit den Bedürfnissen kohärenten Dienstleistungsplanes voraus. Die Messung der erforderlichen Ressourcen basiert also im Grunde auf dem Vorgang der Pflegeplanung. Die Pflegeplanung ist in der Literatur als eine Voraussetzung, eine notwendige Bedingung, zur Erbringung einer guten Pflegequalität anerkannt. Und dadurch, dass sich die Methode der erforderlichen Ressourcen von selbst in den Prozess der Pflegeerbringung einfügt, verbindet sie sich viel besser als die anderen Finanzierungsmethoden mit den Systemen zur Qualitätssicherung, die ebenfalls mit dem Prozess der Pflegeerbringung verbunden sind, und sie fördert folglich die Verwendung solcher Systeme. Deshalb kann man hier berechtigtermaßen von einer Symbiose und einer Synergie zwischen Qualitätsmesssystemen und Quantitätssystemen sprechen.

Risiko die Abhängigkeit zu fördern

Dieses Risiko steht im Verhältnis zur Motivation der Verwalter ihr Pflegevolumen zu erhöhen und zu eventuellen Größendegressionen (economies of scale), die mit dieser Erhöhung verbunden sind. Dadurch, dass sich die Messung der erforderlichen Ressourcen in den Pflegeprozess einfügt, und die Endstufe dieses Prozesses die Evaluation der Pflegeresultate ist, wird dieses Risiko weitgehend ausgeglichen. Doch in einem Milieu, in dem Heilung nicht mehr viel bedeutet, ist der Hauptindikator der Ergebnisse das Selbständigkeitsniveau. Die Pflegenden beurteilen ihre Leistung in Bezug auf ihre Fähigkeit, die Selbständigkeit des Klienten (die Abhängigkeitsraster wurden übrigens zu diesem Zweck entwickelt) zu verbessern oder zumindest zu erhalten. Es erscheint also vernünftig die These zu vertreten, dass das Risiko einer Förderung der Abhängigkeit bei den Pflegenden nicht vorhanden ist, da deren Ziele dazu im Gegensatz stehen. Es ist sehr unwahrscheinlich, daß die Verwalter das Risiko eingehen, ihren Fachkräfte die Motivation zu nehmen, indem sie sie dazu anhalten, entgegen ihrem Berufsethos zu handeln. Dennoch werden die Verwalter ihr Personal nicht dazu anhalten, die Selbständigkeit der Klienten zu fördern.

Risiko einer Pflegeüberproduktion

Der Betrieb wird für die erforderliche Pflege bezahlt und nicht für die gegebene Pflege. Dieses Risiko scheint somit nicht vorhanden zu sein.

Risiko eines Pflegeunterangebotes

Das ist das Risiko, dass die gegebene Pflege (im Volumen) geringer ist als die erforderliche Pflege. Dieses Risiko wird auf der Ebene der Betriebe durch die Tatsache minimiert, daß die Finanzierungsmethode für jede Person Erklärungen zu deren Hilfsbedürfnissen fordert, und dass die Ausarbeitung eines detaillierten Dienstleistungsplanes mit den aufgenommenen Bedürfnissen kohärent sein muß. Unter solchen Umständen ist es für den Verwalter sehr schwierig, die bewilligten Ressourcen nicht aufzuwenden, da diese höchstens den Bedürfnissen der Klienten entsprechen. Das Personal würde das nicht verstehen und würde die Motivation verlieren. Außerdem, und hier liegt das Risiko eines Pflegeunterangebotes bei dieser Finanzierungsart, hat der Kostenträger bei dieser Methode die schöne Rolle, da er "alles" über jeden Klienten weiß. Er kann den Entschluss fassen, nur 80% oder 90% der erforderlichen Ressourcen zu bewilligen, wenn er der Ansicht ist, dass die Messung der erforderlichen Ressourcen auf Standards basiert, die zu großzügig sind in Bezug auf die Zeit und die Häufigkeit der Pflegeaktionen. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein

solches Verhalten auftritt, ist im Rahmen von Haushaltskürzungen sehr groß. Dies ist jedoch ein zweischneidiges Schwert, weil der Kostenträger auf die Mitarbeit der Betriebe angewiesen ist, um detaillierte Daten über ihr Produkt zu erhalten, da dies von der auf den erforderlichen Ressourcen basierenden Finanzierungsart gefordert wird. Es besteht das Risiko, dass die Betriebe dieses System boykottieren, wenn sie für ihre Transparenz nicht entschädigt werden. Das Risiko wird dadurch minimiert, dass die Methode wenigstens "in der Unterdotierung" eine Gerechtigkeit ermöglicht: wenn die Kostenträger nur 90% des Bedarfs bewilligen, dann werden sich alle Institutionen auf der gleichen Stufe befinden, und alle werden 90% des Bedarfs erhalten.

Risiko die Institutionalisierung zu fördern

Die Einrichtungen haben kein Interesse daran leichte Fälle zu halten und die Hauspflegedienste haben kein Interesse daran sich ihrer schweren Fälle zu entledigen.

Schlussfolgerung

Die Finanzierungsart, die auf der Messung der erforderlichen Ressourcen basiert, ist von allen Finanzierungsarten diejenige, bei der am wenigsten die Gefahr besteht, dass sie gegenteilige Wirkungen hervorruft. Diese Methode "produziert" folglich die leistungsfähigsten Betriebe. Dies ist nicht zufällig bedingt, sondern ergibt sich im Wesentlichen aus ihrem transparenten Prozess der Bestimmung der individuell erforderlichen Dienstleistungen, der in den Pflegeprozess integriert ist und auf Kriterien der Relevanz, der Effektivität, der Gerechtigkeit und der Effizienz basiert. Man hat jedoch bemerkt, dass der Kostenträger im Rahmen von Haushaltskürzungen versuchen könnte, von seinem Informationsstand zu profitieren, und die bewilligten Ressourcen, unter dem Vorwand, dass die Standardzeit und die Standardhäufigkeit zu großzügig sind, global einzuschränken und dies umso mehr, da er sich darauf berufen kann, dass die Methode es ermöglicht, den Ressourcenmangel gerecht zu verteilen (und dieser folglich weniger ungünstige Auswirkungen hat). Umgekehrt bewirken die Klassifizierungsmethoden auf Grund ihrer geringen Gültigkeit (Umfang und Überschneidung der Klassen) und ihrer geringen Zuverlässigkeit (Auslegung, Beeinflussung) die meisten der erfassten gegenteiligen Wirkungen, außer "der Förderung der Abhängigkeit". Die Bilanz der Methode des Globalbudgets ist gemischt: tatsächlich ermöglicht diese Methode die Vermeidung bestimmter Risiken. Dies ist besonders für Betriebe richtig, die sich als überdotiert (wo das einzige bedeutende Risiko eine Pflegeüberproduktion ist) wahrnehmen, aber es ist

wahrscheinlich, dass solche Betriebe selten sind. Die Methode der Kostenfinanzierung weist deutlich mehr Risiken auf als dass sie Möglichkeiten zu deren Vermeidung gibt. Ihre Bilanz ist eher negativ (**Tabelle 1**).

Tabelle 1: Gegenteilige Wirkungen und Finanzierungsarten

Gegenteilige Wirkungen	Finanzierungsarten				
	Kosten	Globalbudget		Klassifizierung	Erforderliche Ressourcen
		Überdotierte Betriebe	Unterdotierte Betriebe		
Täuschung des Kostenträgers	+++ Unbestimmt, vorteilhaft für die Betriebe	+++++ Unbestimmt, vorteilhaft für die Betriebe	-- Interesse an Transparenz Keine Mittel zur Informationssammlung	++ Geringe Gültigkeit und Zuverlässigkeit	----- Größte Transparenz; Trilogie: Bedürfnisse-Dienstleistungen-Ressourcen
Selektion von rentablen Fällen	+ Selektion von schweren Fällen zur Erhöhung des Pflegevolumens	+ Verwendung der schweren Fälle zur Rechtfertigung ihres Finanzierungsniveaus	+++++ Selektion von leichten Fällen	+++++ Rentable Untergruppen in jeder Klasse Sehr variabler Spielraum zur Selektion	+ Selektion von schweren Fällen zur Erhöhung des Pflegevolumens
Schlechte Qualität	+++++ Keine Anregung zu Qualität Anregung zur Volumenerhöhung	-- Investition in die Qualität zur Rechtfertigung seines Finanzierungsniveaus	+++++ Kosteneinsparung im Bereich der Qualität	+++++ Keine Anregung zu Qualität	----- Verbindung mit dem Pflegeprozess und dadurch mit Systemen zur Qualitätssicherung (Symbiose und Synergie)
Förderung der Abhängigkeit	++ Abhängigkeit schaffen zur Erhöhung des Pflegevolumens	+ Geringes Risiko	----- Druck lockern	+++++ Bei Klienten an den Klassengrenzen	-- Schaffung von Abhängigkeit widerspricht der Pflegephilosophie
Pflegeüberproduktion	+++++ Bei mehr Kosten mehr Bezahlung	+++++ Alles ausgeben	----- Budgetknappheit	----- Entwicklung der Abhängigkeit ungewiß	----- Betrieb wird für die erforderliche Pflege bezahlt und nicht für die gegebene Pflege
Pflegeunterangebot	-----	-----	+++++ Unvermeidlich	+++++ Hauptsächlich in Betrieben, die nicht auswählen können	++ Aufwendung der bewilligten Mittel aber ungenügende Zuwendung durch die Kostenträger
Institutionalisierung: Sichtweise der Einrichtungen	----- Kein Interesse leichte Fälle zu halten	---- Eher Tendenz leichte Fälle abzuschieben	+++++ Leichte Fälle halten	+++++ Festhalten an rentablen Grenzfällen	---- Kein Interesse leichte Fälle zu halten
Institutionalisierung: Sichtweise der Hauspflege-dienste	----- Kein Interesse schwere Fälle abzuschieben	----- Eher Tendenz ihr Klientenbecken der schweren Fälle zu vergrößern	+++++ Abschiebung der schwersten Fälle	+++++ Abschiebung nicht rentabler Grenzfälle	----- Kein Interesse schwere Fälle abzuschieben

Literaturverzeichnis

- ANDERSEN, R., NEWMAN, J.F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Millbank Memorial Fund Q.** Vol. 51, pp. 95-124.
- BANDE, C. (1994). **Les maisons de repos et de soins: Étude de la validité d'une échelle de dépendance comme mode de financement.** Mémoire de maîtrise. Faculté des Sciences économiques et sociales, Facultés Universitaires Notre-Dame de la Paix, Namur, Belgique, 132 pages.
- BRADSHAW, J. (1972). The Concept of Social Need. **New Society**, vol. 30, pp. 640-3.
- COCHRANE, A.L. (1972). **Effectiveness and Efficiency - Random Reflection on Health Services.** London, The Nuffield Provincial Hospital Trust, 92 p.
- COLE, M. (1993). Assessing the Effectiveness of Geriatric Services: A Proposed Methodology. **Can. Med. Assoc. J.**, vol. 148, No 6, pp. 934-944.
- Conseil médical du Québec (1995) **Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés (AVIS 95-04)** (décembre), 40 pages.
- DILL, A. (1993). Defining needs, defining systems: a critical analysis. **The Gerontologist**, Vol. 33, no 4, pp. 453-460.
- DONABEDIAN, A. (1973). **Aspects of Medical Care Administration. Specifying Requirements for Health Care.** Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- FRIES, B.E., COONEY, L.M. (1985). Resource Utilization Groups. A patient classification system for long-term care. **Medical Care**, Vol. 23, no 2, pp. 110-122.
- HEIMVERBAND SCHWEIZ (1996). **BESA Bewohnerinnen - Einstufungs - und Abrechnungssystem.** 2. Auflage, Heimverband Schweiz.
- KUNTZMANN, F. et al. (1982). Évaluation des besoins des pensionnaires des établissements gériatriques. **Revue de gériatrie**, Vol. 7, No 6, pp. 263-271.
- LEVIN, G., ROBERTS, E.B. (1976). **The Dynamics of Human Service Delivery**, Ballinger, Cambridge, Mass., 257 p.
- MATHY, C., QUANTIN, C. & GADREAU, M. (1997). Gestion médicalisée et régulation hospitalière. Apport d'une modélisation par sous-groupes de coût intra-GHM. **Health and System Science**, Vol. 1, no 2, pp. 193-224.
- MC HUGH, M.L. & DWYER, V.L. (1992). Measurement issues in patient acuity classification for prediction of hours of nursing care. **Nursing Administration Quarterly**, vol. 16, no 4, pp. 20-31.
- MIILUNPALO, S. (1993). Measurement of Problem - Oriented Need. **Scand. J. Soc. Med.**, Vol. 21, No2, pp. 107-115.
- OREM, D.E. (1980). **Nursing Concept of Practice**, Mc Graw Hill.
- RHYS-HEARN C. (1986). **Quality, Staffing and Dependency: non-government nursing homes.** Government Publishing Service, Canberra, Australia, 176 pages.
- RIGAUX, N. & GOMMERS, A. (1985). **Charge de travail infirmier et dépendance des malades chroniques âgés.** École de Santé Publique, Université de Louvain, Belgique, 78 pages.
- SMALLWOOD, R., MURRAY, G.B. et al (1969). A Medical Service Requirements Model for Health System Design. **Proceedings of the IEEE**, vol. 57, no 11, pp. 1880-7.
- SMALLWOOD, R., SONDIK, E.J. & OFFENSEND, F.L. (1971). Toward and Integrated Methodology for the Analysis of Health Care Systems. **Operations Research**, vol. 19, no 6, pp. 1300-1311.
- TILQUIN C. & FOURNIER, J. (1985). **CTMSP 1985 - L'évaluation de l'autonomie et l'évaluation médicale du bénéficiaire.** Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 150 pages.
- TILQUIN, C. et al. (1985). L'intégration de la planification des soins et de la mesure de la charge de travail au service des démarches scientifiques du soignant et du gestionnaire: la méthode PRN. **L'Hôpital Belge**, vol. 22, no 175, pp. 17-23.
- TILQUIN, C. et al. (1991a). Clientèle en perte d'autonomie en institution: la méthode PLAISIR. **Gérontologie et Société.** Numéro monographique, pp. 100-114.
- TILQUIN, C. et al. (1991b). L'adéquation entre besoins et offre de soins pour une clientèle âgée en perte d'autonomie - le système CTMSP. **Gérontologie et Société**, Numéro monographique, p.p. 93-99.
- TILQUIN, C. et al. (1995). Using the handicap code of the ICDH for classifying patients by intensity of nursing care requirements. **Disability and Rehabilitation**, Vol. 17, no 314, pp. 176-183.

TILQUIN, C. & COUPAL, M. (1987). **CTMSP 1987 - La détermination des services requis et la mesure des ressources requises**. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 150 pages.

TILQUIN, C. & D'HOORE, W. (1998). Se fonder sur la mesure des ressources soit requises, soit données aux personnes en perte d'indépendance pour déterminer leur demande de ressources socio-sanitaires. **L'Année gérontologique**, pp. 39-60.

TILQUIN, C., ROUSSEL, B. et al. (1993). **Manuel de référence du système PLAISIR 93**, EROS, Montréal, 200 pages.

TILQUIN, C., ROUSSEL, B., LAISNEY, G. & FERUS, L. (1992). Produire des indicateurs de charge temporelle de soins. **Objectif Soins**, Vol. 3 (mai), pp. 22-29.

TILQUIN, C. & VANDERSTRAETEN, G. (1988). Health and social resources planning based on an activity analysis. In **Peter Zweifel (Ed.). Bedarf und Angebotsplanung im Gesundheitswesen**. Beiträge zur Gesundheitsökonomie, R. Bosch Stiftung, Vol. 17, Bleicher Verlag, Geiringen, pp. 255-295.

TIRRITO, T (1994). Reimbursement Mechanisms and their Impact upon Nursing Home Patients. In **Long term care: Management, Scope and Practival Issues**, The Charles Press, Philadelphia, pp. 42-53.

VETEL, J.M. (1994). AGGIR: Où ? Quand ? Comment ? Pourquoi ?. **La Revue de Gériatrie**, Tome 19, no 9, pp. 647-651.

VUORI, H.V. (1984). **L'Assurance de la qualité des prestations de santé**, OMS, Copenhague.