



## Bericht 2017-DSAS-97

19. Dezember 2017

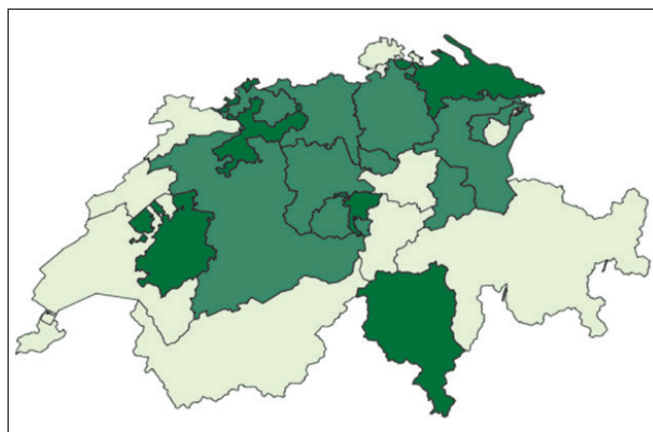
### des Staatsrats an den Grossen Rat zum Postulat 2015-GC-171 Marie-Christine Baechler/Marc-Antoine Gamba für eine bessere Anerkennung der Bedürfnisse in der palliativen und psychiatrischen Pflege sowie eine vernünftige Rückverfolgbarkeit der Pflege in den Pflegeheimen

Hiermit unterbreiten wir Ihnen einen Bericht in Erfüllung des Postulats von Grossrätin Marie-Christine Baechler und Grossrat Marc-Antoine Gamba. Mit diesem Postulat wurde der Staatsrat um einen Bericht im Zusammenhang mit den Problemen bei der Einführung des Bedarfsabklärungsinstrumentes RAI-NH (*Resident Assessment Instrument Nursing Home*) in den Pflegeheimen des Kantons gebeten. Die Grossrätin und der Grossrat verlangten einen Bericht, der sich insbesondere mit der Problematik der Berücksichtigung im RAI der besonderen Bedürfnisse von Personen, die palliative oder psychiatrische Pflege benötigen, sowie mit dem administrativen Aufwand im Zusammenhang mit den Beurteilungen anhand dieses Instruments befasst.

#### 1. RAI-NH

Die Einführung per 1. Januar 2012 des Instruments RAI-NH in den Pflegeheimen des Kantons Freiburg erfolgte aufgrund des Inkrafttretens des Bundesgesetzes vom 13. Juni 2008 über die Neuordnung der Pflegefinanzierung. Dieses fordert, dass die Pflegefinanzierung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung in den Pflegeheimen anhand eines 12-stufigen Systems erfolgt; im Kanton Freiburg beruhte dieses System bis Ende 2011 auf vier Stufen.

Das Instrument RAI-NH ist neben dem Instrument BESA das meist verbreitete Instrument in den Schweizer Pflegeheimen. 2015 wurden in der Schweiz 95 000 Pflegeheimbetten erfasst und die Bedürfnisse der Personen, die diese belegten, ermittelt: bei 40 000 mit RAI, 40 000 mit BESA und 15 000 mit Plaisir. Einzig die Kantone Genf, Neuenburg, Waadt und Jura benutzen auch heute noch das Instrument Plaisir, das in Kanada entwickelt wurde und für das keine deutsche Dokumentation existiert. Allerdings arbeitet der Kanton Waadt derzeit an der Einführung des Instruments InterRAI.



- Verwendung von RAI-NH in allen Pflegeheimen; die Pflegeheime sind dazu verpflichtet.
- Verwendung von RAI-NH oder BESA; Pflegeheime haben die freie Wahl.
- Verwendung von BESA (VS und deutschsprachige Kantone) oder PLAISIR (GE, JU, NE, VD); die Pflegeheime sind dazu verpflichtet.

Im Bericht des «Institut universitaire de médecine sociale et préventive» (IUMSP) und des «Service de gériatrie et réadaptation gériatrique» der Universität Lausanne aus dem Jahr 2012: «Le Resident Assessment Instrument (RAI) et autres instruments d'évaluation, d'orientation et de communication relatifs aux personnes âgées dans le réseau de soins»<sup>1</sup> steht, dass das Modul RAI-NH, genau wie die anderen RAI-Module, in einer standardisierten Gesamtbeurteilung der betagten Person besteht. Die so ermittelten Daten werden anhand von einer Software bearbeitet, welche die potentiellen Probleme ermittelt (Abklärungszusammenfassung), für die eine eingehendere Abklärung erforderlich ist, namentlich dank Abklärungshilfen. Dieses Vorgehen führt zu einer individuellen Pflegeplanung. Ausserdem wurden anhand der erhobenen Information Qualitätsindikatoren entwickelt.

<sup>1</sup> [https://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds191\\_fr.pdf](https://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds191_fr.pdf)

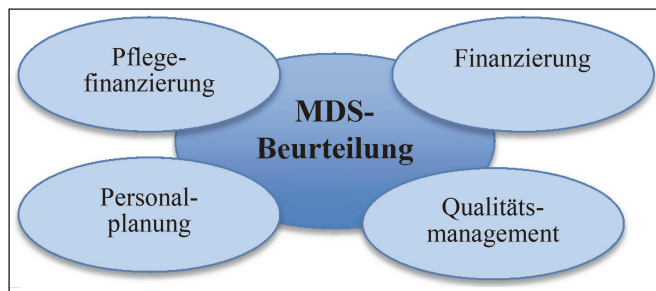
Das Modul RAI-NH umfasst:

- > ein Beurteilungsformular (MDS-Formular, MDS=Minimum Data Set);
- > eine Software (RAIsoft);
- > verschiedene Abklärungshilfen (*Clinical Assessment Protocols*).

Dank der Software RAIsoft können durch die elektronische Erfassung der Daten, die mittels MDS-Formular erhoben worden sind, eine Abklärungszusammenfassung und Skalen erstellt werden. Ausserdem ermöglicht RAI:

- > Pflegeplanung und Pflegemanagement;
- > Personalmanagement;
- > Einteilung der Bewohnerinnen und Bewohner in 36 Gruppen, so genannte Pflegeaufwandgruppen (RUGs=*Ressource Utilization Groups*), anhand derer die Finanzierung der erteilten Pflege bestimmt werden kann.

Entstanden ist das Beurteilungssystem RAI in den USA, infolge Inkrafttretens eines Gesetzes, das eine Verbesserung der Qualität der Langzeitpflege forderte. RAI wird heute auf allen Kontinenten und in zahlreichen Ländern verwendet.



RAI war nicht vorderhand als Instrument für die Finanzierung der Langzeitpflege gedacht; hauptsächlich sollte es die Planung und die Umsetzung von qualitativ hochstehenden Pflegeleistungen erleichtern. Bei den Beurteilungen mittels RAI erfassen die Fachpersonen nämlich eine Vielzahl an Informationen zur Person (Angaben zur Person, kognitive Fähigkeiten, kommunikative Fähigkeiten, Sehfähigkeit, Stimmungslage und Verhalten, psychosoziales Wohlbefinden, körperliche Funktionsfähigkeit, Kontinenz, Krankheitsdiagnosen, Gesundheitszustand, Ernährungsstatus, Mund-Zahnstatus, Zustand der Haut, Beschäftigungsmuster, Medikamente, spezielle Behandlungen). Die Berücksichtigung all dieser Angaben trägt zu einer professionelleren Handhabung der Pflege in den Pflegeheimen bei. Dies ermöglicht dem Personal eine differenzierte Einschätzung vorhandener Ressourcen und bestehender Beeinträchtigungen der Bewohnerinnen und Bewohner vorzunehmen und, darauf aufbauend, die erforderliche Pflege und Betreuung bedarfsgerecht zu planen. Darüber hinaus können die Bewohnerinnen und Bewohner sowie ihre Angehörigen in die Beurteilung miteinbezogen werden, wodurch sie sich an

der Organisation der Betreuung der Person beteiligen können; die Unabhängigkeit und die Lebensqualität der Personen haben dabei Priorität.

Somit kann bestätigt werden, dass die Verwendung des Instruments RAI-NH zur Verbesserung der Unabhängigkeit und der Lebensqualität der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner beiträgt. Im Bestreben, die Unabhängigkeit und die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner der Freiburger Pflegeheime zu verbessern, plant die Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD) jedoch noch weitere Massnahmen. Im Sinne des Entwurfs des Ausführungsreglements zum Gesetz über die sozialmedizinischen Leistungen (SmLR), das am 1. Januar 2018 in Kraft treten wird, müssen die Betreuungsleistungen, sprich: individuelle Leistungen, die zur Erhaltung und Entwicklung der physischen, psychischen, spirituellen und sozialen Fähigkeiten der Person beitragen, ausdrücklich zwischen dem Pflegeheim und der leistungsbeziehenden Person oder ihrer gesetzlichen Vertretung vereinbart werden. Art und Häufigkeit dieser Leistungen werden anhand von Zielen in Übereinstimmung mit dem Lebenslauf der Person bestimmt.

Das Modul RAI-NH, das heute in den Freiburger Pflegeheimen und in den anderen Kantonen benutzt wird, basiert auf der Version 2.0 des ursprünglichen Moduls des Instruments InterRAI, das für die Pflegeheime vorgesehen war. Dieses Modul wurde allerdings von der Q-Sys AG den helvetischen Besonderheiten angepasst, u.a. um den eidgenössischen Anforderungen im Zusammenhang mit der Pflegefinanzierung Rechnung zu tragen. Es wurde seit seiner Einführung in den Schweizer Pflegeheimen bereits mehrfach angepasst, sodass die Beurteilung der in den Pflegeheimen erbrachten Pflegeleistungen, die Zeit, die das Personal tatsächlich für die Pflege aufgewendet hat, und die Anforderungen nach Bundesgesetzgebung stets berücksichtigt wurden.

## 2. Umsetzung des Instruments RAI-NH in den Freiburger Pflegeheimen

Im Juli 2016 hat das Sozialvorsorgeamt (SVA) der GSD einen ersten Bericht über die Umsetzung von RAI in den Pflegeheimen des Kantons Freiburg nach dreijähriger Benutzung unterbreitet.

### 2.1. Positive Aspekte

Diesem Bericht zufolge wurde das Instrument RAI in den Pflegeheimen im Allgemeinen als ein Instrument betrachtet, das die verschiedenen Aufgaben im Zusammenhang mit der Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner angemessen beschreibt. Durch die Kodierung mittels MDS-Formular, die eine klare und qualitativ hochstehende Dokumentation erfordert, wurde die Pflege professioneller; dies bestätigen 46 von 49 Pflegeheimen.

Aus dem Bericht geht ebenfalls hervor, dass alle Pflegeheime Arbeitsinstrumente entwickelt haben, welche die Verwendung von RAI im Alltag erleichtern. Sie haben ihre Organisation so angepasst, dass eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung gewährleistet ist, und haben die Aufgaben der verschiedenen Fachpersonen in ihren Konzepten beschrieben. Der Bericht erwähnt ferner die Tatsache, dass in allen Pflegeheimen (mit einer Ausnahme) der Bestand an ausgebildetem Personal ausreichend ist. Das gesamte Personal, das namentlich den Auftrag hat, die Beobachtungen niederzuschreiben, wurde im Rahmen von internen Schulungen (durch Q-Sys AG oder eigenes Personal) und mithilfe von entsprechenden Instrumenten auf diese Aufgabe vorbereitet. Das Pflegeheimpersonal, das die Benutzung von RAI koordinieren und beaufsichtigen soll, hat genügend Sicherheit erlangt, um seinen Standpunkt bei den Kontrollbesuchen der Versicherer zu vertreten.

Im Bericht steht auch, dass die Daten aus RAI laut Angaben der Benutzerinnen und Benutzer von RAI klarer und präziser sind als die aus dem Freiburger Raster. Die Analyse der RAI-Beurteilungen liefert Informationen über die stetige Verbesserung der Pflegequalität und der Arbeitsorganisation.

Schliesslich lassen sich anhand der vierteljährlich zum/vom SVA exportierten Daten Statistiken erstellen und interkantonale Vergleiche vornehmen. Die Vergleiche auf nationaler Ebene können jedoch lediglich auf den Daten der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) abstützen, in der die kantonalen Besonderheiten (z. B. Kodierung in den Altersheimen) nicht enthalten sind; somit liefert sie leider Daten, die sich nur schwer vergleichen lassen.

## 2.2. Von den Pflegeheimen als problematische eingestufte Aspekte

Die Pflegeheime sind sich einig, dass der administrative Aufwand im Zusammenhang mit RAI grösser ist als mit dem Freiburger Raster. Auch der zeitliche Aufwand ist grösser. In den Pflegeheimen, die über mehrere Zimmer für Kurzaufenthalte verfügen, ist der Aufwand viel höher. Dies hat mehrere Gründe:

Zuallererst war das zuvor benutzte Freiburger Raster ein Beurteilungssystem mit 14 Bereichen, denen je nach Abhängigkeitsgrad der Bewohnerin oder des Bewohners 1 bis 6 Punkte zugeteilt werden mussten (14 bis 84 Punkte). Mit den vier Abhängigkeitsgraden liess das Freiburger Raster somit einen grossen Interpretationsspielraum bei der Beurteilung der Pflege- und Betreuungsstufe der Person zu. Sie entsprach jedoch nicht mehr der Bundesgesetzgebung über die neue Pflegefinanzierung. Eine umfassende Beurteilung mit RAI verlangt heute von den Pflegefachpersonen, dass sie 440 Fragen für 16 Bereiche beantworten.

Ein zweiter Aspekt, den es zu berücksichtigen gilt, ist, dass das Patientendossier der Bewohnerinnen und Bewohner Angaben enthält, die von der Pflegephilosophie des jeweiligen Pflegeheims abhängen. Diese Angaben müssen sich mit den Beobachtungen, die anhand von RAI gemacht wurden, decken. Die Dossiers mussten also angepasst werden, damit das Personal die erforderlichen Beobachtungen rasch wiederfinden und das MDS-Formular (Kodierung) entsprechend ausfüllen kann. Diese Anpassung hat viel Zeit und Aufwand erfordert. Zwar hat die Q-Sys AG ein elektronisches Patientendossier entwickelt, das sie den Pflegeheimen zur Verfügung stellt, jedoch arbeitete die Mehrheit der Pflegeheime des Kantons bereits mit vier verschiedenen elektronischen Dossiers. Eine koordinierte Anpassung dieser Dossiers war somit nicht möglich. Es ist Aufgabe der betreffenden Pflegeheime, sich entsprechend der gewählten Informatik-Lösung zusammenzuschliessen und mit den IT-Lieferanten eine passende Schnittstelle auszuhandeln.

Schliesslich ist die Qualität der Dokumentation sehr wichtig, um die Pflegestufe einer Person zu bestimmen; deswegen musste ein nicht unwesentlicher Teil des Personals geschult werden, um sicherzustellen, dass die sachdienlichen Beobachtungen für die Kodierung erfasst werden. Die RAI-Sprache ist jedoch sehr spezifisch und so stellt die Benutzung von RAI vor allem für das Hilfspflegepersonal eine neue und anspruchsvolle Aufgabe dar.

Die folgenden Elemente wurden von den Pflegeheimen ebenfalls als problematisch eingestuft:

- > Schwierigkeit, die Rehabilitations- und die P2d-Massnahmen (Massnahmen zur Beeinflussung der Stimmung, des Verhaltens oder der Demenzsymptome) zu dokumentieren;
- > zusätzliche Arbeit im Anschluss an die Beurteilung der Bewohnerinnen und Bewohner in physiotherapeutischer, ergotherapeutischer oder logopädischer Behandlung;
- > Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Organisation der verschiedenen Berufsgruppen, um einen Rund-um-die-Uhr-Betrieb zu garantieren;
- > als unzureichend eingestufte Dotation für die Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern mit tiefer Pflegestufe (RAI 1 und 2);
- > zu hohe Kosten für die von der Q-Sys AG organisierten RAI-Schulungen;
- > kompliziertere Handhabung der Dotationen aufgrund der 12 Pflegestufen.

## 2.3. Weitere Probleme im Zusammenhang mit RAI

Einige Bemerkungen der Pflegeheime haben zum Vorschein gebracht, dass es in bestimmten Fällen schwierig ist, die Daten, die bei den Beurteilungen mittels MDS-Formular erfasst wurden, in RUGs abzubilden:

- > Der Index für die Aktivitäten des alltäglichen Lebens (ADL) schliesst im MDS einige Aktivitäten aus, die für Personen mit Demenz von Bedeutung sind (z. B. waschen und ankleiden). Das MDS-Formular entspricht somit nicht ganz den Gegebenheiten des Pflegeheims (s. Punkt 3.1).
- > Die RAI-Beurteilung berücksichtigt die Pflege, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung finanziert wird. Diverse Leistungen, die ebenfalls notwendig sind, um die Qualität der Betreuung und das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner zu gewährleisten, können mit RAI nicht kodiert werden, weil diese nicht von den Krankenkassen übernommen werden. Dazu gehören:
  - Betreuung und Gespräche mit den Bewohnerinnen und Bewohnern und ihren Angehörigen in Krisensituationen;
  - Betreuung bei Terminen ausserhalb des Pflegeheims (Arztbesuche, Physiotherapie);
  - besondere Aufgaben im Zusammenhang mit psychiatrischen Erkrankungen und in Palliativsituationen sowie die Betreuung von Personen mit transitorischer Ischämie.
- > Die Berücksichtigung der P2d-Massnahmen, anwendbar auf Bewohnerinnen und Bewohner «mit kognitiver Beeinträchtigung» und «Verhaltensauffälligkeiten», ist nicht mehr aussagekräftig für Situationen, in denen die körperliche Abhängigkeit Überhand genommen hat.
- > Die Beurteilungen bei wesentlichen Veränderungen sollte dank der Übernahme von alten Daten vereinfacht werden.
- > Die P2d-Massnahmen und die Rehabilitation sind nicht kumulierbar, obwohl der damit verbundene Arbeitsaufwand tatsächlich kumuliert ist.
- > Die Pflege im Zusammenhang mit der Stomatherapie wird bei der Beurteilung der RAI-Stufen nicht beurteilt, obwohl sie sehr aufwendig ist.

### 3. Welche Massnahmen wurden getroffen, um die festgestellten Probleme zu beheben?

Die meisten Probleme, die von den Pflegeheimen angesprochen (s. Punkt 2) und im Bericht des SVA von 2016 behandelt wurden, haben sich von selbst gelöst, namentlich weil sich die Pflgeteams in den Pflegeheimen entsprechend umorganisiert haben und das Instrument RAI nun besser beherrschen.

Einige Probleme konnten dank verschiedener Massnahmen und Schritte behoben werden.

#### 3.1. Verwendung eines neuen MDS-Formulars

Seit der Einführung von RAI in den Freiburger Pflegeheimen wurde das MDS-Formular komplett überarbeitet. Die Version 2016 wurde um alle Punkte bereinigt, die sich in der

Praxis als irrelevant erwiesen haben. Die aktuelle Version enthält bereits die Qualitätsindikatoren, die vom Bund ab 2019 verlangt werden.

Das neue MDS-Formular 2016 erlaubt auch eine bessere Kodierung der neuro-psychiatrischen Symptome. Es entspricht somit teilweise den von den Pflegeheimen angesprochenen Kritikpunkten. Anhand der Fragen im neuen Formular kann auch die Anzahl Personen in einer Palliativ-Situation bestimmt werden. Mit diesem Vorgehen können die Kantone, die RAI-NH benutzen, analysieren, ob es angebracht wäre, in den Pflegeheimen für die Bezifferung des Pflegeaufwands im Zusammenhang mit Personen in einer Palliativ-Situation das Instrument RAI-PC (RAI *Palliative Care*) einzuführen. Des Weiteren sollte dieses Vorgehen die Gespräche mit den Versicherern und den Bundesbehörden bzgl. Einführung einer oder mehrerer zusätzlicher Pflegestufen in der Bundesgesetzgebung wieder ankurbeln, im Hinblick auf eine Berücksichtigung des Pflegeaufwands für diese Personen.

Schliesslich konnte dank des MDS-Formulars 2016 auch die Beobachtungsphase zur Beurteilung der Bewohnerinnen und Bewohner von 14 auf 7 Tage herabgesetzt werden, wodurch sich der administrative Aufwand des Pflegepersonals verringert hat.

#### 3.2. Neue Kalibrierung

Der Kanton Freiburg benutzt zwar immer noch dieselbe Version von RAI, allerdings werden die Pflegeminuten für die einzelnen RUGs seit dem 1. Januar 2017 anders berechnet (neue Kalibrierung). Durch die neue Kalibrierung ändert sich weder das MDS-Formular 2016 noch die Art, wie die Beobachtungen dokumentiert werden, jedoch können so die kognitiven Beeinträchtigungen der Personen besser berücksichtigt werden. Ausserdem teilt sie diesen eine zusätzliche Pflegestufe und somit eine neue Pflegepersonaldotation zu.

Der Entscheid für eine neue Kalibrierung von RAI-NH wurde infolge einer Analyse durch die Dachorganisation Curaviva und die Q-Sys AG in 49 Pflegeheimen des Kantons und auf Grundlage einer Stichprobe von 3100 Bewohnerinnen und Bewohnern getroffen (CURAtime-Analyse 2015). Neben dem Kanton Freiburg haben auch Solothurn und Basel-Stadt die neue Kalibrierung eingeführt. Dem ist indes hinzuzufügen, dass die Versicherer den Entscheid des Kantons Freiburg beim Bundesgericht angefochten haben.

#### 3.3. Empfehlungen im Zusammenhang mit der Dokumentation

Die CURAtime-Analyse 2015 hat auch gezeigt, dass der administrative Aufwand 16% der für die Beurteilungen mittels RAI aufgewendeten Zeit ausmacht. Dies ist teilweise darauf zurückzuführen, dass das Pflegepersonal dazu tendierte,

die verschiedenen erbrachten Leistungen zu grosszügig zu dokumentieren; dadurch wollte es die Rückverfolgbarkeit und die Finanzierung durch die Versicherer garantieren.

Diese Feststellung hat die Q-Sys AG dazu veranlasst, Empfehlungen zu erarbeiten, mit denen die Art und Weise, die Pflege zu dokumentieren, genau erläutert werden. Mit diesen Empfehlungen kann der administrative Aufwand des Pflegepersonals verringert werden.

Dies ändert nichts daran, dass die Einführung von 12 Pflegestufen auf Bundesebene sowie die Verbesserung der Pflegedokumentation dank RAI-NH (s. Punkt 2.1) für das Pflegepersonal effektiv mit einem Mehraufwand verbunden ist, verglichen mit dem Aufwand für das Freiburger Raster. Es sei jedoch daran erinnert, dass RAI diesen administrativen Aufwand bei der Berechnung der Pflegeminuten berücksichtigt.

### **3.4. Anpassung der Software RAISoft**

Um den administrativen Aufwand für das Pflegepersonal zu senken, hat die Q-Sys AG ausserdem im Juli 2015 die Software RAISoft angepasst. Durch diese Anpassung muss das Pflegepersonal bei einer deutlichen Änderung des Gesundheitszustands, die zu einer Verminderung der Pflege führt, keine neue Komplettbeurteilung der Bedürfnisse mehr vornehmen, sondern kann sich auf die letzte Beurteilung beziehen und nur noch die Punkte beurteilen, die für die neue Pflegestufe relevant sind (z. B. Arztbesuche, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie).

### **3.5. Schaffung einer interkantonalen Plattform**

Auf Anstoss des Kantons Freiburg ist im Herbst 2016 eine interkantonale Plattform aus Vertreterinnen und Vertretern der Verwaltungen der Kantone, in denen die Pflegeheime hauptsächlich oder ausschliesslich RAI benutzen, entstanden.

Diese Plattform soll ihren Mitgliedern namentlich die Möglichkeit geben, über die Meinungen der Benutzerinnen und Benutzer von RAI-NH zu sprechen und die Bedürfnisse im Hinblick auf eine allfällige Verbesserung des Instruments oder noch der dazugehörigen Schulungen zu thematisieren. Auch die Entwicklungen im Zusammenhang mit der Pflegefinanzierung und der Anwendung der einheitlichen Kriterien auf Bundesebene können besprochen werden.

### **3.6. Organisation von Arbeitssitzungen auf kantonaler Ebene**

Im Kanton Freiburg organisiert die RAI-Verantwortliche des SVA auf Anfrage der Pflegeheime und in Zusammenarbeit mit deren RAI-Verantwortlichen Arbeitssitzungen für die Benutzerinnen und Benutzer von RAI.

Die erste Sitzung fand im Herbst 2016 statt; Thema war die Analyse der Situationen von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Pflegestufe 1 und 2, also den Stufen, für die die Dokumentation als unzureichend befunden wurde, wenn die Person Anzeichen einer Depression oder Suchtprobleme aufweist. Bei dieser Sitzung konnte aufgezeigt werden, wie wichtig die Beobachtungen im Zusammenhang mit dem Verhalten und der Stimmung der Person sind; diese Beobachtungen erlauben es nämlich oft, die Person einer höheren Pflegestufe zuzuordnen.

## **4. Weitere Fragen der Grossrätin und des Grossrats**

Die wichtigsten Fragen aus dem Postulat von Marie-Christine Baechler und Marc-Antoine Gamba wurden in den vorangegangenen Erläuterungen aufgegriffen, einige bedürfen jedoch noch zusätzlicher Erklärungen.

### **4.1. Vergleichbarkeit RAI-NH und RAI-NH und Anforderungen in Bezug auf die schriftlichen Einträge**

Um den Informationstransfer zwischen den verschiedenen Pflegestätten zu verbessern, hat das Netzwerk interRAI ([www.interrai.org](http://www.interrai.org)) eine Anpassung der RAI-Module vorgenommen. In dieser neuen Version, der «interRAI 3.0 integrated suite», enthalten die rund 15 MDS-Formulare, die für die verschiedenen Pflegebereiche erstellt wurden, jeweils auch gemeinsame Abschnitte.

Das Instrument RAI-NH, das derzeit in der Schweiz verwendet wird, basiert auf der Version «interRAI 2.0», welche die Q-Sys AG auf die Kultur, die Bedürfnisse und die Gesetzgebung der Schweiz zugeschnitten hat. Diese Version, die zurzeit in rund 600 Pflegeheimen der Schweiz verwendet wird, zugunsten der Version «interRAI 3.0 integrated suite» aufzugeben, würde unverhältnismässige Kosten verursachen.

Darüber hinaus kommt die Version des Instruments, das aktuell in den Schweizer Pflegeheimen verwendet wird, dank bereits erfolgter oder laufender Anpassungen nah an die Version «interRAI 3.0» heran. Die Vergabe der InterRAI-Lizenz für die Schaffung eines nationalen Instruments ist an die Vorgabe geknüpft, dass sich dieses zu 95% mit dem Original-Instrument deckt. Tatsächlich arbeitet die Q-Sys AG derzeit an einem neuen MDS-Formular. Letzteres wird den Informationsaustausch zwischen den Diensten für Hilfe und Pflege zu Hause und den Pflegeheimen erleichtern, sobald Erstere das Instrument RAI-HC den Anforderungen des interRAI-Netzwerks angepasst haben.

In ihrem Postulat stellen sich Grossrätin Marie-Christine Baechler und Grossrat Marc-Antoine Gamba die Frage, ob es möglich ist, die Anforderungen in Bezug auf die schriftli-

chen Einträge von RAI-NH wieder auf das Level von RAI-HC herabzusetzen. Der vorgesehene Beobachtungszeitraum zur Festlegung des Pflegebedarfs der Personen, die zu Hause leben, beträgt drei Tage. Der RAI-HC-Beurteilungsfragebogen umfasst 244 Fragen und kann wenn nötig mit einem spezifischen RAI-Modul für die Haushaltshilfe ergänzt werden. Im RAI-NH dauert die Beobachtungszeit dank MDS 2016 nur noch sieben Tage; dieser Fragebogen zählt 440 Fragen. Diese Unterschiede sind darauf zurückzuführen, dass in den Pflegeheimen die Betreuung der Personen umfassend ist und sich auf 24 Stunden verteilt, wohingegen die Pflege zu Hause punktuell erteilt wird. Aus diesem Grund kann die Zahl der Fragen nicht herabgesetzt werden, auch nicht mit der neuen MDS-Version für das RAI-NH. Eine weitere Senkung der Zahl der Beobachtungstage soll 2018 im Rahmen eines Tests analysiert werden.

#### **4.2. Verminderung des Verwaltungsaufwands für Ärztinnen und Ärzte**

Entsprechend der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) und damit die Versicherer die Pflegekosten übernehmen, muss das Pflegeheim die Bedürfnisse der Person ermitteln und über eine ärztliche Verordnung verfügen.

Das RAI-Handbuch erklärt die Rolle der Ärztinnen und Ärzte im Beurteilungsprozess der Person. Sie müssen das MDS-Formular ein Mal pro Jahr unterzeichnen, um zu bestätigen, dass der Pflegebedarf der Bewohnerin oder des Bewohners richtig eingestuft wurde. Eine diesbezügliche Vereinfachung des Systems ist nicht vorgesehen.

#### **4.3. Transparenz zwischen den RAI-Items und den KLV-Leistungen**

Auf Grundlage der Antworten im MDS-Formular kann die beurteilte Person einer RUG zugeteilt werden. Die RUGs wurden anhand von statistischen Verfahren zur automatischen Klassifikation geschaffen und berücksichtigen die nach KLV finanzierten Leistungen. Für die Pflegeheime gibt es insgesamt 44 RUGs und jeder RUG wurde eine bestimmte Anzahl Pflegeminuten zugeteilt. Anhand dieser Pflegeminuten können die Personen im Hinblick auf eine Finanzierung durch die obligatorische Krankenversicherung, die ihrerseits auf Pflegeminuten verweist, entsprechend der 12 Pflegestufen nach Bundesgesetzgebung eingeteilt werden.

Die RUGs sind vergleichbar mit den DRGs in der Spitalpflege. Sie ermöglichen die Einteilung der Personen nach Bedürfnissen und die Einteilung in eine passende Pflegestufe.

#### **4.4. Wieviel haben die Pflegeheime für RAI-Schulungen ausgegeben?**

2014 machte der Betrag, den die Pflegeheime für die von der Q-Sys AG organisierten Schulungen ausgegeben haben, 10% des Gesamtbetrags für die Weiterbildung ihres Personals aus (2012 und 2013 waren es 15%). Zum Vergleich: 2014 betrugen die Ausgaben für Weiterbildungen in den Bereichen Psychogeriatric, *Palliative Care* sowie für CAS oder DAS 40% der Gesamtausgaben für Weiterbildungen.

Von 2011 bis 2015 blieben ferner 20% des Betrags, der für die Weiterbildung des Pflege- und Betreuungspersonals aller Pflegeheime bewilligt worden war, ungenutzt. Diese Zahlen zeigen, dass die RAI-Schulungen keinen Einfluss auf die Teilnahme des Pflege- und Betreuungspersonals an anderen Schulungen hatten.

Ein Vergleich mit den Preisen des Anbieters des Instruments BESA hat ergeben, dass die Preise der Q-Sys AG – egal ob für die Schulung des Personals oder für die Lizenzen und die Implementierung der Software – vergleichbar waren. Ähnliche Preise für vergleichbare Produkte also.

#### **5. Schluss**

Die Einführung per 1. Januar 2012 des Instruments RAI-NH in den Pflegeheimen des Kantons Freiburg erfolgte aufgrund des Inkrafttretens des Bundesgesetzes vom 13. Juni 2008 über die Neuordnung der Pflegefinanzierung. Dieses fordert namentlich, dass die Pflegefinanzierung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung in den Pflegeheimen anhand eines 12-stufigen Systems erfolgt; im Kanton Freiburg beruhte dieses System bis Ende 2011 auf vier Stufen.

Im Juli 2016 hat das SVA der GSD einen ersten Bericht über die Umsetzung von RAI in den Pflegeheimen des Kantons Freiburg nach dreijähriger Benutzung unterbreitet. Dieser Bericht zeigt auf, dass laut der grossen Mehrheit der Benutzerinnen und Benutzer die Pflege in den Freiburger Pflegeheimen durch RAI professioneller wurde, dies dank einer klaren und umfassenden Dokumentation. Bereits wurden Massnahmen zur Behebung verschiedener Mängel, die seit seiner Einführung festgestellt wurden, getroffen. Die Dienste und Ämter der GSD arbeiten gemeinsam mit den RAI-Verantwortlichen der Pflegeheime an einer kontinuierlichen Optimierung der Benutzung von RAI in den Pflegeheimen des Kantons Freiburg. Gleichzeitig arbeiten sie zusammen mit den Verwaltungen der anderen Kantone, deren Pflegeheime ebenfalls RAI benutzen, an der Verbesserung des Instruments.

Abschliessend lädt der Staatsrat den Grossen Rat ein, diesen Bericht zur Kenntnis zu nehmen.