

Engel, Heike

Working Paper

Ein bewohnerbezogenes Vergütungssystem für Einrichtungen der Behindertenhilfe: Methodik der Datenerhebung

Diskussionsbeiträge - Serie I, No. 286

Provided in Cooperation with:

Department of Economics, University of Konstanz

Suggested Citation: Engel, Heike (1997) : Ein bewohnerbezogenes Vergütungssystem für Einrichtungen der Behindertenhilfe: Methodik der Datenerhebung, Diskussionsbeiträge - Serie I, No. 286, Universität Konstanz, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften und Statistik, Konstanz

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/68889>

Standard-Nutzungsbedingungen:

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

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

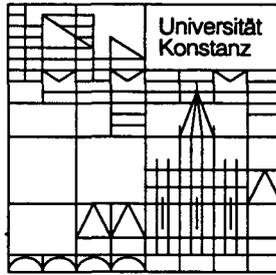
Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

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

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

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



**Fakultät für
Wirtschaftswissenschaften
und Statistik**

W 284 (286)



Heike Engel

**Ein bewohnerbezogenes
Vergütungssystem für
Einrichtungen
der Behindertenhilfe**
– Methodik der Datenerhebung –

18. JUNI 1997 Weltwirtschaft

W 284 (286) *phi br sig gla*

Diskussionsbeiträge

**Ein bewohnerbezogenes Vergütungssystem
für Einrichtungen der Behindertenhilfe
-Methodik der Datenerhebung-**

Heike Engel 759209

Serie I - Nr. 286

Mai 1997

Universität Konstanz

**Ein bewohnerbezogenes Vergütungssystem für Einrichtungen der
Behindertenhilfe
-Methodik der Datenerhebung-**

Heike Engel

Universität Konstanz

Fakultät für Wirtschaftswissenschaften und Statistik

Fach: D 136 78457 Konstanz

Tel.: 07531/882703

Fax: 07531/884135

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	1
2. Anforderungen an ein Vergütungssystem	1
2.1 Anforderungen d. BSHG a.F.	2
2.2 Anforderung aus Sicht der Bewohner	3
2.3 Folgerungen	4
3. Methodik zur Klassifikation von Bewohnern	5
4. Erforderliche Daten und Möglichkeiten der Erhebung	8
4.1 Bewohnerbezogene Merkmale	8
4.1.1 Merkmale mit medizinisch/therapeutischer Aussagekraft	8
4.1.2 Individuelle Fähigkeitsstrukturen und Eigenheiten	9
4.2 Die Messung der Bedarfszeiten	11
4.2.1 Ermittlung der individuellen Bedarfszeiten	12
4.2.2 Ermittlung der nicht-individuellen Betreuungszeiten	13
4.2.3 Ermittlung der Zeiten für indirekte Leistungen	13
4.3 Bewertung der Bedarfszeiten	14
4.4 Zusammenfassung	15
5. Gestaltung der Datenblätter	16
5.1 Erhebung bewohnerbezogener Merkmale	16
5.2 Messung der Bedarfszeiten	16
6. Literatur	18
7. Anhang	20

1. Einführung

Die Leistungen der Einrichtungen der Behindertenhilfe werden zu großen Teilen nach dem Subsidiaritätsprinzip von den Sozialhilfeträgern (Leistungsträgern) vergütet. Die Höhe dieser Vergütungen wurde bis 1994 auf der Basis bereits vergangener Perioden retrospektiv zwischen den Einrichtungen und den Leistungsträgern ausgehandelt. Seit der ersten Änderung des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) ist eine retrospektive Vergütung jedoch nicht mehr möglich. Es muß prospektiv, also auf der Basis von im voraus festgelegten oder verhandelten Preisen, vergütet werden.

Nach dieser 1994 erfolgten Änderung des BSHG wurde, auch im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung für stationäre Leistungen, über mögliche Formen eines Vergütungssystems in Einrichtungen der Behindertenhilfe diskutiert. Dabei dienen die bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen als Orientierung. So verlangte der Gesetzgeber bei der Vergütung von Leistungen neben anderen Kriterien Leistungsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit¹.

Die letzte Änderung des Sozialhilferechts, in der auch für die Einrichtungen der Behindertenhilfe relevante Paragraphen geändert wurden, erfolgte 1996. Im Zuge dieser Reform wurden die Komponenten eines zum 01.01.1999 zu implementierenden Vergütungssystems festgeschrieben. Allerdings bestehen bislang keine Arbeiten zur Umsetzung dieser juristischen Vorgaben.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit liegt in der Entwicklung eines geeigneten Instrumentariums zur Erhebung von Daten, mit deren Hilfe Maßnahmepauschalen, wie sie nach § 93a BSHG gefordert werden, ermittelt werden können. Der Aufbau gestaltet sich dem entsprechend wie folgt: Im zweiten Kapitel dieser Arbeit werden die relevanten Argumente für die Entwicklung eines bewohnerbezogenen Vergütungssystems dargelegt. Aufbauend auf den Ergebnissen dieses Kapitels beschäftigt sich Kapitel 3 mit der übergeordneten Methodik der Klassifikation von Bewohnern; hieraus läßt sich ableiten, welche Daten zur Entwicklung eines bewohnerbezogenen Systems erforderlich sind. Diese werden dann im vierten Kapitel ausführlich dargelegt, und mögliche Erhebungsformen werden diskutiert. Im fünften und abschließenden Kapitel werden die benötigten Erhebungsbögen erläutert und vorgestellt.

2. Anforderungen an ein Vergütungssystem

Im folgenden wird zunächst auf der Basis des § 93 BSHG a.F. argumentiert, weil die in diesem Paragraphen beschriebenen Anforderungen an ein Vergütungssystem bereits die im BSHG n.F. formulierten Vorgaben implizieren (vgl. § 93, Abs. 2 BSHG a.F. und § 93a, Abs. 2 BSHG n.F.). Im Anschluß werden die Anforderungen aus Sicht der aktuellen und der potentiellen Bewohner aufgezeigt, um abschließend die Folgerungen zu skizzieren und kurz den Teil des für diese Arbeit relevanten § 93 BSHG n.F. darzulegen.

¹ Das von Breyer (1994) im Auftrag des Landesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg angefertigte Gutachten enthält einen detaillierten Anforderungskatalog an ein prospektives Vergütungssystem.

2.1 Anforderungen d. BSHG a.F.

Die folgenden Anforderungen an ein Vergütungssystem für Einrichtungen der Behindertenhilfe basieren vornehmlich auf der Gesetzesgrundlage des BSHG. So gilt grundsätzlich, daß das Vergütungssystem prospektiv sein muß (§ 93, Abs. 3 BSHG a.F.), so daß nach dem Krankenhaussektor auch im Bereich der Langzeitpflege und Behindertenhilfe eine Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip erfolgt. Zudem wurde manifestiert, daß ein Vergütungssystem die Leistungen der Einrichtungen nach dem Gebot der Leistungsgerechtigkeit erfolgen und Anreize zu wirtschaftlichem Handeln geben muß. So lautete das BSHG:

"Die Entgelte müssen leistungsgerecht sein und einer Einrichtung bei sparsamer und wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, eine bedarfsgerechte Pflege zu leisten." § 93, Abs. 2 BSHG a.F.

Das Kriterium der Leistungsgerechtigkeit läßt sich derart interpretieren, daß für gleiche Leistungen, gleichgültig in welcher Einrichtung diese erbracht werden, ein Entgelt in gleicher Höhe bezahlt werden sollte. Wird dieser Interpretation gefolgt, muß das zu implementierende Vergütungssystem die erbrachten Leistungen der Einrichtungen abbilden können. Aus diesem Grund ist mit Bezug auf das Kriterium der Leistungsgerechtigkeit die Abrechnung auf der Basis von Einzelleistungen oder Einzelleistungskomplexen sowie mit Hilfe von bewohnerbezogenen Abrechnungseinheiten möglich.

Die Anforderung der Wirtschaftlichkeit scheint lediglich auf die Höhe der Entgelte bzw. Pflegesätze abzielen. Diese sollen den Einrichtungen aber nur bei wirtschaftlicher Betriebsführung erlauben, eine bedarfsgerechte Pflege zu leisten. Das Vergütungssystem muß demnach einen Anreiz zu wirtschaftlichem Handeln geben. So fand bereits im Krankenhauswesen eine intensive Auseinandersetzung über die Brauchbarkeit von Abrechnungseinheiten mit dem Ergebnis statt, daß Einzelleistungsvergütungen -und damit auch Leistungskomplexe- den geringsten Anreiz zu wirtschaftlichem Handeln geben.² Gewinnorientierte Einrichtungen werden nämlich versuchen, die Anzahl der Leistungen, die einen positiven Deckungsbeitrag leisten, zu erhöhen.

Dagegen sind Abrechnungseinheiten zu bevorzugen, auf deren Basis nicht die einzelne Leistung vergütet wird, sondern die auf den einzelnen Bewohner mit seinem Leistungsbedarf Bezug nehmen. Die Vorteile liegen darin, daß die Anzahl der Bewohner sehr einfach ermittelt und der jeweilige Leistungsbedarf von einer externen Kommission³ festgestellt werden kann. Die Anreize zu wirtschaftlichem Handeln können demnach nicht durch eine "unlautere" Erhöhung der Anzahl der Abrechnungseinheiten unterlaufen werden. Diese kann im Fall der bewohnerbezogenen Vergütung lediglich durch die Erhöhung der Belegzahlen gesteigert werden.

Bei angenommener Gewinnorientierung der Einrichtungen besteht allerdings das Problem, daß eine derartige Vergütungsform zu Überbelegung führen kann. Dem kann entgegengehalten werden, daß die Qualitätsminderung, die durch Überbelegungen entsteht (z.B. 3-4 Bettzimmer statt 1-2 Bettzimmer) recht unproblema-

² Vgl. hierzu beispielsweise Neubauer und Sieben (1991).

³ So könnte als Kommission beispielsweise der bereits bestehende Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) eingesetzt werden, oder es müßte eine vergleichbare Kommission gebildet werden.

tisch beobachtet werden kann.⁴ Zudem werden derzeit nach Vorgabe des § 93 a, Abs. 3 BSHG Qualitätsprüfkriterien entwickelt, so daß die Gefahr einer Qualitätsminderung durch Überbelegung insgesamt als relativ gering eingeschätzt werden kann.

2.2 Anforderung aus Sicht der Bewohner

Aktuelle Bewohner

Die Einführung einer bewohnerbezogenen Zuordnung des Ressourcenverbrauchs kann auch mit dem Wunsch einer größtmöglichen Selbstbestimmung der Bewohner von Einrichtungen begründet werden. So wird seit langem über die Möglichkeiten diskutiert, in welcher Form der Bewohner (Leistungsempfänger) die von ihm zu beanspruchende (Sozial-) Hilfe erhalten soll. Zum einen kann von den Leistungsträgern⁵ ein Geldbetrag an die Bewohner ausgezahlt werden, mit dem diese ihre benötigten Ressourcen "einkaufen" können, das heißt die Bewohner erhalten Geldleistungen. Zum anderen können die Leistungsträger den Leistungserbringern die erbrachte Leistung bezahlen, so daß der Leistungsempfänger bzw. Bewohner sogenannte Sachleistungen erhält.

Ohne die Diskussion über Vor- und Nachteile der beiden Möglichkeiten an dieser Stelle auszuweiten,⁶ soll festgehalten werden, daß den Bewohnern bei Geldleistungen eine wesentlich größere Autonomie und Selbstbestimmung zugestanden wird, als dies bei Sachleistungen der Fall ist. Ein weiterer Vorteil des Geldleistungsprinzips besteht darin, daß die Bewohner aufgrund des ihnen zugestandenen „Kundenstatus“ den Umfang der Dienstleistungen wählen und bei mangelnder Qualität die Bezahlung verweigern können.⁷ Dabei muß allerdings eingeräumt werden, daß dieses Argument vorrangig für Körperbehinderte und leicht geistig und seelisch Behinderte Bedeutung hat.

Potentielle Bewohner

Des weiteren sollte in Erwägung gezogen werden, daß bislang bei der Aufnahme schwerstbehinderte Personen systematisch diskriminiert werden. Aufschluß über die Anzahl der schwerstbehinderten Personen, die bislang nicht aufgenommen wurden, gibt die Studie von Eitzner und Roth (1993).⁸ Da mit Hilfe eines bewohnerbezogenen Systems der jeweilige Ressourcenverbrauch recht genau ermittelt werden kann, besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit für schwerstbehinderte Personen, in einer Einrichtung aufgenommen zu werden, weil nun ein dem hohen

⁴ Eltern, die ihre Kinder oder jungen Erwachsenen in die Einrichtungen bringen, orientieren sich auf Grund der Schwierigkeit, Qualität zu beobachten, gerade an leicht beobachtbaren Merkmalen, wie beispielsweise Zimmergröße und Belegungsdichte.

⁵ Leistungsträger in diesem Sinne sind die Pflegekassen und die örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger.

⁶ Schulin (1992) diskutiert diesen Sachverhalt ausführlich.

⁷ Zwar bevorzugt der Gesetzgeber weiterhin das Instrument der Sachleistung (vgl. § 81, Abs.1, Satz 1 SGB XI, § 93 BSHG), die Vergütung auf Basis der bewohnerbezogenen Abrechnungseinheit läßt aber bereits beide Möglichkeiten zu.

⁸ Die Diskriminierung ist nicht nur mit Hinblick auf die Versorgung der behinderten oder pflegebedürftigen Personen selbst zu kritisieren, sie verursacht, wenn dieser Personenkreis in Akutkrankenhäusern oder Landeskliniken untergebracht ist, zudem wesentlich höhere Kosten.

Bedarf entsprechendes Entgelt bezahlt wird. So wurden in den USA bereits gute Erfahrungen mit der Vergütung auf Basis eines Klassifikationssystems gemacht (Fries et al., 1994).

2.3 Folgerungen

Sollen die in den Abschnitten 2.1 und 2.2 genannten Anforderungen erfüllt werden, so verbleibt lediglich die bewohnerbezogene Abrechnungseinheit. Dies bedeutet, daß der Blickpunkt weg von den Gegebenheiten einer Einrichtung und hin zu den in ihr betreuten Bewohnern gerichtet werden muß, weil aus den bewohnerspezifischen Eigenheiten und Fähigkeiten der jeweilige Ressourcenverbrauch abgeleitet wird, und damit die Bewohnerstruktur einer Einrichtung die Höhe von Entgelten bzw. Pflegesätzen bestimmt.

Wenn ein individualistischer Standpunkt vertreten wird, müßte jeder einzelne Bewohner von einer externen Kommission beurteilt und anschließend der spezifische Ressourcenverbrauch berechnet werden. Diesem Standpunkt liegt die Hypothese zugrunde, daß verschiedene Bewohner keinen ähnlichen oder sogar gleichen Ressourcenverbrauch haben können, oder Ähnlichkeiten dieser Art rein zufällig sind, also keinem Erklärungsmuster folgen. Eine andere Hypothese lautet, daß Bewohner mit ähnlichen Eigenschaften und ähnlichem Ressourcenverbrauch zu Gruppen zusammengefaßt werden können, d.h. es kann ein Kategoriensystem entwickelt werden.

Mit welchem dieser beiden Ansätze der jeweilige Ressourcenverbrauch der Bewohner am adäquatesten beschrieben werden kann, muß letztendlich der empirischen Analyse überlassen werden. Allerdings hat die Anwendung eines Kategoriensystems gegenüber einer individualistischen Vorgehensweise folgende Vorteile: Erstens kann erreicht werden, daß die Kosten, die im Fall der eben genannten individuellen Erfassung sehr hoch wären, ein vertretbares Ausmaß annehmen. Zweitens hat die Entwicklung eines Kategoriensystems den Vorteil, daß langfristig Therapieformen und deren Erfolge verglichen werden können, so daß dieses System nicht ausschließlich zum Zweck der Erstellung eines Vergütungssystems, sondern auch für therapeutische und medizinische Belange verwendet werden kann.

Zudem wurden in der Reform des Sozialhilferechts 1996 nicht nur die Anforderungen an ein Vergütungssystem, wie Leistungsgerechtigkeit⁹ und Wirtschaftlichkeit beibehalten, geändert oder präzisiert, sondern der Gesetzgeber schreibt nun das anzuwendende System direkt vor. So lautet § 93a, Abs. 2 BSHG mit Wirkung zum 01.01.1999 wie folgt:

„Vergütungen für die Leistungen nach Absatz 1 bestehen mindestens aus den Pauschalen für Unterkunft und Verpflegung (Grundpauschale) und für die Maßnahmen (Maßnahmepauschale) sowie aus einem Betrag für betriebsnotwendige Anlage einschließlich ihrer Ausstattung (Investitionsbetrag). [...] Die Maßnahmepauschale wird nach Gruppen für Hilfeempfänger mit vergleichbarem Hilfebedarf kalkuliert. [...]“

⁹ Der Begriff Leistungsgerechtigkeit wurde allerdings im BSHG n.F. gestrichen und Individualverhandlungen wurden beibehalten, so daß die Höhe der Vergütung auch weiterhin vom Verhandlungsgeschick der Vertragspartner und nicht ausschließlich von den erforderlichen Leistungen, die von den Einrichtungen erbracht werden, abhängt.

Mit dieser Änderung wurde nun auch die gesetzliche Grundlage für ein bewohnerbezogenes System, in dem Bewohner mit ähnlichem Bedarf zu Gruppen zusammengefaßt werden, geschaffen, wie es in ähnlicher Weise u.a. von Breyer (1994) vorgeschlagen wurde.

An das zu entwickelnde Kategoriensystem müssen aus den vorangegangenen Überlegungen heraus Anforderungen gestellt werden, die im folgenden Kapitel diskutiert werden.

3. Methodik zur Klassifikation von Bewohnern

Die Idee der Entwicklung eines Kategoriensystems besteht darin, Bewohner an beobachtbaren Merkmalen, wie z.B. Fähigkeiten und Eigenheiten, zu beurteilen und den resultierenden Ressourcenverbrauch aus diesen Merkmalen zu erklären. Dieses Vorgehen hat zwei Vorteile. Zum einen wird die Vergütung pro Bewohner nicht auf der Basis des resultierenden Zeitbedarfs, sondern auf der Basis der als ursächlich angenommenen Merkmale gemessen. Dies bedeutet aber auch, daß Standards für Pflegezeiten ermittelt werden können, so daß sich für die Einrichtungen Vergleichsmöglichkeiten ergeben. Zum anderen kann bei dieser Vorgehensweise der zu erwartende Ressourcenverbrauch für jeden neuen Bewohner relativ zügig anhand der beobachtbaren Merkmale festgestellt werden.

Ein Kategoriensystem kann als ein System definiert werden, das die Bewohner in möglichst homogene Gruppen einteilt. Dabei können die Gruppen mit Hilfe der sogenannten Clusteranalyse ermittelt werden; hierbei handelt es sich um eine Methode der multivariaten Statistik, deren wesentliches Charakteristikum darin besteht, daß zur Gruppenbildung alle vorliegenden Eigenschaften herangezogen werden können (vgl. Hartung und Elpelt, 1992 sowie Backhaus u.a., 1994). Das zu ermittelnde System von Bewohnergruppen in Einrichtungen der Behindertenhilfe sollte weiterhin folgenden Anforderungen, die Cameron (1985) entwickelt hat, genügen.¹⁰

- 1) Das System sollte statistische Stabilität aufweisen. Diese Forderung beinhaltet zwei Aspekte: So soll einerseits die gruppenimmanente Varianz möglichst gering sein, das heißt, die Gruppen sollten bezogen auf die zu erklärende Variable homogen sein. Andererseits sollten sich Gruppen bezüglich der zu erklärenden Variablen signifikant unterscheiden, das heißt, hier sollte möglichst Heterogenität bestehen. Die Bedeutung der statistischen Stabilität kommt erst zum Schluß der Analyse zum Tragen, wenn die Gruppen gebildet und hinsichtlich der Homogenität innerhalb der Gruppen bzw. der Heterogenität zwischen den Gruppen beurteilt werden.¹¹
- 2) Die Forderung der Verallgemeinerbarkeit des Systems bedeutet, daß ein solches System auf sämtliche Einrichtungen übertragbar sein sollte. Dies hat zur Folge, daß nur Leistungen gemessen werden, die die Bewohner jeweils *direkt* in Anspruch nehmen, wobei der Begriff „Maßnahmepauschale“ diese Interpretation nahelegt.

¹⁰ An dieser Stelle ist anzumerken, daß die Klassifikation das Ziel der Analyse darstellt. Die Anforderungen an das Ergebnis beinhalten jedoch Implikationen für die Datenerhebung.

¹¹ Deshalb wird hier auf eine eingehende Darstellung von Analyse- und Beurteilungsinstrumentarien verzichtet.

- 3) Die Handhabbarkeit eines Systems ist deshalb von großer Bedeutung, weil unter mangelnder Handhabbarkeit einerseits die Akzeptanz seitens der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen leidet. Andererseits können Fehlerquellen auftreten, die nicht auf fehlende Akzeptanz zurückzuführen sind, sondern deren Ursachen in der Komplexität und/oder Unüberschaubarkeit des Systems liegen. Aus diesen Gründen sollte erstens die Anzahl der Klassen bzw. Gruppen möglichst gering gehalten werden.¹² Es ist dabei einleuchtend, daß ein strukturiertes und entsprechend übersichtliches System eine größere Gruppenanzahl zuläßt als ein System, das keine oder zumindest keine nachvollziehbare Struktur erkennen läßt.

Eine mögliche gut nachvollziehbare Struktur bietet dabei eine sogenannte Hierarchie, mit deren Hilfe beispielsweise in einem ersten Schritt die Bewohner nach ihrer Primärbehinderung, in einem zweiten Schritt entsprechend der Sekundärbehinderungen usw. eingeteilt werden, so daß zunächst die medizinischen Indikatoren der Bewohner durch eine schrittweise „Auffächerung“ immer besser charakterisiert werden.¹³ Abschließend werden die Bewohner anhand des Kriteriums „ähnlicher Ressourcenverbrauch“ in die endgültige Kategorie gruppiert.¹⁴

Zweitens ist es erforderlich, daß die Bewohner jeweils genau einer Gruppe zugeordnet werden, weil eine Mehrfachzuordnung der Übersichtlichkeit abträglich ist. Dieser Punkt wird allerdings nur der Vollständigkeit halber erwähnt, weil die Kategorien, in die die Bewohner eingeordnet werden, erst nach medizinischen Merkmalen und letztendlich nach dem Kriterium „Ressourcenverbrauch“ gruppiert werden. Dabei können die Bewohner jeder medizinisch beschriebenen Gruppe nur in Kategorien, die sich im Ressourcenverbrauch jeweils unterscheiden, eingeordnet werden, so daß eine Mehrfachzuordnung schon aus diesem technischen Grund nicht möglich ist.

- 4) Die Forderung nach medizinischer und therapeutische Aussagekraft ist genau betrachtet ebenfalls eine Folge aus der Forderung der Handhabbarkeit. Auch aus diesem Grund sollten die Gruppen eine nachvollziehbare Struktur aufweisen.¹⁵ Zudem ist die medizinische Aussagekraft eines Systems für die Messung des Erfolgs von Rehabilitationsmaßnahmen wichtig, weil Erfolg bei Bewohnern mit sich tendenziell verschlechternden Behinderungsarten oder Krankheiten eine Erhaltung der Fähigkeiten bedeuten kann,¹⁶ während die Fähigkeiten bei Bewohnern mit konstantem Behinderungsverlauf durch Rehabilitationsmaßnahmen verbessert werden können. Drittens bietet sich bei Erfüllung der Forderung nach guter medizinischer und therapeutischer Aussagekraft die Möglichkeit für die Einrichtungen, die gewonnenen Daten auch zum Zweck der Vergleichbarkeit zu nutzen.

¹² Nun ist der Ausdruck "möglichst gering" ein sehr dehnbarer Begriff und kann aus diesem Grund lediglich als nicht zu vernachlässigende Leitlinie aufgefaßt werden.

¹³ Vgl. hierzu auch Punkt 4.

¹⁴ Im Anhang (S. 22) ist die Ausgestaltung einer solchen Hierarchie beispielhaft abgedruckt.

¹⁵ Zu den näheren Ausführungen kann auf Punkt 3 dieses Anforderungskatalogs verwiesen werden.

¹⁶ Ähnliches gilt für Bewohner in Altenpflegeeinrichtungen, auch hier bedeutet Rehabilitation nicht, daß sich die Fähigkeiten der Bewohner wieder verbessern, sondern daß eine Verschlechterung möglichst verhindert oder hinausgezögert wird.

Die oben genannten Anforderungen können folgendermaßen zusammengefaßt werden: Alle Bewohner müssen mit Hilfe des Kategoriensystems eingeordnet werden können, wobei die einzelnen Gruppen in sich möglichst homogen sein sollten. Zudem soll die Struktur des Systems logisch aufgebaut und damit nachvollziehbar sein; dies kann mit der bereits beschriebenen Hierarchie erreicht werden.

Um eine derartige Hierarchie entwickeln zu können, müssen einerseits sämtliche bewohnerbezogenen Merkmale aufgestellt werden, wobei zwei Arten unterschieden werden: erstens Merkmale, die den Ressourcenverbrauch potentiell erklären und zweitens Merkmale, mit deren Hilfe die Bewohner bezüglich ihrer medizinischen Indikationen und Entwicklungsmöglichkeiten eingeschätzt werden. Andererseits muß der jeweilige Ressourcenverbrauch der Bewohner erhoben werden, wobei dieser direkt gemessen, geschätzt oder mit Hilfe eines Expertenteams ermittelt werden kann.

Es müssen demnach zwei Arten von bewohnerbezogenen Merkmalen unterschieden werden. Die Merkmale, die der medizinischen und therapeutischen Aussagekraft dienen und die Entwicklungsmöglichkeiten beschreiben, werden "exogen" gesetzt; das bedeutet, der Erklärungsgehalt dieser Merkmale bezüglich des Ressourcenverbrauchs ist nicht vorrangig. Es ist demnach möglich, daß mehrere Klassen mit gleichem oder sehr ähnlichem derzeitigen Ressourcenverbrauch entstehen. Der Unterschied zwischen diesen Klassen besteht zum einen in der Heterogenität der Bewohner bezüglich der Indikationen und zum anderen im erwarteten zukünftigen Ressourcenverbrauch.

Nach der Erhebung dieser Daten werden die potentiell erklärenden Merkmale auf ihren Erklärungsgehalt bezüglich des Ressourcenverbrauchs getestet. Hierbei werden erstens mögliche Korrelationen zwischen den Merkmalen, die im voraus erkannt werden können, bereits aufgenommen,¹⁷ bzw. mit Hilfe der Faktorenanalyse eliminiert. Zweitens werden die zu Faktoren zusammengefaßten Merkmale hinsichtlich ihres Erklärungsgehaltes für den Ressourcenverbrauch getestet. Drittens werden die Bewohner anhand der Merkmale, die den Ressourcenverbrauch signifikant erklären, und der exogen gesetzten Merkmale in Gruppen zusammengefaßt,¹⁸ und der mittlere Ressourcenverbrauch dieser Gruppen wird berechnet.

Die Varianz innerhalb einer Gruppe soll dabei möglichst gering sein, weil andernfalls das Problem entstehen kann, daß gewinnorientiert arbeitende Einrichtungen versuchen werden, diejenigen Personen unter den Bewerbern einzuziehen zu lassen, die Kosten unterhalb des Durchschnittsentgelts ihrer Gruppe verursachen. Dies bedeutet auch, daß bei einem System mit wenigen Kategorien und großer Varianz innerhalb einer Kategorie sich der Personenkreis, bei dem ein Anreiz zur Diskriminierung besteht, vergrößert.¹⁹

¹⁷ Hier sei auf die von Katz (1963) entwickelte Methode verwiesen, die im nächsten Kapitel dargestellt wird.

¹⁸ Diese Ermittlung von Bewohnergruppen kann mit Hilfe der Clusteranalyse erfolgen.

¹⁹ Derartiges Selektionsverhalten wird in der Literatur mit dem Ausdruck "Rosinenpicken" umschrieben (vgl. beispielsweise Klein, M. (1988), Horn, S. (1983)).

4. Erforderliche Daten und Möglichkeiten der Erhebung

Zur Erstellung eines Kategoriensystems werden im wesentlichen zwei unterschiedliche Arten von Daten benötigt.

Erstens müssen Daten erhoben werden, mit deren Hilfe die Charakteristika der einzelnen Bewohner beschrieben werden. Hierzu gehören zum einen Merkmale, die der medizinisch/therapeutischen Aussagekraft dienen, und zum anderen Merkmale, die die Eigenheiten und Fähigkeiten der Bewohner beschreiben. Erhebungsmöglichkeiten dieser Daten werden in Kapitel 4.1 dargestellt und diskutiert.

Zweitens werden Daten benötigt, mit deren Hilfe der Ressourcenverbrauch festgestellt werden kann, den die einzelnen Bewohner jeweils benötigen. Wie bereits erwähnt, ist Ressourcenverbrauch als Summe des lohngewichteten bewohnerbezogenen Zeitbedarfs definiert. Es werden demnach Daten den Zeitbedarf als auch Daten die Lohngewichtung betreffend benötigt.

Der Zeitbedarf läßt sich dabei in die Komponenten individuelle und nicht-individuelle Bedarfszeiten sowie Zeiten für indirekte Leistungen untergliedern. Während die Zeit für individuelle Behandlungspflege, Heilerziehungspflege und Betreuung den Bewohnern direkt zugerechnet werden kann, müssen die Zeiten für indirekte Leistungen und nicht-individuelle Betreuung auf die Bewohnern umgerechnet werden. Zunächst aber müssen die eben genannten Bedarfszeiten erhoben werden; entsprechende Möglichkeiten werden in Kapitel 4.2 diskutiert.

Eine exakte Zuordnung der Leistungsarten auf die Bewohner erfordert zudem die Ermittlung der Anwesenheitszeiten der Bewohner in den jeweiligen Einrichtungen. Allerdings dürften hierbei keine methodischen Schwierigkeiten auftreten, so daß der Erhebung dieser Daten kein eigenes Kapitel gewidmet wird.

In einem letzten Schritt müssen die Leistungsarten bzw. Bedarfszeiten, also individuelle und nicht-individuelle Bedarfszeiten sowie Zeiten für indirekte Leistungen, monetär bewertet, das heißt lohngewichtet werden. Eine Auseinandersetzung mit der Problematik der Lohngewichtung erfolgt in Kapitel 4.3. Kapitel 4.4 bietet abschließend eine Zusammenfassung des vierten Kapitels.

4.1 Bewohnerbezogene Merkmale

4.1.1 Merkmale mit medizinisch/therapeutischer Aussagekraft

Das zu entwickelnde Kategoriensystem ist ein System, das die einzelnen Merkmale der Bewohner beinhaltet.²⁰ Es ist aufgrund der vorhandenen Merkmalsarten in zwei Teile untergliedert. Die Merkmale mit medizinisch/therapeutischer Aussagekraft dienen den Zielen der Handhabbarkeit und Akzeptanz, deshalb werden diese Merkmale nicht hinsichtlich ihres Erklärungsgehalts bezüglich des Ressourcenverbrauchs getestet, sondern die Aufnahme in das System erfolgt unabhängig davon. Aus diesem Grund können Gruppen entstehen, die sich nicht im Ressourcenverbrauch unterscheiden, sondern in den medizinischen Indikationen und in den Entwicklungsmöglichkeiten. Der Erhebungsbogen für Hilfebedarf (EHB) fragt die wichtigsten Indikationen der Bewohner ab.²¹ Darüber

²⁰ Siehe Kapitel 3.

²¹ So werden mit Hilfe des EHB beispielsweise Primär- und Sekundärbehinderungen, das Alter und die Tagesstruktur der einzelnen Bewohner abgefragt.

hinaus werden lediglich Angaben benötigt, die den nächtlichen Betreuungsbedarf der Bewohner beschreiben, weil diese nicht mit Hilfe des EHB ermittelt werden.

4.1.2 Individuelle Fähigkeitsstrukturen und Eigenheiten

Die Ermittlung bewohnerbezogener Fähigkeiten und Eigenheiten umfaßt drei Teilbereiche. So muß erstens ein Katalog erstellt werden, auf dessen Basis bewohnerbezogene Merkmale erhoben werden können, zweitens stellt sich die Frage, wer die Bewohner bezüglich dieser Merkmale beurteilen soll, und drittens muß geklärt werden, in welcher Weise die Bewertung der Merkmale erfolgen soll.²²

Zur Ermittlung von Fähigkeiten der Bewohner stellt das Konzept der "Activities of daily living" (ADL) einen zentralen Ansatz dar, das zuerst von Katz et al. (1963) entwickelt wurde. ADL werden auf der Basis der sechs Funktionen 1) Baden, 2) An-/Ausziehen, 3) zur Toilette gehen, 4) aus dem Bett aufstehen, ins Bett gehen, 5) Kontinenz, 6) Nahrungsaufnahme ermittelt. Diese Basis ist in den weiterentwickelten Konzepten in den meisten Fällen die gleiche. Interessant an dem von Katz et al. entwickelten Konzept ist, daß die ersten vier Funktionen in der oben beschriebenen Reihenfolge als Guttmanstala²³ zu begreifen sind. Dies bedeutet, daß beispielsweise Aufstehen und sich An- und Auskleiden notwendige, aber keine hinreichende Bedingungen für die Fähigkeit zu baden sind, aufstehen eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für das selbständige Benutzen einer Toilette ist.²⁴

Auch die meisten weiterführenden Studien greifen zur Erhebung von bewohnerbezogenen Daten auf die oben beschriebenen sechs Funktionen zurück. Um ein Gesamtbild vom Status Quo eines jeden Bewohners zu erhalten, werden allerdings weitere Merkmale benötigt, die Befinden und Eigenheiten der Bewohner beschreiben. Diese unterscheiden sich je nach Studie aufgrund des ihr zugrunde gelegten Schwerpunktes. Eine Auswahl der für die Bestimmung der bewohnerbezogenen Fähigkeiten (Aktivitäten) und Eigenheiten notwendigen Merkmale kann in unterschiedlicher Weise erfolgen.

Zum einen kann ein Merkmalkatalog eigenständig erstellt werden, indem Personalinterviews durchgeführt werden.²⁵ Eine eigenständige Erstellung eines Merkmalkatalogs kann allerdings problematisch werden, wenn erstens therapeutische

²² Die Bewertung von Merkmalen kann beispielsweise mit Hilfe von Skalierungen erfolgen.

²³ Eine Skala heißt im sozialwissenschaftlichen Sinn Guttmanstala, wenn die einzelnen Merkmale einer Merkmalsauflistung derart miteinander im Zusammenhang stehen, daß ein Merkmal notwendig aber nicht hinreichend für ein weiteres Merkmal und dieses wiederum notwendig aber nicht hinreichend für das nächste Merkmal ist usw., wenn also die Merkmale einer sogenannten Rangordnung folgen. In diesem Fall handelt es sich um die Fähigkeiten von Bewohnern, die notwendig sind für weitere Fähigkeiten.

²⁴ Aufgrund dieses Zusammenhanges hat Katz folgende Rangordnung entworfen: A) unabhängig in allen Funktionen; B) abhängig in "baden" und einer anderen Funktion; C) abhängig in "baden", "an- und ausziehen" und einer anderen Funktion; D) abhängig in "baden", "an- und ausziehen", "zur Toilette gehen" und einer anderen Funktion; E) abhängig in "baden", "an- und ausziehen", "zur Toilette gehen", "aus dem Bett aufstehen und ins Bett gehen" und einer anderen Funktion; F) abhängig in allen Funktionen. Diese Kategorien B bis F werden in drei Level unterteilt, so daß 18 Stufen entstehen.

²⁵ In dieser Weise ermittelte Cameron (1985) bewohnerbezogene Merkmale. Dabei erfolgt die Erstellung eines Bewohnerprofils mit Hilfe der Merkmale allgemeine und demographische Informationen, Diagnosen, Medikation, ADL, Sinneswahrnehmungen, Verhaltensweisen, spezielle Bedarfe und andere bewohnerbezogene Charakteristika.

und pädagogische Kenntnisse, die zur adäquaten Beurteilung der Interviewergebnisse notwendig sind, fehlen oder zweitens lückenhafte Informationen für die Erhebung verwendet werden, weil der Merkmalkatalog nicht vorab über eine längere Zeitdauer getestet wurde und auf diese Weise eventuelle Lücken bereits geschlossen wurden.

Zum anderen kann auf bereits bestehende umfassende Merkmalkataloge zurückgegriffen werden. Dies ist besonders dann vorteilhaft, wenn mit Hilfe der Kataloge schon einige Zeit gearbeitet wird, so daß eventuelle Schwächen, wie beispielsweise das Fehlen wichtiger Merkmale, bereits korrigiert wurden.

Als Beispiel kann das sogenannte Minimum Data Set (MDS)²⁶ genannt werden, das in den USA seit 1987 Bewohner der Alten- und Pflegeheime erfaßt. Mit Hilfe dieses Katalogs werden Behinderungsarten, Gewohnheiten und medizinische Indikatoren erfaßt. Fries et al. (1994) stellten auf der Basis von MDS bewohnerbezogene Merkmale zusammen. Zusätzlich wurden Aktivitäten (ADL) und die Erforderlichkeit spezieller Pflege in den Katalog aufgenommen.

In Deutschland wurden im Bereich der Behindertenhilfe ebenfalls verschiedene Merkmalkataloge entwickelt, wobei erstens der vom Verband Katholischer Einrichtungen für Lern- und Geistigbehinderte (VKELG) im Rahmen einer umfassenden Studie erstellte Erhebungsbogen für Hilfebedarf (EHB) genannt werden kann; zweitens entwickelte der Landesverband Baden-Württemberg der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung ein System zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs und des sich daraus ergebenden Personalaufwandes namens „FILM“; drittens wurde ein ebenfalls ähnliches System „GBM“ vom Verband Evangelischer Einrichtungen für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung entwickelt (vgl. Vigener, 1997).

Der zuerst genannte Merkmalkatalog EHB wurde bereits in den 80er Jahren entwickelt und ist seitdem mehrfach überarbeitet worden, so daß der Erhebungsbogen (EHB) einen umfassenden und gut ausgearbeiteten Merkmalkatalog enthält, auf dessen Basis bewohnerbezogene Fähigkeiten und Eigenheiten gemessen werden können.²⁷ Zudem konnte dem EHB Ausgewogenheit zwischen Pflege und Förderung bzw. Betreuung zugesprochen werden (vgl. BSU-Projekt, 1994, 39).

Die Beurteilung der Bewohner mit Hilfe von Merkmalkatalogen kann entweder direkt in die Erhebung der Bedarfszeiten mit eingebunden werden, oder aber die Erhebung des Bedarfs wird von der Erhebung bewohnerbezogener Merkmale getrennt.

Ersteres bedeutet, daß das Pflegepersonal bewohnerbezogene Merkmale und Bedarfszeiten²⁸ in einem Gesamtkatalog erhebt. So haben beispielsweise Arling et

²⁶ MDS entstand auf Anregung der US-Regierung, ein nationales System für eine umfassende Einschätzung der individuellen Bewohnersituation zu entwickeln. MDS wurde durch einen multidisziplinären Arbeitskreis entwickelt und bereits in verschiedenen Einrichtungen erprobt (Klie/Lörcher, 1994, 97).

²⁷ Der vom VKELG entworfene Katalog (EHB) wird in der Studie (SYLQUE) bereits als Erhebungsinstrument für den Hilfebedarf verwendet. Eine Uminterpretierung von Hilfebedarf in Fähigkeiten erscheint sinnvoll, weil sich der Merkmalkatalog des EHB mit den Merkmalen, die zur Beschreibung von Bewohnern dienen, und auf deren Basis in den USA Kategoriensysteme entwickelt wurden, in weiten Bereichen decken. Der Begriff Hilfebedarf wird demnach als Synonym für das Fehlen von Fähigkeiten verwendet.

²⁸ Die Erhebung der Pflegezeiten wird in Kapitel 4.2 ausführlich dargestellt.

al. (1987) die Fähigkeitsstruktur der Bewohner und die Bedarfszeiten in einem auf diese Art zusammengefaßten Bogen erhoben. Fries et al. (1994) erhoben dagegen Daten über bewohnerbezogene Merkmale, indem sowohl das Personal als auch Freunde und Verwandte für jeden Bewohner mit Hilfe der Merkmalsausprägungen des MDS-Katalogs eine Einstufung vornahm. Ein Reliabilitätstest²⁹ ergab, daß eine hohe Übereinstimmung der Einschätzungen über die Bewohner zwischen den verschiedenen Personenkreisen besteht.

Es ist daher fraglich, ob der hohe Aufwand bei der Einbeziehung verschiedener Personenkreise die Qualität der Beurteilung in entsprechendem Maße erhöht. Demgegenüber kann aber bei der Methode von Arling et al. (1987) das Problem auftreten, daß auf Grund der ständig sichtbaren Informationen über die bewohnerbezogenen Merkmale versucht wird, bei der Zeitmessung vermuteten Zusammenhängen zwischen Fähigkeiten und benötigtem Zeitaufwand gerecht zu werden. Auf diese Weise kann das Bild der Messung erheblich verzerrt werden. So ist es auch denkbar, daß die Beurteilung der Bewohner zunächst vom Personal im Team vorgenommen wird, und die Zeitmessungen im Anschluß auf einem getrennten Bogen eingetragen werden.

Die Einstufung der Bewohner erfolgt in der Regel mit Hilfe einer Punkteskala. Die Skalierung kann dabei verschieden ausgeprägt sein. So haben beispielsweise Katz et al. (1963) ihre Skalierung mit Hilfe einer Drei-Punkte-Skala vorgenommen, während in der Studie vom VKELG die Bewohner auf der Basis einer Fünf-Punkte-Skala beurteilt werden. Zudem ist es denkbar, daß einige Merkmale nur mit "vorhanden" oder "nicht vorhanden" beurteilt werden. Als Beispiele seien hier Depressionen und Schlafwandeln genannt.

Die Skalierung sollte zunächst möglichst genau vorgenommen werden, weil dann ein präzises Profil von den Bewohnern gezeichnet werden kann und weil die Relevanz der Merkmale (und ihre Skalierungseinteilung) bezüglich des Ressourcenverbrauchs ohnehin getestet wird.³⁰ Aus diesen Gründen ist eine Fünf-Punkte-Skalierung durchaus angebracht.

4.2 Die Messung der Bedarfszeiten

Die Bedarfszeiten der Bewohner umfassen Pflege- und Betreuungszeiten sowie Zeiten für indirekte Leistungen. Während Pflegeleistungen immer von den Bewohnern persönlich in Anspruch genommenen werden, also individuelle Leistungen sind, und indirekte Leistungen immer für die Gesamtheit der Bewohner, also nicht-individuell, erfolgen, können die Betreuungsleistungen sowohl individueller als auch nicht-individueller Natur sein.

Mögliche Erhebungsmethoden der verschiedenen Zeitarten werden in den folgenden drei Unterabschnitten dargestellt.

²⁹ Mit Hilfe eines Reliabilitätstests wird die Zuverlässigkeit einer vorgenommenen Erhebung getestet.

³⁰ So kann es beispielsweise sein, daß Merkmal x signifikant ist für den Ressourcenverbrauch, aber nicht in den Abstufungen 1, 2, 3, 4, 5, sondern 1-3 und 4-5.

4.2.1 Ermittlung der individuellen Bedarfszeiten

Die Ermittlung der individuellen Bedarfszeiten kann mit Hilfe einer direkten und einer indirekten Methode erfolgen. Beide Methoden unterscheiden sich in erster Linie dadurch, daß bei der ersten die Zeiten *Ist-Zeiten* und bei der zweiten die Zeiten *Soll-Zeiten* darstellen.

Die direkte Methode zeichnet sich dadurch aus, daß die jeweiligen individuellen Bedarfszeiten der Bewohner und Bewohnerinnen dann dokumentiert werden, wenn sie entstehen. Dies bedeutet, daß die individuellen Zeiten, die jede(r) Bewohner(in) für sich in Anspruch nimmt, gemessen oder geschätzt³¹ und in einen entsprechenden Erhebungsbogen eingetragen werden.

Die indirekte Messung der Bedarfszeiten³² zeichnet sich dadurch aus, daß die von den Bewohnern benötigten Leistungen nicht mit Hilfe einer Uhr gemessen werden, sondern es werden für jeden Bewohner zunächst die von ihm benötigten Leistungen in Form eines Leistungskatalogs zusammengestellt, so daß bewohnerbezogene individuelle Pflege- bzw. Leistungsprozesse³³ dargestellt werden können. Im Anschluß daran werden die einzelnen Leistungen mit sogenannten standardisierten "Arbeitseinheiten" (work units) gewichtet, indem ein Expertenteam zunächst pflegerische und therapeutische Aktivitäten definiert und diese mit den für die verschiedenen Aktivitäten benötigten unterschiedlichen Ausbildungsniveaus kombiniert. Letztendlich werden dann für diese, bezüglich des benötigten Ausbildungsniveaus standardisierten Arbeitseinheiten beispielsweise mit Hilfe der Delphi-Methode³⁴ mittlere Zeiten errechnet. Wichtig hierbei ist, daß der auf diese Weise ermittelte jeweilige Ressourcenverbrauch einen "Sollverbrauch" darstellt, der keiner weiteren empirischen Überprüfung unterzogen wird.

Die Beurteilung der beiden Methoden soll unter zwei Gesichtspunkten, dem zu betreibenden Aufwand bei der Erhebung und der Aussagekraft der Ergebnisse, erfolgen. Der Aufwand ist bei der indirekten Methode erheblich höher als bei der direkten Methode, weil hier zwei Profile, Charakteristika und Pflege- bzw. Betreuungsprofile, für jeden Bewohner erstellt werden müssen. Erst im Anschluß daran erfolgt die Expertenbestimmung der Sollverbrauchszeiten. Dies bedeutet, daß bei dieser Methode eine Zwischenstufe mehr benötigt wird als bei der direkten Me-

³¹ Fries et al. (1994) ließen in ihrer Studie die Zeiten beispielsweise mit einer Stoppuhr messen; Weber-Sieb (1996) bevorzugte in ihrer Studie dagegen Schätzwerte. Letztgenannte haben den Nachteil, daß die Werte aufgrund der subjektiven Wahrnehmung von Zeit ungenau sein können. Allerdings ist die Messung der Zeiten aufwendiger als die Schätzung, so daß ein Trade-Off zwischen der Güte der Ergebnisse und dem zu bewältigendem Aufwand bei der Erhebung besteht. Eine Entscheidung, ob die Zeiten gemessen werden können oder geschätzt werden sollen, muß demnach in gemeinsamen Gesprächen mit den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen geklärt werden.

³² Diese Vorgehensweise wählte Cameron (1985).

³³ Nicht-individuelle Bedarfszeiten werden auf die gleiche Weise ermittelt, allerdings ist der Aufwand geringer.

³⁴ Die Delphi-Methode ist eine spezielle Form der Expertenbefragung, bei der Informationen bezüglich des zu ermittelnden Sachverhalts, in diesem Fall handelt es sich um Ressourcenverbrauch, von verschiedenen Experten eingeholt werden. Diese Informationen werden zentral gesammelt und bei Abweichung werden die Experten mit abweichenden Ergebnissen erneut um Stellungnahme gebeten, dabei werden ihnen die Ergebnisse der anderen Experten mitgeteilt. Diese Prozedur kann beliebig oft wiederholt werden, bis nach Meinung des Auftraggebers ausreichende Übereinstimmung besteht.

thode, bei welcher zusätzlich zu der Erhebung der Fähigkeiten und Eigenheiten "nur" Bedarfszeiten, unabhängig von der spezifischen Ausgestaltung der Tätigkeit erhoben werden, die im Anschluß daran mit den spezifischen Lohnniveaus gewichtet werden.

Ein Vorteil bei der indirekten Methode kann in der Ermittlung von Soll-Zeiten gesehen werden, weil hier unter der Annahme wünschenswerter Personalschlüssel Qualitätsstandards gesetzt werden können. Andererseits besteht die Gefahr, daß die Ergebnisse einer solchen Analyse beispielsweise aufgrund einer überhöhten Setzung von Qualitätsstandards einen geringen Aussagewert haben. Dem wiederum kann entgegengehalten werden, daß die Ergebnisse, die mit Hilfe der direkten Methode erzielt werden, beispielsweise aufgrund von Personalmangel verzerrt sein können. Wenn allerdings mehrere Einrichtungen für die Erhebung zur Verfügung stehen, und der Annahme gefolgt wird, daß nicht in allen Einrichtungen Personalmangel herrscht, kann dieses Problem minimiert werden. Demnach ist die direkte Methode sowohl aufgrund des geringeren Aufwands bei der Erhebung als auch aufgrund der höheren Aussagekraft der Ergebnisse einer Expertenermittlung der Bedarfszeiten vorzuziehen.

4.2.2 *Ermittlung der nicht-individuellen Betreuungszeiten*

Nicht-individuelle Betreuungszeiten können im Gegensatz zu den individuellen Zeiten nicht gemessen werden, weil die Aufmerksamkeit, die den einzelnen Bewohnern während der Arbeit in der Gruppe gewidmet wird, prinzipiell nicht mit Hilfe einer Uhr verfolgt werden kann. Die durch ein derartiges Vorgehen verursachte Störung des Arbeits- oder Gesprächsablaufs in der Gruppe liegt nicht im Interesse der Bewohner und des Personals und würde zudem die Meßergebnisse, die gerade den normalen Alltag dokumentieren sollen, verzerren.

Die nicht-individuellen Betreuungszeiten, also alle Aktivitäten, die in Gruppen unternommen werden,³⁵ werden folgendermaßen erhoben: Es wird erstens die Dauer der Gruppenzusammensetzung dokumentiert und zweitens werden die teilnehmenden Bewohner in den Erhebungsbogen eingetragen. Drittens besteht die Möglichkeit, Zeiten, die einzelne Bewohner eventuell während der Gruppenzusammensetzung für sich allein beanspruchen, zusätzlich zu dokumentieren. Dies bedeutet, daß die Gesamtdauer der Gruppenzusammensetzung dann auf alle teilnehmenden Bewohner und Bewohnerinnen zu gleichen Teilen aufgeteilt wird, wenn kein Bewohner Zeit für sich allein beansprucht hat. Benötigt aber ein Bewohner die Aufmerksamkeit des betreuenden Mitarbeiters beispielsweise aufgrund eines epileptischen Anfalls oder aufgrund von Aggressivitäten während der Gruppenzusammensetzung für sich allein, so wird ihm diese Zeit zugeschrieben.

4.2.3 *Ermittlung der Zeiten für indirekte Leistungen*

In den Abschnitten 4.2.1 und 4.2.2 wurden Erhebungsmöglichkeiten der Pflege- und Betreuungszeiten diskutiert. Eine weitere, bereits erwähnte Zeitkomponente besteht in den Zeiten für indirekte Leistungen. Diese Zeiten, die für Organisationsaufgaben, Verteilzeiten etc. aufgewendet werden, werden ebenfalls jeweils zu gleichen Teilen auf die Bewohner umgerechnet.

³⁵ Als Beispiele seien hier die gemeinsame Einnahme von Mahlzeiten, gemeinsames Fernsehen, Sportaktivitäten und Spaziergänge genannt.

Den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen sollte ermöglicht werden, die Richtigkeit der erhobenen und niedergeschriebenen Daten selbst zu kontrollieren. Aus diesem Grund erhält jeder Mitarbeiter und jede Mitarbeiterin einen Erhebungsbogen, auf dem sämtliche Zeitarten eingetragen werden, so daß am Ende jeden Tages die Summe aus den einzelnen Zeitarten ermittelt werden kann.

4.3 Bewertung der Bedarfszeiten

In Abschnitt 4.2 wurden Möglichkeiten der Zeiterhebung diskutiert; die gewonnenen Zeitdaten müssen nun um die Komponente der Bewertung erweitert werden, weil der bewohnerbezogene Ressourcenverbrauch, also der bewertete bzw. lohngewichtete jeweilige Zeitverbrauch, die Basis des Kategoriensystems bildet.

Eine genaue Darlegung der Gewichtung des Zeitbedarfs ist deshalb von großer Bedeutung, weil eine Fehleinschätzung des Verhältnisses von Produktivität (benötigte Zeiten für Pflege und Betreuung) und Lohn eine fehlerhafte Messung des Ressourcenverbrauchs nach sich ziehen kann, so daß dann auch die Beziehung zwischen den Fähigkeiten und Eigenheiten der Bewohner und dem Verbrauch fehlerhaft gefolgert werden kann.

Die Grundlage der Bewertung bilden dabei die Personalkosten, die sich durch große Unterschiede, verursacht durch Lohnstaffellungen aufgrund der Ausbildung, des Alters, des Familienstandes etc., auszeichnen. Hier zeigt sich der zweite Grund für eine intensive Beschäftigung mit der Gewichtung des Zeitbedarfs. So können unterschiedliche Personalstrukturen in den verschiedenen Einrichtungen zu erheblichen Differenzen in den Löhnen je Zeiteinheit -und damit in den Preisen je Bewohner- führen.

Aus diesen beiden Gründen, der möglicherweise fehlerhaften Schlußfolgerungen und der Unterschiede in den Personalstrukturen, müssen die Löhne standardisiert werden. Im folgenden wird beispielhaft der Zusammenhang zwischen Ausbildung und Alter und der Produktivität dargestellt.

Sogenannte lohngewichtete Bedarfszeiten (Ressourcenverbrauch) können zum einen errechnet werden, indem für jeden Ausbildungsstand der durchschnittliche Minutenlohn³⁶ ermittelt und mit dem entsprechenden Minutenwert multipliziert wird. Hier wird eine mögliche Produktivitätsänderung nicht berücksichtigt. Zum anderen ist die Multiplikation des tatsächlichen Minutenlohns mit den jeweils verbrauchten Bedarfszeiten möglich. Diesen beiden Berechnungsarten liegen jeweils unterschiedliche Annahmen über den Zusammenhang zwischen Produktivitätsänderung und Alter zugrunde.

So wird bei der ersten Vorgehensweise davon ausgegangen, daß das Alter und die Pflegezeiten unkorreliert sind, daß also Erfahrung oder Einarbeitung keinen erkennbaren Einfluß auf die benötigten Zeiten der vom Personal ausgeübten Tätigkeiten hat. Dies kann damit begründet werden, daß altersbedingte Leistungsminderungen durch Erfahrung und Einarbeitung genau kompensiert werden. Die zweite Vorgehensweise geht davon aus, daß mit zunehmendem Alter die Produktivität

³⁶ Der Minutenlohn berechnet sich aus den jeweiligem Jahresgehalt und der effektiven Arbeitszeit. Diese Berechnungsmethode enthält auf der Lohnseite Urlaubsgeld, dreizehntes Monatsgehalt, Krankengeld usw. und auf der Arbeitszeitseite werden die Ausfallzeiten durch Krankheit, Urlaub usw. berücksichtigt. InPut-Consult Oppl, Ebner und Partner (1995) haben sich in ihrem Gutachten intensiv mit Erfassungsmöglichkeiten von effektiven Arbeitszeiten auseinandergesetzt.

steigt und der höhere Lohn diese Produktivitätssteigerung ausdrückt. Wird eine der beiden Thesen bestätigt, so besteht kein Problem bezüglich der Entscheidung, welche der beiden Vorgehensweisen zu bevorzugen ist. Andernfalls können jedoch, wie bereits erwähnt, schwerwiegende Fehler auftreten. Die folgende Tabelle verdeutlicht den Zusammenhang zwischen Entlohnung, Produktivität, Alter und Ressourcenverbrauch.

	Produktivität steigt mit dem Alter	Produktivität steigt nicht mit dem Alter
Entlohnung berücksichtigt das Alter (altersbezogene Lohnunterschiede werden nicht eliminiert)	Ressourcenverbrauch wird in adäquater Weise beschrieben	Gleiches wird unterschiedlich behandelt (Lohngewichtung führt zu verzerrt gemessenem Ressourcenverbrauch)
Entlohnung berücksichtigt das Alter nicht (altersbezogene Lohnunterschiede werden eliminiert)	Gleiches wird unterschiedlich behandelt (Lohngewichtung führt zu verzerrt gemessenem Ressourcenverbrauch)	Ressourcenverbrauch wird in adäquater Weise beschrieben

Ob die Produktivität mit dem Alter steigt oder nicht, kann ad hoc nicht entschieden werden und bleibt der empirischen Analyse überlassen, so daß das Alter der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit im Zeiterhebungsbogen abgefragt werden sollte. Neben dem Alter und dem Ausbildungsgrad begründen weitere Faktoren, wie beispielsweise der Familienstand, Unterschiede in den Löhnen. Allerdings wird hier auf eine weitere Analyse des Zusammenhangs zwischen diesen Faktoren und der Produktivität verzichtet.³⁷

4.4 Zusammenfassung

Ein zusammenfassender Überblick soll die Vorgehensweise bei der Erstellung eines Kategoriensystems noch einmal verdeutlichen.

Als erstes ist festzuhalten, daß neben den Anwesenheitszeiten der Bewohner in den jeweiligen Wohngruppen drei verschiedene Datentypen benötigt werden, nämlich 1) bewohnerbezogene Merkmale, die für die medizinisch/therapeutische Aussagekraft notwendig sind und bewohnerbezogene Merkmale, die potentiell den Ressourcenverbrauch erklären, 2) individuelle und nicht-individuelle Bedarfszeiten sowie Zeiten für indirekte Leistungen und 3) die Bewertung der Bedarfszeiten mit Hilfe von Lohngewichtungen.

Dabei wurde festgestellt, daß es vorteilhaft ist, die bewohnerbezogenen Merkmale mit Hilfe eines bereits vorhandenen und erprobten Katalogs zu messen, wobei eine Einteilung mit Hilfe einer Fünf-Punkte-Skala sinnvoll erscheint. Des weiteren sollte die Einstufung mit Hilfe des Merkmalkatalogs und die Messung der

³⁷ Eine genaue Ausarbeitung dieser komplexen Zusammenhänge würde den Rahmen der Arbeit sprengen.

Bedarfszeiten getrennt auf verschiedenen Bögen erfolgen. Letzterer kann direkt oder indirekt gemessen werden, wobei die direkte Methode vorzuziehen ist.

Die Standardisierung der Zeiten stellt einen weiteren wichtigen Punkt dar: Hier müssen einrichtungsübergreifende Lohnniveaus ermittelt werden. Aus diesem Grund werden zusätzlich zu den Löhnen sowohl Daten bezüglich des Ausbildungsniveaus als auch Informationen über das Alter benötigt.

5. Gestaltung der Datenblätter

5.1 Erhebung bewohnerbezogener Merkmale

Die bewohnerbezogenen Merkmale werden mit Hilfe der vom VKELG entwickelten Erhebung für individuellen Hilfebedarf EHB abgefragt. Für diese Erhebung wurden neben Merkmalen mit medizinischer und therapeutischer Aussagekraft 36 Items entwickelt, die Alltagssituationen beschreiben und nach Ansicht der Autoren in Hinblick auf den Hilfebedarf relevant sind (BSU, 1994). Die beschriebenen Situationen lassen sich zu den Faktoren Pflege, Selbständigkeit, Auffälligkeiten und Medizinische Hilfe zusammenfassen. Die Bewertung der im Erhebungsbogen erfaßten Aufgaben erfolgt nach einer fünfstufigen Schätzskala.

Des weiteren werden mit Hilfe des EHB bereits die Anwesenheitszeiten der Bewohner in den jeweiligen Wohngruppen erhoben.

5.2 Messung der Bedarfszeiten

Die Messung der Bedarfszeiten innerhalb der jeweiligen Wohngruppen erfolgt auf einem Bogen, der an die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ausgehändigt wird.³⁸ In diesen Bogen werden die Eintragungen folgendermaßen vorgenommen:³⁹

Zunächst werden alle Bewohner in den Bogen unter dem Titel „*Bewohner*“ eingetragen. Der Bogen ist so konzipiert, daß diese Einträge täglich nur einmal erfolgen müssen.

Da die indirekten Leistungen unabhängig von den Bewohnern erfolgen, werden diese ohne Zuordnung auf die Bewohner unter dem Titel „*indir. Leist.*“⁴⁰ eingetragen und am Ende des Tages aufsummiert.

Die Zeiten für Behandlungs- und Heilerziehungspflege sowie individuelle Betreuung werden den Bewohnern zugeordnet unter den Titeln „*Behandlungspf.*“ und „*Heilerziehungspflege/Betr.*“ eingetragen.

Der letzte Komplex, der abgefragt wird, ist die nicht-individuelle Heilerziehungspflege bzw. nicht-individuelle Betreuung („*Heilerziehungspflege u. Betr. in der*

³⁸ Der Entwurf eines solchen Erhebungsbogens ist im Anhang (S. 23) beigelegt.

³⁹ Hierbei handelt es sich um Meßwerte, die allerdings mit einer Armbanduhr ermittelt werden. Des weiteren wurde als kleinste einzutragende Einheit der Wert von 3 Minuten vereinbart. Auf eine Rasterung wurde zu Gunsten der Übersichtlichkeit und einer guten Handhabung des Bogens verzichtet.

⁴⁰ Die Auflistung der Tätigkeiten in den Bereichen „indirekte Leistungen“, „Behandlungspflege“ sowie „Heilerziehungspflege“ und „individuelle Betreuung“ erfolgt im Anhang S. 20 f.

Gruppe“) wobei hierunter sämtliche Zeiten zu verstehen sind, die in der Gruppe verbracht werden. Dabei wird zunächst die Gesamtdauer der Gruppenzusammensetzung in der untersten Zeile eingetragen. Des Weiteren wird bei dieser Betreuungsart sowohl abgefragt, welche Bewohner teilgenommen haben (In der Spalte „Teilge.“ wird für die teilnehmenden Bewohner ein Kreuz eingetragen), als auch die Zeit, die einzelne Bewohner eventuell während der Gruppenzusammensetzung für sich allein beanspruchen (Diese Zeit wird in Minuten in der Spalte „Zeit“ eingetragen). Dies bedeutet, daß die Gesamtdauer der Gruppenzusammensetzung nicht auf die einzelnen Bewohner aufgeteilt wird, sondern daß nur bei Auffälligkeiten zusätzliche Eintragungen erfolgen.

Als letzter Punkt muß die Zielrichtung der Tätigkeiten und damit verbunden der zuletzt verbleibende Titel „nebenbei beaufsichtigt“ erläutert werden. So ist es vorstellbar, daß zwar vorrangig individuelle Pflege oder Betreuung geleistet wird, gleichzeitig aber weitere Mitbewohner „nebenbei“ beaufsichtigt werden. Trotzdem handelt es sich in diesem Fall nicht um Gruppenbetreuung, weil individuelle Pflege oder Betreuung die Zielrichtung darstellt. Ähnliches gilt für den Komplex der indirekten Leistungen; auch hier ist es durchaus denkbar, daß die hauptsächliche Tätigkeit beispielsweise „Organisation“ darstellt, aber nebenbei einige Bewohner beaufsichtigt werden, so daß eine Abfrage der nebenbei beaufsichtigten Bewohner erfolgen sollte. Da aber irrelevant ist, bei welcher primären Tätigkeit (individuelle Pflege und Betreuung oder indirekte Leistungen) nebenbei beaufsichtigt wird, wird dieser Bereich zusammenfassend unter dem Titel „nebenbei beaufsichtigt“ abgefragt.

Den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen sollte ermöglicht werden, die Richtigkeit der erhobenen und niedergeschriebenen Daten selbst zu kontrollieren. Aus diesem Grund erhält jeder Mitarbeiter und jede Mitarbeiterin einen Erhebungsbogen, auf dem sämtliche Zeitarten eingetragen werden, so daß am Ende jeden Tages die Summe aus den einzelnen Zeitarten ermittelt werden kann, die mit der Tagesarbeitszeit übereinstimmt.

Neben den Tätigkeiten, die innerhalb einer Gruppe stattfinden, werden einerseits gruppenübergreifende Aktivitäten, also Aktivitäten mit Bewohnern aus mehreren Wohngruppen, veranstaltet. Für die Erfassung dieser Aktivitäten erhalten die Mitarbeiter einen Bogen, in welchen die übergreifenden Aktivitäten eingetragen werden können. Dabei ist die Funktionsweise dieses Bogens entsprechend der Rubrik „Heilerziehungspflege u. Betr. in der Gruppe“ im zuvor beschriebenen Zeitmessungsbogen gestaltet.⁴¹

Andererseits werden therapeutische Leistungen übergreifend erbracht, indem beispielsweise Logopädie, physiotherapeutische oder psychotherapeutische Dienste sowie nächtliche Versorgung von Mitarbeitern geleistet werden, die nicht speziell für eine Wohngruppe zuständig sind. Um abschließend auch diese Leistungen erfassen zu können, wurde ein Bewohnerbogen erstellt, in welchen für jeden Bewohner diese Therapien und Leistungen mit Hilfe des Wochenplanes eingetragen werden.⁴²

⁴¹ Ein Muster dieses Bogens ist dem Anhang (S. 24) beigelegt.

⁴² Ein Muster dieses Bogens ist ebenfalls dem Anhang (S. 25) beigelegt.

6. Literatur

- Arling G. et al.* (1987): Nursing Home Case-Mix, Patient Classification by Nursing Resource Use, *Medical Care*, 25, 1, 9-19.
- Backhaus, K. u.a.* (1994): *Multivariate Analysemethoden*, Berlin, Heidelberg.
- Breyer F.* (1994): *Wirtschaftliche und rechtliche Anforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten für Pflegesätze in stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe nach § 93 Abs. 2 BSHG und §§ 82 ff. SGB XI*, Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg, Konstanz.
- BSU-Projekt* (1994): *Grundlagenarbeit zur Kostensatzgestaltung im Land Brandenburg: Unter besonderer Berücksichtigung der Behindertenhilfe, im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen Brandenburg, Potsdam.*
- Bundessozialhilfegesetz* (1994): Bundesministerium für Familie und Senioren, Bonn.
- Cameron, J. M.* (1985): Case-Mix and Resource Use in Long-Term Care, *Medical Care*, 23, 4, 296-309.
- Eltzner, E. und N. Roth* (1993): *Aufnahme als Ausnahme: Dokumentation und Analyse von Aufnahmefragen in der Behindertenhilfe im Zeitraum 1986 bis 1991*, Freiburg.
- Fries, B. E. et al.* (1994): Refining a Case-Mix Measure for Nursing Homes: Resource Utilization Groups (RUG III), *Medical Care*, 32, 7, 668-685.
- Gesetz zur Reform des Sozialhilferechts* (1996): Bundesgesetzbl. Teil 1, Nr. 38
- Hartung J. und B. Elpelt* (1992): *Multivariate Statistik, Lehr- und Handbuch der angewandten Statistik*, 4. Aufl., München, Wien, Oldenburg.
- Horn, S.* (1983): Measuring Severity of Illness: Homogeneous Case Mix Groups, *Medical Care*, 21, 1, 14-25.
- InPut-Consult Oppl, Ebner & Partner* (1995): *Wirtschaftliche und rechtliche Anforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten für Pflegesätze in stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe nach § 93 Abs. 2 BSHG und §§ 82 ff. Pflegeversicherungsgesetz, Stufe II: Konkretisierung der methodischen und inhaltlichen Ausgestaltung, getrennt für den Behinderten- und Altenhilfebereich*, Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg, unveröffentlichtes Manuskript, Benediktbeuren, Dobel.
- Katz et al.* (1963): Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function, *JAMA*, 185, 12, 914-919.
- Klein, M.* (1988): *Diagnosis Related Groups: Das diagnosebezogene Abrechnungsmodell für stationäre Leistungen, Informationsverarbeitung im Gesundheitswesen*, Band 7, München.
- Klie, T. und U. Lörcher* (1994): *Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Altenpflege, Einführung, Modelle, Maßnahmen*, Heilbronn.

- Neubauer, G. und G. Sieben, (Hrsg.)* (1991). Alternative Entgeltverfahren in der Krankenhausversorgung, Beiträge zur Gesundheitsökonomie 24, Gerlingen.
- Pflegeversicherungsgesetz* (1994): Bundesgesetzbl. Teil 1, Nr.30.
- Schulin, B.* (1992): Die rechtliche Stellung geistig behinderter Menschen im Rehabilitationsrecht: Ein Rechtsgutachten, in: Neumann, V. u.a. (Hrsg.): Reform des Rehabilitationsrechts (Sozialgesetzbuch Band XI). Anforderungen aus der Sicht geistig behinderter Menschen, 83-157, Freiburg.
- Vigener, G.* (1997): Auswirkungen der BSHG-Reform auf das Pflegesatzwesen, NDV, 77, 3, 61-64.
- Verband Katholischer Einrichtungen für Lern- und Geistigbehinderte* (1993): Individueller Hilfebedarf von Personen mit Behinderungen, Deutscher Caritasverband (Hrsg.): Caritas '93, Jahrbuch des Deutschen Caritasverbandes.
- Weber-Sieb, J.* (1996): PERSYS: Grundlagen und Ergebnisse, Vortragsmanuskript zum Symposium Pflegeversicherung am 20.März 1996, Stuttgart.

7. Anhang

Behandlungspflege

Anus-*praeter*-Pflege
 Urostomapflege
 Trachealstomapflege
 Pflege bei künstlicher Ernährung
 Kathederwechsel
 Blasenspülung
 Injektion subcutan
 Injektion intramuskulär
 Pflege bei Infusionstherapie
 Absaugen im Nasen-, Rachenraum und bei Trachealkanüle

Medikamente

Richten und verabreichen
 Applikation von Augen- und Ohrentropfen
 Sauerstoffinhalation
 Ultraschallvernebler, Inhalation

Sonstige behandlungspflegerische Leistungen

Heilerziehungspflege

Verbandswechsel, Wundpflege
 Pflege bei Dekubitus
 Medizinische Einreibungen
 Medizinisches Teilbad
 Einlauf, Darmentleerung

Spezielle Krankenbeobachtungen

Temperatur
 Atmung
 Blutdruck
 Puls
 Blutzucker

Körperpflege

Morgentoilette
 Abendtoilette
 Baden/Duschen (Haare waschen im Bett)
 Bettwäschewechsel

Ernährung (auch künstliche Ernährung)

Vorbereiten, Servieren, Abräumen
 Direkte Hilfe bei der Nahrungsaufnahme
 Hilfe bei Flüssigkeitsaufnahme

Ausscheidung

Toilettengang, Toilettentraining
 Inkontinenzversorgung

Bewegung

Körpergerechtes Lagern
 Hilfe beim Fortbewegen
 Mobilisation, Aktivierung
 Aufstehen, Transfer
 Umkleiden (An- und Auskleiden)

Prophylaxen

Dekubitus
Kontrakturen
Sonstige

Individuelle Betreuung

Beziehungspflege

Hilfe zur Orientierung
Tagesstrukturierung
Kommunikation

Begleitung in der Einzugsphase
Beratung in persönlichen Angelegenheiten
Hilfe bei der Erledigung persönlicher Angelegenheiten
Bewohnerwäsche verteilen, einräumen und entsorgen
Hilfe zur Aufrechterhaltung und Förderung der sozialen Integration
Krisenintervention
Seelsorgerische, religiöse Begleitung etc.
Wohnumfeld in Ordnung halten und gestalten

Indirekte Leistungen

Organisationsaufgaben im direkten Zusammenhang mit Pflege

Übergabe
Pflegeplanung und -dokumentation
Neuaufnahmen
Besprechung mit Arzt und/oder Therapeuten

Mitarbeiter- und betriebsablaufbezogene Aufgaben

Dienstpläne erstellen und auswerten
Dienstbesprechungen
Anleitung, Unterweisung und Beurteilung von Mitarbeitern

Speisenversorgung

Wege- und Wartezeiten

Persönliche Verteilzeiten

Mögliche Ausgestaltung einer Hierarchie

Primärbeh.	Sekundärbeh.	Lebensphase	Arbeitsfähigkeit	Verbrauch
Geistige Behinderung	keine	Kleink./Vorsch.		a b c
		Schule		c d e f
		Erwerbsleben	Werkstatt	c d
			Arbeitsförderung	a b c d e f
		nimmt nicht teil	a b c e	
		Nacherwerbszeit	b c d	
	Körperliche Behinderung	Kleink./Vorsch.		c d e f
		Schule		a b c d e f
		Erwerbsleben	Werkstatt	b d e
			Arbeitsförderung	a b c
		nimmt nicht teil	d f g h	
		Nacherwerbszeit	a b c e g	
seelische Behinderung	Kleink./Vorsch.		a b d f	
	Schule		a b c g h i	
	Erwerbsleben	Werkstatt	a d e	
		Arbeitsförderung	d e f	
	nimmt nicht teil	a g f h		
	Nacherwerbszeit	a b d e h		
• • •				

