

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Mindestanforderungen für Pflegebedarfserfassungssysteme

Schlussbericht
Zürich, 10. März 2017

Anna Vettori, Thomas von Stokar, Christoph Petry, Deborah Britt (iNFRAS)
Heidrun Gattinger, Dr. Susi Saxer (Institut für Angewandte Pflegewissenschaft
IPW-FHS)

Impressum

Mindestanforderungen für Pflegebedarfserfassungssysteme

Schlussbericht

Zürich, 10. März 2017

2979_PEBS_SB_170310_V2.docx

Auftraggeber

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Autorinnen und Autoren

Anna Vettori, Thomas von Stokar, Christoph Petry, Deborah Britt (INFRAS)

Heidrun Gattinger, Dr. Susi Saxer (Institut für Angewandte Pflegewissenschaft
IPW-FHS)

INFRAS, Binzstrasse 23, 8045 Zürich

Tel. +41 44 205 95 95

Begleitgruppe BAG

Vincent Koch, Christian Marti, Giovanni Cortesi, Therese Grolimund

Inhalt

Zusammenfassung	7
Ausgangslage, Ziel und Methodik	7
Ergebnisse	7
Vor- und Nachteile der Szenarien	11
Empfehlungen	12
1. Einleitung	13
1.1. Ausgangslage	13
1.2. Ziel und Fragestellungen	14
1.3. Methodisches Vorgehen	14
1.4. Aufbau des Berichts	16
2. Pflegebedarfserfassungssysteme	17
2.1. Gesetzliche Rahmenbedingungen	17
2.2. Pflegemesssysteme	17
2.3. Verbreitung in Schweizer Pflegeheimen	19
2.4. RAI/interRAI	19
2.4.1. Aufbau	20
2.4.2. InterRAI	22
2.4.3. Erweiterte Schweizer Version RAI-NH 2.0	22
2.4.4. Validierung	24
2.5. BESA	25
2.5.1. Aufbau des BESA Systems	25
2.5.2. Validierung/Anpassungen	29
2.6. PLAISIR	29
2.6.1. Aufbau	30
2.6.2. Validierung	33
2.7. Übersicht	34
2.8. Fazit	36
3. Bisherige Bestrebungen zur Vereinheitlichung	38
3.1. Problembeschreibung	38

3.1.1.	Unterschiedliche Einstufungen	38
3.1.2.	Analyse und Beurteilung aus Sicht der AutorInnen	39
3.2.	Projekt Nationale Steuergruppe Tarifstrukturen II	41
3.2.1.	Phase 1 Kalibrierung	42
3.2.2.	Phase 2 Harmonisierung	43
3.2.3.	Beurteilung aus Sicht der AutorInnen	44
3.3.	CURAtime	45
3.3.1.	Ergebnisse von CURAtime-Messungen in RAI-Heimen	45
3.3.2.	Ergebnisse von CURAtime-Messungen in BESA-Heimen	47
3.3.3.	Projekt Abbildung Pflegeaufwand in Palliative Care-Situationen von CURAVIVA Schweiz und GDK	48
3.3.4.	Beurteilung aus Sicht der AutorInnen	49
3.4.	Projekt Qualitätsindikatoren	50
3.4.1.	Projektstand	50
3.4.2.	Beurteilung aus Sicht der AutorInnen	51
4.	Mindestanforderungen	52
4.1.	Mögliche Mindestanforderungen	52
4.2.	Szenarien	57
4.3.	Weitere allgemeine Anforderungen	59
4.4.	Anpassungsfähigkeit der PBES	59
5.	Beurteilung	61
5.1.	Beantwortung der Untersuchungsfragen	61
5.2.	Vor- und Nachteile der Szenarien	65
5.3.	Empfehlungen	66
Annex		67
A)	Begriffsdefinitionen	67
B)	Pflegeprozess	68
C)	Pflegeklassifikationen	70
D)	Verortung der Pflegebedarfserfassungssysteme im Pflegeprozess	70
E)	Systemübersicht: Ergänzende Angaben	72
F)	Methode CURAtime	78
G)	Pflegefinanzierung	79
H)	Auslegeordnung Mindestanforderungen	80

l) Gesprächsleitfaden für Interviews	81
Abkürzungen	83
Literatur	85

Zusammenfassung

Ausgangslage, Ziel und Methodik

Wer heute in einem Pflegeheim untergebracht wird, erhält von der Krankenversicherung Beiträge an die Kosten der Pflegeleistungen. Der Beitrag bemisst sich nach dem Pflegeaufwand (in Minuten), der basierend auf einer Pflegebedarfsabklärung ermittelt wird. In der Schweiz sind drei Pflegebedarfserfassungssysteme (PBES) in Gebrauch: RAI/RUG, BESA und PLAISIR.¹ Aufgrund unterschiedlicher Systematiken kann es vorkommen, dass für dieselbe Patientensituation je nach PBES ein unterschiedlicher Pflegebedarf (in Minuten) veranschlagt wird. Dies hat zur Folge, dass die gleiche Person in einer anderen Pflegebedarfsstufe eingeteilt wird und daher vom Versicherer auch nicht denselben Beitrag an die Kosten der Leistungen ausbezahlt bekommt.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) INFRAS mit einer Studie beauftragt. Ziel der Studie ist es, geeignete Mindestanforderungen an die Systeme zu identifizieren, mit denen die Unterschiede bei der Einstufung zwischen den verschiedenen PBES eliminiert werden können. Als Basis für die Mindestanforderung ist eine Übersicht über die verschiedenen PBES und ihre Funktionsweise. Mögliche Mindestanforderungen sind herzuleiten und anhand von Szenarien zu beurteilen.

Die Analysen basieren hauptsächlich auf einer Auswertung von Handbüchern, Dokumenten und Literatur zu den PBES sowie auf 18 Gesprächen mit Leistungserbringern aus der Pflege, Pflegefachexperten und -expertinnen, Versicherern, kantonalen Gesundheitsbehörden und Systemanbietern.

Ergebnisse

Ausgehend von den obigen Analysen und Ausführungen lassen sich die Untersuchungsfragen wie folgt beantworten:

1. Minutenwerte werden je nach PBES grundlegend anders ermittelt

Gemeinsam ist allen drei Systemen, dass sie für die Einstufung gemäss KLV 7 den Pflegebedarf erfassen und den daraus resultierenden Pflegeaufwand ermitteln. Der Hauptunterschied der Systeme lässt sich wie folgt beschreiben:

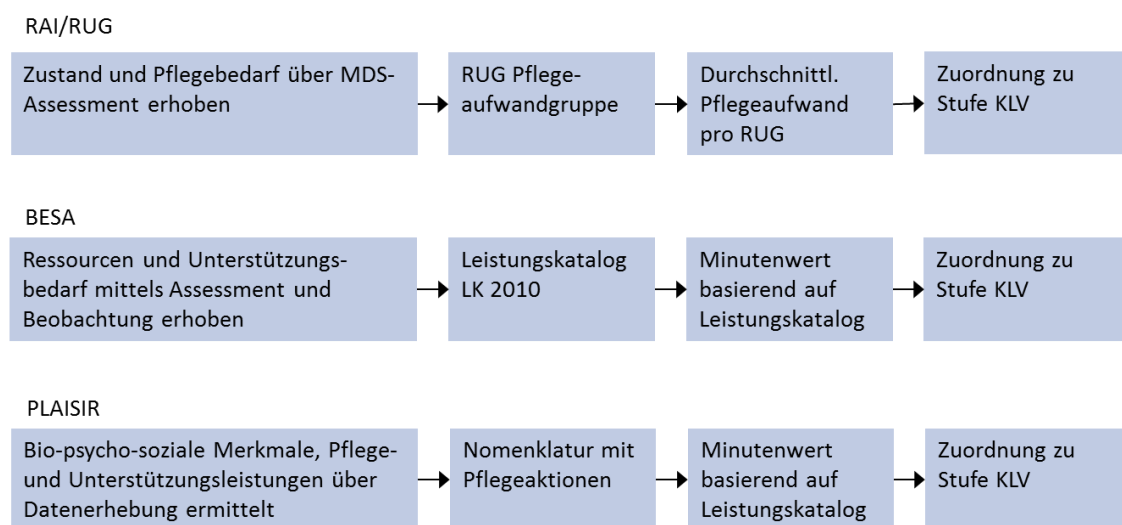
- RAI ordnet die pflegebedürftige Person einer Pflegeaufwandgruppe zu. Der Pflegeaufwandgruppe ist ein durchschnittlicher Pflegeaufwand hinterlegt. Die Pflegeaufwandgruppe (und

¹ RAI/RUG: Resident Assessment Instrument/ Resource Utilization Groups, BESA: Bedarfsklärungs- und Abrechnungs-System, PLAISIR: Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis. Siehe Kapitel 3.

damit auch die dieser Gruppe zugewiesene Person) wird sodann einer der zwölf KLV-Pflegebedarfsstufen zugeordnet.

- BESA und PLAISIR ermitteln über einen Leistungskatalog einen Minutenwert für den Pflegeaufwand. Dem Leistungskatalog sind Durchschnittsminuten hinterlegt. Anhand des Minutenwerts wird die Person einer der zwölf KLV-Pflegebedarfsstufen zugeordnet.

Abbildung 1: Funktionsweise (vereinfachte Darstellung)



Grafik INFRAS.

Weitere Unterschiede zeigen sich in Bezug auf die pflegewissenschaftliche Abstützung und die Qualitätsindikatoren.² Hier scheint vor allem PLAISIR Lücken aufzuweisen. Was die Transparenz betrifft, so sind bei allen drei Systemen die Informationen nur teilweise öffentlich zugänglich.

2. Mindestanforderungen leiten sich aus Ursachen für Abweichungen her

Ausgehend von der Funktionsweise und den bisherigen Bestrebungen zur Vereinheitlichung folgern wir, dass Unterschiede bei der Einstufung zwischen den verschiedenen PBES reduziert werden können, wenn es gelingt Soll- und Ist-Werte innerhalb der einzelnen PBES anzugleichen.³ Als Ursachen für diese Soll-Ist-Abweichungen sehen wir:

- Fehleinschätzung des Pflegebedarfs infolge ungenügender systematischer Bedarfsabklärung.
- Überholte Pflegeaufwendungen, weil pflegewissenschaftliche Erkenntnisse nicht nachvollzogen wurden.
- Veraltete hinterlegte Zeitwerte, weil keine aktuellen Zeitstudien durchgeführt wurden.

² Siehe Abschnitt 2.8.

³ Siehe Abschnitt: 3.3.4.

- Einsparungen bei der Qualität infolge mangelnder Qualitätsindikatoren.

Aus unserer Sicht sind für diese Angleichung folgende Szenarien denkbar:

- A) Der Bund gibt inhaltliche und methodische Mindestanforderungen vor, die die Qualität der PBES verbessern und die Abweichungen zwischen Soll- und Ist-Werten innerhalb eines PBES vermindern.
- B) Der Bund verpflichtet die Systemanbieter, die Streuung (Varianz) und mittlere Abweichungen zwischen Soll und Ist für jede Stufe innerhalb eines PBES in einem bestimmten Toleranzbereich zu halten.
- C) Ganz eliminiert werden die Abweichungen zwischen den Systemen logischerweise, wenn die Mindestanforderungen dazu führen, dass nur noch ein System eingesetzt wird, zum Beispiel, wenn der Bund vorgibt, dass ein PBES die Einstufung:
 - basierend auf einem Leistungskatalog oder
 - basierend auf einer Zuordnung zu einer Pflegeaufwandgruppe vornehmen muss.

Die folgende Tabelle zeigt, mit welchen Mindestanforderungen bestehende Abweichungen vermindert werden können:

Tabelle 1: Herleitung möglicher Mindestanforderungen

Ursachen für Abweichungen zwischen Soll- und Ist-Werten ⁴	Mindestanforderung
Fehleinschätzung des Pflegebedarfs	1. Systematische, valide und reliable Bedarfsabklärung
Überholte Pflegeaufwendungen/ Minutenwerte	2. Berücksichtigung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse, auch für Leistungskatalog und -qualität 3. Zeitstudien mit normiertem Leistungskatalog
Einsparungen bei der Qualität	4. Qualitätsindikatoren
Ungenügende Transparenz	5. Vollständige Transparenz

Tabelle INFRAS.

3. Bündel erlauben mehr oder weniger Vereinheitlichung

Ausgehend von den Stossrichtungen lassen sich vier Szenarien bilden, anhand derer gezeigt werden kann, wie sich die Mindestanforderungen auf die Vereinheitlichung auswirken. Die Szenarien unterscheiden sich in Bezug auf die Ausgestaltung der Mindestanforderungen und in Bezug auf das Ergebnis der Vereinheitlichung:

⁴ Siehe Abschnitt 3.3.4.

Tabelle 2: Szenarien

Szenario	Mindestanforderung
Szenario I: Methodische Vorgaben	<ol style="list-style-type: none"> 1. Systematische Bedarfsabklärung 2. Berücksichtigung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse 3. Zeitstudien 4. Qualitätsindikatoren 5. Vollständige Transparenz
Szenario II: Toleranzvorgaben für maximale Abweichung	6. Zusätzlich zu den Anforderungen gemäss Szenario I: Einhaltung eines Toleranzbereichs für maximale Abweichung zwischen Soll- und Ist-Werten innerhalb eines PBES
Szenario IIIa: Einstufungsmethodik über Leistungskatalog	7. Zusätzlich zu den Anforderungen gemäss Szenario I: Einstufung basierend auf einem Leistungskatalog
Szenario IIIb: Einstufungsmethode Aufwandgruppen	8. Zusätzlich zu den Anforderungen gemäss Szenario I: Einstufung basierend auf Zuordnung zu einer Pflegeaufwandgruppe

Tabelle INFRAS.

In Bezug auf die Vereinheitlichung erwarten wir folgende Entwicklung:

- Von Szenario I erwarten wir, dass die Abweichungen zwischen Soll- und Ist-Wert verringert werden können, bei RAI und BESA insbesondere gegenüber PLAISIR, aber auch zwischen BESA und RAI. Zentral für den Erfolg von Szenario 1 sind Zeitstudien.
- Mit dem Szenario II sollten sich die Abweichungen innerhalb eines PBES auf ein bestimmtes Mass reduzieren lassen. Die Mindestanforderungen gemäss Szenario I sind ebenfalls zu erfüllen.
- Mit Szenario IIIa sollten sich die Abweichungen reduzieren lassen, sofern gleichzeitig die Mindestanforderungen gemäss Szenario I vorgegeben werden.
- Mit Szenario IIIb sollte das Problem unterschiedlicher Einstufungen stark zurückgehen, weil nur noch RAI auf dem Markt verbleibt. Falls weitere Systeme in den Markt eintreten würden, wären die Auswirkungen mit Szenario IIIa vergleichbar, sofern gleichzeitig die Mindestanforderungen gemäss Szenario I vorgegeben werden.

4. Anpassungsfähigkeit

Keines der drei Systeme erfüllt heute schon alle Mindestanforderungen. Die Einführung von Mindestanforderungen würde deshalb von den Systemen gewisse Anpassungen voraussetzen. In der Vergangenheit haben zumindest BESA und RAI gezeigt, dass sie bereit sind Anpassungen vorzunehmen (bspw. bei den Qualitätsindikatoren). Bei BESA beurteilen wir die Anpassungsfähigkeit am höchsten, weil es ein Schweizer Instrument ist und nicht wie RAI und PLAISIR an eine ausländische/internationale Mutterorganisation gebunden ist. Bei RAI und PLAISIR könnte dieser Umstand evtl. Widerstand bei Transparenzvorgaben auslösen. Bei PLAISIR ist die Anpassungsfähigkeit aus unserer Sicht fraglich, da dieses System die Mindestanforderungen 1-5

heute am wenigsten erfüllt. Dass sich eines der drei PBES methodisch grundsätzlich anders ausrichten würde, erachten wir aus kommerziellen Überlegungen als wenig wahrscheinlich.

Vor- und Nachteile der Szenarien

Die Vor- und Nachteile der Szenarien, insbesondere in Bezug auf die Vereinheitlichung, werden wie folgt beurteilt:

Szenarien	Vorteile	Nachteile
Szenario I: Mindestanforderungen 1-5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relativ geringer Eingriff ▪ Freiheit der Systemwahl bleibt erhalten ▪ Wettbewerb unter Systemen, Spielraum für Innovation bleibt erhalten ▪ Relativ einfach umsetzbar ▪ Höhere politische Akzeptanz ▪ Abweichungen zwischen Soll und Ist je Stufe innerhalb eines PBES verringern sich 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abweichungen bleiben teilweise bestehen ▪ Unsicher, wie gross der Grad der Vereinheitlichung ist ▪ Stetige Überprüfung nötig ▪ Aufwand für Zeitstudien
Szenario II: Toleranzvorgabe für max. Abweichung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie Szenario I ▪ Abweichungen zwischen Soll und Ist je Stufe innerhalb eines PBES verringern sich <i>auf ein vorgegebenes Mass</i> ▪ Streuung (Varianz) der Ist-Werte innerhalb einer Bedarfsstufe verringert sich <i>auf ein vorgegebenes Mass</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abweichungen bleiben teilweise bestehen, aber in einem kontrollierten Rahmen ▪ Stetige Überprüfung nötig ▪ Aufwand für Zeitstudien und Monitoring
Szenario IIIa: Einstufung basierend auf einem Leistungskatalog	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vollständige (oder zumindest sehr gute) Vereinheitlichung ▪ Auf Schweiz zugeschnittenes System (bei BESA) ▪ Evtl. langfristige Effizienzgewinne (weniger Schulung, weniger Knowhow-Verlust bei Wechsel) ▪ Mehr Transparenz im Pflegeversorgungssystem 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evtl. nur noch ein Anbieter mit entsprechenden Abhängigkeiten, kein Wettbewerb, weniger Innovation ▪ Sehr hoher Wechsellaufwand für Pflegeheime mit alternativem PBES: Anschaffung eines neuen Systems, Schulung von Mitarbeitenden
Szenario IIIb: Einstufung basierend auf Zuordnung zu einer Pflegeaufwandgruppe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vollständige (oder zumindest sehr gute) Vereinheitlichung ▪ Internationale Verankerung ▪ Evtl. langfristige Effizienzgewinne (weniger Schulung, weniger Knowhow-Verlust bei Wechsel) ▪ Mehr Transparenz im Pflegeversorgungssystem 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vermutlich nur noch ein Anbieter (RAI), Abhängigkeiten, kein Wettbewerb, weniger Innovation ▪ Sehr hoher Wechsellaufwand für Pflegeheime mit alternativem PBES: Anschaffung eines neuen Systems, Schulung von Mitarbeitenden

Tabelle INFRAS.

Empfehlungen

Ausgehend von den vorangehenden Ausführungen denken wir, dass bei den Szenarien IIIa und IIIb der Grad der Vereinheitlichung am grössten wäre. Die Szenarien hätten auch langfristige Vorteile (vgl. oben). Der Wechselaufwand und der Widerstand bei Kantonen, Anbietern und Anwendern wäre allerdings gross. Wir empfehlen deshalb:

- In einem ersten Schritt ein Konzept für die Szenarien I und II zu entwerfen. Dazu sollte das BAG zusammen mit Stakeholdern, Expertinnen und Experten genau prüfen, wie sich die Szenarien umsetzen lassen, wie weit die Vereinheitlichung gehen kann und wie sich dies mit Zeitstudien etc. am besten bewerkstelligen liesse.
- Das angestrebte Vereinheitlichungsziel mit einem Monitoring zu überprüfen.
- Wenn sich bei der Umsetzung von Szenario I oder II zeigt, dass Widerstände bestehen und/oder der Grad der Vereinheitlichung ungenügend bleibt, empfehlen wir dem Bund, Szenario III umzusetzen (a oder b).

1. Einleitung

1.1. Ausgangslage

Wer heute in einem Pflegeheim untergebracht wird, erhält von der Krankenversicherung Beiträge an die Kosten der Pflegeleistungen. Der Beitrag bemisst sich nach dem Pflegeaufwand (in Minuten), der basierend auf einer Pflegebedarfsabklärung ermittelt wird. In der Schweiz sind drei Pflegebedarfserfassungssysteme (PBES) in Gebrauch: RAI/RUG, BESA und PLAISIR.⁵ Aufgrund unterschiedlicher Systematiken kann es vorkommen, dass für dieselbe Patientensituation je nach PBES ein unterschiedlicher Pflegebedarf (in Minuten) veranschlagt wird. Dies hat zur Folge, dass die gleiche Person in einer anderen Pflegebedarfsstufe eingeteilt wird und daher vom Versicherer auch nicht denselben Beitrag an die Kosten der Leistungen ausbezahlt bekommt.

Um diesen Mangel zu beheben, haben die involvierten Verbände und Behörden ein nationales Projekt Tarifstrukturen initiiert mit dem Ziel, dass der Pflegeaufwand unabhängig von den angewandten PBES gleichartig beurteilt, bemessen und ausgewiesen wird.⁶ In der Phase I wurde eine Kalibrierung der Systeme RAI und BESA durchgeführt. Mit Wirkung ab 1. Januar 2012 wurde den Kantonen von der Steuergruppe empfohlen, das Instrument RAI/RUG um 9 % anzuheben und beim BESA mit Leistungskatalog 2010 (LK2010) das Minutenresultat um 8.45% zu reduzieren.

Die Phase II (Harmonisierung) wurde im Mai 2012 gestartet und hatte zum Ziel, die drei Systeme nicht durch eine Resultatveränderung, sondern durch inhaltliche Adaptionen in eine Gleichwertigkeit (+/-5%) zu führen.⁷ Diese Harmonisierungsbemühungen sind Ende 2014 mit dem Ausstieg der GDK aus dem Projekt gescheitert. Daraufhin hat die Steuergruppe des Projektes am 16. März 2015 entschieden, das Projekt in dieser Form nicht durchzuführen und die Steuergruppe aufzulösen. Der Bundesrat bevorzugt aber weiterhin eine Harmonisierung gegenüber der Festlegung eines einheitlichen Systems im Gesetz.⁸ Letzteres würde von den Nutzenden der anderen Systeme grosse finanzielle, zeitliche und organisatorische Investitionen erfordern, die sich nach Ansicht des Bundesrates als problematisch erweisen könnten. Aus diesem Grund hat der Bundesrat das BAG beauftragt, Mindestanforderungen an die Systeme zu prüfen. Das BAG hat dazu ein externes Studienmandat vergeben.

⁵ RAI/RUG: Resident Assessment Instrument/ Resource Utilization Groups, BESA: Bedarfsklärungs- und Abrechnungs-System, PLAISIR: Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis. Siehe Kapitel 3.

⁶ Siehe BAG et al 2012.

⁷ <https://www.curaviva.ch/Fachinformationen/Themendossiers/Neue-Pflegefinanzierung/oMEyqgVH/PQBbv/>

⁸ Stellungnahme des Bundesrates vom 4.3.2016 auf die Interpellation 15.4224 Humbel vom 18.12.2015.

1.2. Ziel und Fragestellungen

Ziel der Studie ist es, Mindestanforderungen an PBES zu identifizieren. Damit sollen Unterschiede bei der Pflegebedarfseinstufung reduziert werden, so dass letztlich gleiche Leistungen gleich abgegolten werden. Die Freiheit zur Systemwahl soll grundsätzlich gewährleistet bleiben. Im Vordergrund der Untersuchung standen die folgenden Fragestellungen:

- Welche Mindestanforderungen an PBES für Pflegeheime sind sinnvoll und geeignet, eine Vereinheitlichung der PBES und insbesondere der von diesen erfassten Pflegeleistungen herbeizuführen? Dazu sind folgende Punkte zu erarbeiten:
 - Eine Übersicht der Funktionsweise und Inhalt der heute in der Schweiz verwendeten PBES und verwandter Systeme wie RAI International.
 - Eine Entwicklung und Diskussion (Vorteile, Nachteile, Beurteilung) von möglichen Mindestanforderungen an PBES.
- Wie können solche Mindestanforderungen zu kohärenten Bündeln zusammengefasst werden, welche sich in ihrer Strenge unterscheiden mit dem Ziel, eine teilweise oder komplette Vereinheitlichung der PBES heranzuführen? Die Vereinheitlichung soll die Dimensionen Kostengünstigkeit, Effizienz und Qualität abbilden.
- Welche Auswirkungen haben diese Bündel von Mindestanforderungen auf die drei heute verwendeten Pflegebedarfserfassungssysteme in Anbetracht von deren Funktionsweise und inwiefern können sie sich daran anpassen?

1.3. Methodisches Vorgehen

Die Fragestellungen wurden durch eine Literatur-/Dokumentenanalyse und eine qualitative Befragung der Akteure auf Fach-/Expertenebene bearbeitet. Die Auswirkungen von Mindestanforderungen auf die PBES wurden mit einer einfachen Szenarioanalyse abgeschätzt.

Tabelle 3: Eingesetzte Methoden

	Literatur-/ Dokumentenanalyse	Qualitative Befragung	Szenarioanalyse
Übersicht PBES	●	●	
Mindestanforderungen	●	●	
Auswirkungen auf PBES		●	●
Gesamtbeurteilung		Eigene Synthesearbeiten	

● Primäre Methode, ● ergänzende Methode.

Tabelle INFRAS.

Literatur-/Dokumentenanalyse

Die Literatur- und Dokumentenanalyse diente dazu, eine vergleichende Übersicht über die Systeme, ihre Systematik und Funktionsweise zu gewinnen. Ausgewertet wurden u.a.:

- Unterlagen von beteiligten Akteuren, u.a. von CURAVIVA, Avenir Suisse, Curafutura/Helsana, Kt. VD, GDK, BAG,
- Handbücher und ergänzende Unterlagen der Systemanbieter Q-Sys, BESA Care AG, CT PLAISIR bzw. EROS,
- Parlamentarische Vorstösse,
- Literatur und Studien zu den PBES und ihrer Problematik (siehe Literaturverzeichnis).

Qualitative Befragung

Mit der Befragung von Akteuren wurden folgende Informationen beschafft:

- Vorschläge für Mindestanforderungen,
- Vor-/Nachteile von Mindestanforderungen,
- Abstufung der Mindestanforderungen, mögliche Bündelung,
- Mögliche Auswirkungen auf die heute verwendeten PBES (RAI, BESA, PLAISIR), Hindernisse/Schwierigkeiten bei der Umsetzung,
- Hinweise auf Studien, Dokumente zum Thema sowie auf weitere Gesprächspartner für die Befragung.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die durchgeführten Interviews.

Tabelle 4: Interviewpartner in der Hauptbefragung

Akteurgruppe	Institution/Organisation
Leistungserbringer	Curaviva, Daniel Domeisen Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz senesuisse, Christian Streit
Pflegefachleute	SBK: Roswitha Koch
Versicherer	Tarifsuisse: Annette Messer Curafutura/Helsana: Annette Jamieson
Behörden	BAG: Therese Grolimund GDK: Stefan Leutwyler Preisüberwacher: Manuel Jung Kanton VD: Stéfanie Monod, Chantal Grandchamp Kanton AG: Felix Bader
Systemanbieter	Q-Sys AG (für RAI/RUG): Guido Bartelt BESA Care AG: Beat Stübi CT PLAISIR: Yves Grosclaude
Expertinnen und Experten	Felix Platter Spital: Christian Heering Avenir Suisse: Jérôme Cosandey

Akteurgruppe	Institution/Organisation
	Institut für Pflegewissenschaften Basel: Franziska Zùñiga (Expertin für RAI) Pflegezentren der Stadt Zürich: Heike Geschwindner MicroMED AG: Dr. Thomas Bächinger (Entwickler und Anbieter von CURAtime-Analysen)
Total Interviews	18

Tabelle INFRAS.

Die Interviews erfolgten anhand eines strukturierten Gesprächsleitfadens, der akteurspezifisch angepasst wurde. Die Interviews wurden teils telefonisch, teils persönlich durchgeführt, protokolliert und entlang der Fragestellungen ausgewertet.

Szenarioanalyse

Mit der Szenarioanalyse wurden die Auswirkungen der Mindestanforderungen anhand von 2-3 Szenarien in Bezug auf eine Vereinheitlichung aufgezeigt. Die Szenarien werden in Bezug auf die Ausgestaltung der Mindestanforderungen unterschieden.

1.4. Aufbau des Berichts

Um geeignete Mindestanforderungen bestimmen zu können, ist es wichtig die Funktionsweise der PBES und die Gründe zu verstehen, die zu einer unterschiedlichen Einstufung führen können. Wir beginnen deshalb mit einer Darstellung der Funktionsweise sowie der Gemeinsamkeiten und Unterschiede der drei PBES (Kapitel 2). Es folgen eine Übersicht über die bisherigen Bestrebungen zur Vereinheitlichung und eine Analyse der Gründe für die unterschiedliche Einstufung (Kapitel 3). In Kapitel 5 präsentieren wir mögliche Mindestanforderungen, die wir aus den Erkenntnissen der Analyse hergeleitet haben. Der Bericht schliesst mit einer Beurteilung der Untersuchungsfragen und einigen Empfehlungen zur Diskussion über die Mindestanforderungen.

2. Pflegebedarfserfassungssysteme

In diesem Kapitel folgt eine Übersicht über die in der Schweiz angewandten PBES. Ziel der Gegenüberstellung ist es, Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufzeigen zu können. Basierend auf den Unterschieden sollen dann Mindestanforderungen abgeleitet werden, um die Unterschiede bei der Einstufung zu reduzieren.

Die Angaben basieren im Wesentlichen auf Unterlagen zu den PBES und mündlichen Erläuterungen der Systemanbieter sowie der Experten und Expertinnen.

2.1. Gesetzliche Rahmenbedingungen

Die wesentlichen gesetzlichen Grundlagen für die Pflegeleistungen bilden das Krankenversicherungsgesetz (KVG) und die Krankenpflegeverordnung (KLV). Für die vorliegende Fragestellung relevant sind insbesondere die Bestimmungen bzgl. Bedarfsabklärung.

Als Pflegeleistungen gelten Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund der Bedarfsabklärung erbracht werden (Art. 7 Abs. 1 KVL). Leistungen in diesem Sinne sind (Art. 7 Abs. 2.a-c KLV):⁹

- Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination,
- Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung,
- Massnahmen der Grundpflege.

Die Bedarfsabklärung umfasst die Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin sowie die Abklärung des Umfeldes und des individuellen Pflege- und Hilfebedarfs (Art. 8 Abs. 2 KLV). Im Artikel 8 Absatz 3 wird festgehalten: „Die Bedarfsabklärung erfolgt aufgrund einheitlicher Kriterien. Ihr Ergebnis wird auf einem Formular festgehalten. Dort ist insbesondere der voraussichtliche Zeitbedarf anzugeben.“

2.2. Pflegemesssysteme

Wichtige Hilfsmittel im Pflegeprozess¹⁰ sind die Pflegemesssysteme. Dazu zählen Instrumente,¹¹ die der Quantifizierung pflegerischer Leistung dienen. Diese können in zustandsbezogene und handlungsbezogene Messverfahren unterteilt werden¹²:

⁹ Die Leistungen sind in Art.7 abschliessend festgehalten. In Art. 7 nicht aufgeführte Leistungen sind nicht KVG-pflichtig, wobei eine klare Abgrenzung fehlt.

¹⁰ Siehe Abschnitt B) Pflegeprozess im Anhang.

¹¹ Zu den Pflegemesssystemen zählen auch die Pflegeklassifikationssysteme, bspw. NANDA (siehe <http://www.nanda.org/>).

¹² Isfort & Weidner, 2001.

- Zustandsbezogene Pflegemessverfahren erfassen und beschreiben den Zustand der pflegebedürftigen Person. Ausgehend von diesem Zustand lassen sich Patientenklassifikationen ableiten, welche mit Kennzahlen, z.B. Minutenwerten, hinterlegt auch zur Abrechnung verwendet werden können. Dieses System ist mit dem Fallpauschalensystem (DRG) der Akutsomatik vergleichbar. Eine grundsätzliche Problematik zustandsbezogener Pflegemessverfahren ist deren normative Beurteilung anhand von quantifizierenden Tests und Skalen. Die Bedeutung für den Betroffenen, z.B. die Abhängigkeit bei der Toilettenbenutzung, wird in diesen funktionsorientierten Messverfahren nicht erhoben (Isfort 2001). Zu den zustandsbezogenen Pflegemessverfahren zählt bspw. das Resident Assessment Instrument – Nursing Homes (RAI-NH).¹³
- Handlungsbezogene Messverfahren erfassen die geleistete pflegerische Arbeit. Die erfassten Tätigkeiten können mit Zeitwerten hinterlegt werden. Diese Systeme sind mit der Erfassung von Einzelleistungen in der Medizin (z.B. TARMED) vergleichbar. Handlungsbezogene Messverfahren machen keine Aussage über die Qualität der geleisteten Arbeit. Die Art der Intervention bleibt also nur summarisch gezählt, nicht inhaltlich begründet oder geklärt (Bartholomeyczik 2000). Zu den handlungsbezogenen Pflegemessverfahren zählt bspw. die Methode LEP (Leistungserfassung in der Pflege), die in der Schweiz nahezu flächendeckend in Spitälern zur pflegerischen Leistungsdarstellung eingesetzt wird.

PBES existieren auch als Mischform zwischen zustands- und handlungsbezogenen Pflegemessverfahren. Dazu zählen insbesondere BESA und PLAISIR.¹⁴

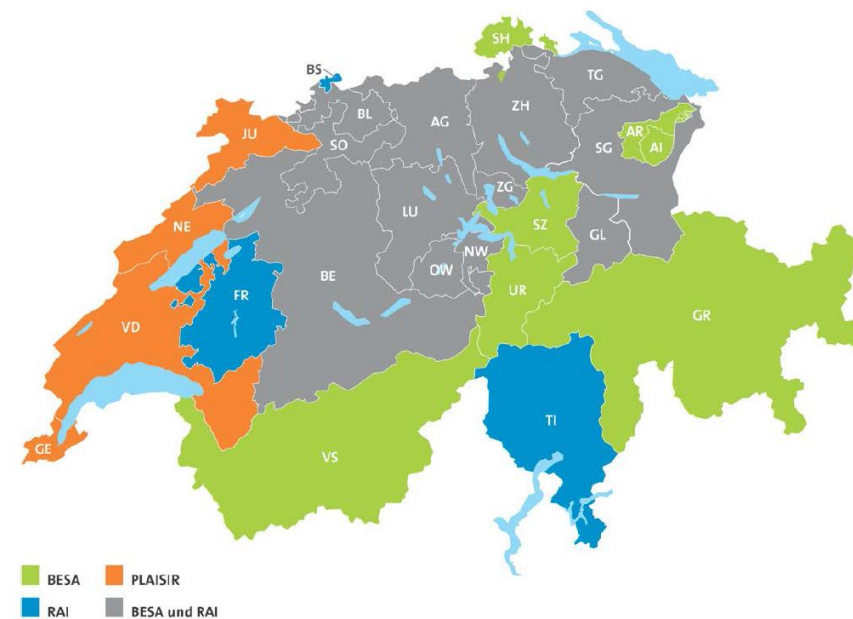
¹³ Siehe Abschnitt 2.4.

¹⁴ Siehe Abschnitte 2.5 und 2.6.

2.3. Verbreitung in Schweizer Pflegeheimen

Um den Pflegebedarf bzw. die Tarifeinstufung zu ermitteln, kommen in Schweizer Pflegeheimen drei Pflegebedarfserfassungssysteme zum Einsatz. Es sind dies: RAI/RUG, BESA oder PLAISIR.¹⁵ Während die Deutschschweizer Kantone und die Kantone Fribourg und Tessin BESA und/oder RAI einsetzen, verwenden die Westschweizer Kantone mehrheitlich PLAISIR.¹⁶

Abbildung 2: Anwendung der Pflegebedarfserfassungssysteme BESA, RAI und PLAISIR (Stand 2013)



Der Kt. VD plant zurzeit den Wechsel auf interRAI.

Abbildung Cassis (2013).

Alle Instrumente ermöglichen eine Einstufung des täglichen Pflegebedarfs nach der Krankenpflege-Leistungsverordnung in 12 Pflegebedarfsstufen. Nachfolgend werden die drei Systeme erklärt.

2.4. RAI/interRAI

Das Resident Assessment Instrument für Alters- und Pflegeheim (RAI Nursing Home, RAI-NH) wurde Ende der 1980er-Jahre in den USA entwickelt, um die Qualität in der stationären Langzeitpflege zu verbessern und die Leistungsabrechnung zu vereinheitlichen. Die Entwicklung er-

¹⁵ Neben diesen Pflegebedarfserfassungssystemen gibt es noch weitere Instrumente, die im Pflegeprozess eingesetzt werden. Ihre Hauptfunktion ist aber nicht die Tarifeinstufung, sondern bspw. die elektronische Patientendokumentation (ePA, LEP Nursing 3) oder die Pflegeklassifikation (NANDA, POP).

¹⁶ Zurzeit plant der Kanton VD einen Wechsel von PLAISIR auf interRAI (für interRAI siehe Abschnitt 2.4.2).

folgte durch ein interdisziplinäres Forscherkonsortium und Fachleute aus allen relevanten Disziplinen (Pfleger, Mediziner, Physio- Ergo- und Sprachtherapeutinnen, Sozialarbeiterinnen, Ernährungsspezialistinnen). Es wird in den USA in allen Pflegeinstitutionen angewandt, welche Leistungen für die nationalen Sozialversicherungssysteme erbringen. Das RAI-NH bildet die Grundlage sowohl für das im interRAI weiterentwickelte Long-Term Care Facilities (LTCF) Assessment-System¹⁷ als auch für die adaptierte Schweizer Version des RAI-NH¹⁸.

2.4.1. Aufbau

Kernstück des RAI-NH ist ein pflegerisch-geriatriisches Assessment, das Minimum Data Set (MDS). Das MDS erfasst Daten zu 18 Bereichen (kognitive Fähigkeiten, Sehfähigkeit etc.).¹⁹ Im MDS sind verschiedene Skalen (z.B. Schmerzskala, Cognitive Performance Scale) integriert. Die MDS-Daten dienen als Basis für alle weiteren Funktionen des Instrumentes, wie die Zuteilung in die Pflegeaufwandgruppen oder die Darstellung von Qualitätskennzahlen.

Tabelle 5: MDS (Auszug)

BEREICH H: KONTINENZ IN DEN LETZTEN 7 TAGEN

1.	KATEGORIEN DER KONTINENZ / SELBSTKONTROLLE	Zustand während 24 Stunden berücksichtigen.		
		a. Darmkontinenz – Kontrolle des Darmes auch mit Stoma oder Stuhlkontinenzprogramm		
		0. KONTINENT	vollständige Kontrolle	
		1. MEIST KONTINENT	inkontinent weniger als 1x wöchentlich	
		2. GELEGENTLICH INKONTINENT	1x wöchentlich	
		3. HÄUFIG INKONTINENT	2-3x wöchentlich	
		4. INKONTINENT	immer / fast immer	
		b. Blasenkontinenz – Kontrolle der Blase, auch mit Hilfsmitteln (z.B. Katheter)		
		0. KONTINENT	vollständige Kontrolle	
		1. MEIST KONTINENT	inkontinent höchstens 1x wöchentlich	
		2. GELEGENTLICH INKONTINENT	2- oder mehrmals wöchentlich; aber nicht täglich	
		3. HÄUFIG INKONTINENT	täglich, Restkontrolle vorhanden (z.B. tagsüber)	
		4. INKONTINENT	immer, keine Kontrolle	

Quelle: Q-Sys 2016b.

Das Pflegeaufwandgruppen-System (RUGs, Resource Utilization Groups) wurde ergänzend zum MDS entwickelt und beschreibt bestimmte Charakteristika von Pflegeheimbewohnenden und

¹⁷ Siehe Abschnitt 2.4.2.

¹⁸ Siehe Abschnitt 2.4.3.

¹⁹ Siehe Abschnitt Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. im Anhang.

den damit verbundenen Pflegeaufwand. Für die Bildung der RUG-Gruppen wurden vor allem Kriterien berücksichtigt, die sich als besonders aufwandrelevant erwiesen haben. Sie sollen eine hohe Zuverlässigkeit (Reliabilität) bei der Kodierung gewährleisten und möglichst wenig Anreize zur Mengenausdehnung beinhalten.²⁰

Nach verschiedenen Vorläufersystemen (RUG II, RUG T18) wurde das RUG III mit sieben Haupt- und 44 Untergruppen entwickelt. Dieses umfasst sieben Pflegeaufwand-Hauptgruppen:

- (1) Rehabilitation,
- (2) Extensive Behandlungspflege,
- (3) Spezielle Pflege,
- (4) Klinisch komplex,
- (5) Kognitive Beeinträchtigung,
- (6) Verhaltensprobleme und
- (7) Psychische Funktion reduziert.

Die Einteilung zu einer der 44 Untergruppen erfolgt basierend auf dem MDS in 3 Schritten:

1. Zuteilung zu einer der sieben Hauptgruppen,
2. Zuteilung zu einer Untergruppe basierend auf dem Activities of Daily Living (ADL)-Index (Bewegung im Bett, Transfer, Gehen und Fortbewegung, An- und Auskleiden, Essen/Trinken, Toilettenbenutzung, persönliche Hygiene) und
3. basierend auf spezifischen Bedürfnissen, wie z.B. Bewohnende mit einer Depression, Rehabilitationsbedarf in den Gruppen 5, 6 und 7.²¹

RUG III wurde in einer Studie mit 7658 Pflegeheimbewohnenden aus sieben US-Bundesstaaten validiert. Es zeigte sich, dass durch das Pflegeaufwandgruppen-System RUG III 41.2% der Varianz der Pflegekosten pro Tag erklärt sind.²² Validierungsstudien wurden auch in anderen Ländern gemacht und eine Übersichtsstudie von Carpenter et al. (1997) zeigt, dass sich das RUG III System länderübergreifend robust verhält.

Die im RAI-MDS integrierten Skalen wurden in mehreren Studien mit bestehenden Instrumenten verglichen und zeigten übereinstimmende Charakteristika.²³

Die Interrater-Reliabilität wurde für das gesamte MDS, wie auch für einzelne Bereiche (z.B. Bereich H Blasenkontinenz, Bereich E Stimmung und Verhalten) überprüft. Die Ergebnisse zeigen, dass die Reliabilität mittel bis sehr gut ist.²⁴

²⁰ Bartelt/Anliker 2016.

²¹ Clauser & Fries 1992, Fries 1994.

²² Fries et al. 1994.

²³ Hutchinson et al. 2010, Poss et al. 2008.

²⁴ Gattinger, Ott & Saxer, 2014.

2.4.2. InterRAI

InterRAI ist ein internationales Konsortium aus Forscherinnen und Forschern sowie Fachleuten aus über 30 Ländern, das Instrumente für verschiedene Zielgruppen entwickelt. Zur Instrumentenfamilie gehören neben RAI-NH, u.a. RAI-Home Care, RAI-Mental Health, RAI-Palliative Care. RAI-NH wird bei interRAI als LTCF (Long-term Care Facilities) Assessment System bezeichnet.

Die Verwendung von RAI Instrumenten wird von interRAI koordiniert. InterRAI vergibt Lizenzen, koordiniert Initiativen und führt Forschungsprojekte auf der Basis von RAI-Daten durch. Im Jahr 2005 gab interRAI eine sogenannte *integrated suite* heraus: Diese enthält ein *core set* von Items, das in die verschiedenen RAI Instrumenten integriert wurde, um damit eine Vergleichbarkeit zwischen den verschiedenen Settings zu ermöglichen.²⁵

Das interRAI LTCF kommt in Pflegeinstitutionen in Kanada, Europa (Belgien, England, Finnland, Deutschland, Island, Italien, Niederlande, Norwegen, Spanien, Schweden und Schweiz), in Asien (Hong Kong, Korea und Japan) und in Australien und Neuseeland zur Anwendung.²⁶ Seit 1996 gibt es eine deutsche Version, die an die Gegebenheiten der Versorgungssysteme in Deutschland angepasst wurde.²⁷

Zurzeit plant der Kanton VD einen Wechsel vom System PLAISIR (siehe Abschnitt 2.6) auf das System interRAI. Hauptgrund für den Systemwechsel ist nach Angaben der zuständigen Behörden im Kanton VD die Forderung nach einem einheitlichen Evaluationssystem, das für alle Sektoren – Spitäler, Spitex, Pflegeheime – anwendbar ist. Dadurch soll in erster Linie die Qualität der Versorgung verbessert werden. Die Finanzierung ist gemäss den befragten zuständigen Personen zweitrangig. Die Wahl fiel auf interRAI, weil es kompatibel mit RAI-Homecare sei. Ausserdem sei interRAI ein klinisches Instrument, das der Pflegeplanung und der Qualitätssicherung diene.

2.4.3. Erweiterte Schweizer Version RAI-NH 2.0

In der Schweiz hält die Firma Q-Sys eine Lizenz für das RAI-LTCF. Q-Sys hat daraus eine erweiterte Schweizer Version RAI-NH 2.0 entwickelt,²⁸ die in rund 550 Alters- und Pflegeheimen zum Einsatz kommt (Stand 2016).²⁹ Es liegt auch eine französisch- und italienischsprachige Version vor. Die in der Schweiz eingesetzte Version ist als «RAI für Alters- und Pflegeheime (RAI-NH) 2.0, übersetzte und erweiterte Schweizer Version von interRAI LTCF Assessment» gekennzeichnet.³⁰ Wo nicht anders erwähnt, ist in der Folge mit RAI-NH immer diese Version gemeint.

²⁵ www.interrai.org

²⁶ www.interrai.org

²⁷ Garms-Homolová & Morris, 2000.

²⁸ 2.0 bezieht sich auf die verwendende MDS Version.

²⁹ Q-Sys AG 2016, BFS 2016.

³⁰

Das von Q-Sys angebotene RAI-NH-System hat basierend auf dem MDS vier Hauptfunktionen:

- Pflegeplanung,
- Tarife/Finanzierung,
- Ressourcenmanagement und
- Qualitätsmanagement.

Funktionsweise

Mithilfe des MDS wird der Zustand der pflegebedürftigen Person dokumentiert. Aufgrund dieser Daten werden die Bewohnenden durch die RAI-Software des Moduls «Tarife/Finanzierung» einer Pflegeaufwandgruppe (RUGs) zugeteilt. Diese Zuteilung basiert auf dem Algorithmus des amerikanischen RUG III-Systems³¹:

- (1) Zuteilung zu einer Hauptgruppe,
- (2) Zuteilung in eine Untergruppe aufgrund des ADL-Indexes und
- (3) aufgrund von weiteren Merkmalen wie speziellen Bedürfnissen (bspw. kognitive Einschränkungen, depressive Symptome) und rehabilitative Massnahmen.³²

RAI-NH verwendet in der Schweiz 36 RUG-Gruppen. Diese umfassen 35 Original-Pflegeaufwandgruppen des RUG III-Systems und eine neue Gruppe (PA0) zur Differenzierung der wenig pflegebedürftigen Bewohnenden. In Abweichung zu den 44 in den USA verwendeten Gruppen wurden die Reha-Gruppen „very high / high“ gestrichen.³³

Jede Pflegeaufwandgruppe ist mit einem Index hinterlegt (für die Schweizer RAI-NH 2.0-Version als CH-Index bezeichnet). Der CH-Index wurde basierend auf einer Zeitstudie entwickelt und wird am Mittelwert der durchschnittlichen Pflegezeit über alle Pflegeaufwandgruppen geeicht.³⁴ Dieser Mittelwert beträgt 1 und entspricht einer durchschnittlichen direkten KLV-pflichtigen Pflegezeit von 114.6 Minuten pro Tag.³⁵ Jede Pflegeaufwandgruppe wird mit dem entsprechenden CH-Index multipliziert. Der daraus entstehende Minutenwert dient der Zuweisung der pflegebedürftigen Person in eine Pflegebedarfsstufe gemäss KLV Art. 7a Abs. 3. In nachfolgender Tabelle ist der Mechanismus beispielhaft an vier RUG Gruppen dargestellt.

In den Jahren 2007, 2014 und 2016 ist jeweils ein neues Handbuch erschienen. In der Einleitung werden jeweils die Änderungen gegenüber der Vorversion aufgeführt. Im neuen Handbuch von 2016 bspw. ist angegeben, dass Items aus der integrated suite in das MDS aufgenommen wurden.

³¹ Clauser & Fries 1992.

³² Fries et al. 1994.

³³ In den USA dienen diese Gruppe v.a. auch der Physiotherapie Abrechnung. Für die Schweiz waren die zeitlichen Rehabilitationsanforderungen zu hoch.

³⁴ Dazu wurde der durchschnittliche Pflegeaufwand von allen in die Zeitstudie einbezogenen Bewohnenden ermittelt. Dieser Wert entspricht dem durchschnittlichen Pflegeaufwand über alle Gruppen und wird Basisminutenwert genannt. Gleichzeitig wurde der durchschnittliche Pflegeaufwand für jede einzelne RUG-Gruppe anhand der in diese RUG-Gruppe eingestuften Bewohnenden ermittelt. Dieser Wert im Verhältnis zum Basisminutenwert ergibt den CH-Index.

³⁵ Anliker et al. 2016

Tabelle 6: Ermittlung der Pflegebedarfsstufe mit RAI-NH 2.0 mit CH-Index unter Berücksichtigung der Kalibrierungslösung vom 1.1.2012

RUG Gruppe	CH-Index		Basisminutenwert*		KLV-Pflege- minuten	Pflegebedarfs- stufe
IB2	1.113	x	114.6	=	127.5	7
BA2	0.605	x	114.6	=	69.3	4
PD2	1.229	x	114.6	=	140.8	8
PA1	0.332	x	114.6	=	38.0	2

*Kalibrierungslösung vom 1.1.2012, CH-Index 1=114.6 Minuten.

Tabelle INFRAS/IPW. Quelle: Q-Sys.

Die Einstufung der Bewohnenden erfolgt bei Eintritt und dann in einem sechsmonatigen Rhythmus. Gibt es eine signifikante Änderung des Gesundheitszustandes wird eine ausserordentliche Erhebung vorgenommen. Signifikant ist eine Änderung dann, wenn der/die Bewohnende voraussichtlich einer anderen Pflegeaufwandgruppe zugeteilt würde.

Mit Hilfe der MDS-Daten lassen sich zudem verschiedene Qualitätsindikatoren bilden, z.B. Prävalenz von Stürzen, Prävalenz von Bewohnenden mit neun oder mehr Medikamenten, Prävalenz von Druckulzera etc.³⁶

Institutionen, die sich für die Anwendung des RAI-NH-Systems entscheiden, werden im Rahmen einer RAI-Grundschulung (RAI-Einführungskurs, RAI-Vertiefungskurs, RAI-Umsetzungskurs) auf die RAI-NH Anwendung vorbereitet. Für die MDS-Beurteilung (MDS-Koordinatorinnen) und für die korrekte Anwendung des RAI-Systems (MDS-Supervisorinnen) müssen die verantwortlichen Personen periodische RAI-Update Schulungen (z.B. Training der Kodiersicherheit) absolvieren.³⁷

2.4.4. Validierung

Um die RUG-Gruppen mit schweizerischen Daten (Minuten) unterlegen zu können, führt RAI Zeitstudien durch. Die erste Überprüfung der RUGs mit schweizerischen Daten erfolgte in den Jahren 1999 bis 2002 und diente der Überprüfung der schweizerischen RUG-Indizes und der Validierung des Pflegeaufwandgruppensystems.³⁸ Hierfür wurde eine Zeitstudie mit 1465 Bewohnenden in 14 Pflegeheimen aus fünf Kantonen durchgeführt. Für die empirische Messung der Zeiten im Feld (Zeitstudien) wurde ein Tätigkeitskatalog entwickelt, anhand dessen KLV-pflichtige und Nicht-KLV-pflichtige Tätigkeiten erfasst wurden.³⁹

³⁶ <http://www.qsys.ch/index.htm?products/rai/rai.htm>

³⁷ Anliker et al. 2016

³⁸ Bartelt, Anliker & Staudenmaier, 2004.

³⁹ Bartelt, Anliker & Staudenmaier, 2004, S.7.

Die Resultate der Studie zeigten folgende Verteilung der Pflegezeit pro Bewohner/Bewohnerin pro Tag: 61.1% KLV-pflichtige Leistungen und 38.9% nicht KLV-pflichtige Leistungen. Die Varianzanalyse zeigte, dass das angepasste Schweizerische Pflegeaufwandgruppen-System 64.8 % der Varianz der Pflegezeiten pro Tag erklärt.⁴⁰ Basierend auf dieser Studie wurde der CH-Index 1= 105 Minuten definiert (entspricht einer durchschnittlichen direkten KLV-pflichtigen Pflegezeit von 105 Minuten pro Tag).

Anpassungen erfolgten sodann basierend auf den Projekten Tarifstrukturen II⁴¹ und Curatime⁴².

2.5. BESA

Das 1996 von CURAVIVA entwickelte System BESA wurde als Bedarfserfassungs- und Abrechnungssystem für Schweizer Pflegeheime entwickelt. Das damalige Leistungsmodul wurde nachträglich erweitert und dient heute zur Ressourcenabklärung, Zielvereinbarung, Leistungsverrechnung und Qualitätsförderung. Das System wird von der BESA Care AG vertrieben (selbstständige Tochterfirma von CURAVIVA). Das Gesamtsystem ist in Deutsch und Französisch erhältlich, das Modul Leistungen zusätzlich in Italienisch. Heute arbeiten in der Schweiz ca. 750 Heime mit BESA (inkl. BESA LK2010). Ca. 30-40 Heime arbeiten gemäss SOMED Statistik noch mit dem Leistungskatalog (LK) 2005 (diese sind keine Kunden von BESA Care AG). Ausserdem wird das BESA System in Pflegeheimen in Vorarlberg (Österreich) eingesetzt.

2.5.1. Aufbau des BESA Systems

BESA stellt die Autonomie der Pflegeheimbewohnenden ins Zentrum und verfolgt einen Paradigmawechsel von einer Defizit- zu einer Ressourcenoptik. Das System besteht aus den drei Modulen:⁴³

- Ressourcen,
- Qualität und
- Leistungen.

Modul Ressourcen

Das Modul Ressourcen dient der systematischen Klärung der vorhandenen Ressourcen der Bewohnenden und bildet die zentrale Informationsgrundlage für die Pflegeplanung. Die konzeptionelle Basis des Moduls Ressourcen bilden das Ressourcentransaktionsmodell von Hornung

⁴⁰ Bartelt, Anliker & Staudenmaier, 2004.

⁴¹ Siehe Abschnitt 3.2.

⁴² Siehe Abschnitt 3.3.

⁴³ BESA Care AG 2013.

und Gutscher, das bio-psychoziale Modell des ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) und das ATL-Modell (Aktivitäten des täglichen Lebens).⁴⁴

Das Modul besteht aus den Prozessschritten „Bedarfsabklärung“ und „Zielvereinbarung“. Die Bedarfsabklärung besteht aus den folgenden vier Instrumenten:

- Eintrittsgespräch: Fragebogen mit 12 Fragen zu Gewohnheiten, Wünschen und Selbstbestimmung, die langfristig von Bedeutung sind.
- Assessment: Erhebung der aktuellen Lebens- und Ressourcensituation aus der Sicht der Bewohnenden.
- Beobachtung: Erhebung der aktuellen Lebens- und Ressourcensituation aus der Sicht der Pflegenden.
- Abklärungshilfen: Je nach Ergebnis der Beobachtung werden vom System einzelne Abklärungshilfen empfohlen. Sie dienen dazu eine vertiefte Information über identifizierte Problembereiche zu erlangen.

Die Zielvereinbarung besteht aus zwei Instrumenten:

- Zielvereinbarung: Hier werden im Gespräch gemeinsam vereinbarte Pflegeziele dokumentiert.
- Zielfestsetzung: Ist die Bewohnerin/der Bewohner aus psychischen und/oder kognitiven Gründen nicht in der Lage, sich an der Zielvereinbarung zu beteiligen, legt die verantwortliche Pflegefachperson die Ziele fest.

Modul Qualität

Das Modul «Qualität» bietet folgende Informationen:

- Managementinformationen: Angaben über Erhebungsplanung und -kontrolle. Signalisierung gefährdeter Bewohnender (Risikogruppen) und die Anwendung der Abklärungshilfen (empfohlene und eingesetzte).
- Statistische Informationen: z.B. Verlaufsdarstellungen zu Ressourcenindex, Tarifstufen und Pflegeminuten, Informationen zum Casemix.
- Qualitätskennziffern: zur Beurteilung der Pflegequalität (z.B. Sturz, Dekubitus, Mangel- bzw. Fehlernährung, Autonomiestand und Autonomieerhaltung).

⁴⁴ BESA Care 2013.

Das Qualitätsmodul dient insbesondere auch dazu, die vom Bund geforderten Qualitätsindikatoren ans Bundesamt für Statistik (BFS) aufzubereiten. Ohne das Qualitätsmodul ist dies gemäss BESA Care AG nicht möglich. Zurzeit verwenden nur wenige Heime das Qualitätsmodul.⁴⁵

Modul Leistungen

Das Modul «Leistungen» beinhaltet den BESA-Leistungskatalog 2010 (siehe folgende Abbildung) und erfasst die erbrachten Pflegeleistungen. Der BESA-LK2010 besteht aus 95 Pflegeleistungen (Items), er basiert auf KLV Art. 7 Abs. 2.⁴⁶ Die Leistungen sind 10 Massnahmenpaketen zugeordnet und thematisch zu 5 Pflege Themen gebündelt:

- (1) Psychogeriatrische Leistungen,
- (2) Mobilität, Motorik und Sensorik,
- (3) Körperpflege,
- (4) Essen und Trinken und
- (5) Medizinische Pflege.

Die Berechnung des Minutenwertes für die Einstufung erfolgt nach folgendem Mechanismus:

- Jedes Item des LK2010 hat einen festgelegten Minutenwert. Diese Minutenwerte sind aus dem Leistungskatalog nicht ersichtlich und auch sonst öffentlich nicht zugänglich. Basis für die Minutenwerte im LK2010 ist eine Entwicklungsarbeit von CURAVIVA, santésuisse, einer externen Firma (e&e entwicklung & evaluation GmbH) und Expertinnen und Experten.⁴⁷
- Dieser Minutenwert wird mit den Faktoren „Normhäufigkeit“ und „Anwesenheit der Pflege“ multipliziert:
 - Die Normhäufigkeit erfasst für jedes Item die Häufigkeit, mit der die Pflegeleistung für die/den Bewohnenden erbracht wurde (Normhäufigkeit, Unternorm, Übernorm).
 - Parallel wird für jedes Item ein Anwesenheitsfaktor der Pflege erfasst ($\leq 15\%$, $> 15\%$ und $\leq 70\%$, $> 70\%$).
- Anschliessend werden die Werte in den Massnahmenpaketen aufaddiert.
- Der Minutenwert der Pflege Themen 2-5 wird anschliessend mit dem Faktor „Bewohnermitwirkung“ multipliziert. Der Faktor erfasst gewichtet die mittlere pflegezeitrelevante Mitwirkung der/ des Bewohnenden (Bewohnende erleichtern die Pflegedurchführung stark, ein wenig, verhalten sich neutral, erschweren die Pflegedurchführung ein wenig oder stark).

⁴⁵ Qualitative Aussage von Besa Care.

⁴⁶ Die Items sind keine Einzelleistungen, sondern zusammengefasste Pflegeleistungen.

⁴⁷ Siehe Abschnitt 2.5.2.

- Zuletzt werden Querschnittsleistungen dazu addiert. Querschnittsleistungen beinhalten: Führen der bewohnerspezifischen Pflegedokumentation, Beratung der Bewohnenden, interdisziplinäre Massnahmenplanung, Durchführung von Screenings und Kontrollmassnahmen).⁴⁸
- Das Total der Minuten ist die Grundlage für die Zuweisung der pflegebedürftigen Person in eine Pflegebedarfsstufe gemäss KLV Art. 7a Abs. 3.

Abbildung 3: Leistungskatalog 2010 (Auszug aus dem Pflegehema 3 «Körperpflege»)

3.1 Grundleistungen	3.2 Leistungen gemäss KLV 7		3.3 Betreuung und Erledigung persönlicher Angelegenheiten
	MP 3.2.2 Leistungen und Tätigkeiten zur Erhaltung und Wiederherstellung der Kontinenz und Kompensation der Inkontinenz		
	Leistungen und Objekte der Leistungen	Pflegeleistungen (Items)	*) Normhäufigkeit **) Anwesenheit MA
		Reinigen nach Darmentleerung, Toilettengang oder Einlage, inkl. Einlagenwechsel	*) 2-4 Mal/Tag und **) MA
		Händewaschen nach Toilettengang	*) 2-4 Mal/Tag und **) MA
	Ausscheidung -auf Toilette -mittels Katheter -mittels Stoma -Digitales Ausräumen -Erbrechen	Einläufe/Klistiere machen	*) 2-4 Mal/Monat und **) MA
		Digitales Ausräumen	*) 2-4 Mal/Monat und **) MA
		Katheter einlegen und wechseln	*) 2-4 Mal/Jahr und **) MA
	Kontinenz -Umgang mit Inkontinenz	Bettschüssel einbringen und entfernen, Urinflasche oder –beutel reichen/einbringen und entfernen (exkl. Katheter) und/oder Pflege von Urinalsystemen inkl. Wechseln des (Kleb-) Streifens	*) 2-4 Mal/Tag und **) MA
	Übung, Training, Kontrolle und Prophylaxe	Stomabeutel oder Fäkal Kollektor leeren oder wechseln, Stomapflege inkl. Plattenwechsel	*) 1-3 Mal/Tag und **) MA
		Einbringen und wechseln von Inkontinenz-Einlagen	*) 1-3 Mal/Tag und **) MA
		Toilettentraining, Einüben Miktion resp. Harnentleerung inkl. Beckenbodengymnastik inkl. Üben des Einsatzes der Darmschliessmuskulatur	*) 2-4 Mal/Tag und **) MA
	Hinweise zur Abgrenzung: Inkontinenz- und erbrechensbedingtes, zus. Bettwäsche wechseln unter 3.2.1 erfassen Inkontinenz- und erbrechensbedingtes, zus. Privatwäsche wechseln unter 3.2.1 erfassen Kontrolle der Ausscheidungen und Führen von Miktionsprotokollen ist in 6.2.1 berücksichtigt		Mitwirkung der Bewohnerin. Festlegen und erfassen pro MP.

MA = Mitarbeiter, MP = Massnahmenpaket.

Quelle: BESA Care 2013.

Der Zeitraum, auf den sich die Leistungserfassung retrospektiv abstützt, umfasst in der Regel 7 Tage.⁴⁹ Die Einstufung der Bewohnenden erfolgt bei Eintritt und dann in einem sechsmonatigen Rhythmus. Gibt es eine signifikante Änderung des Gesundheitszustandes wird eine ausserordentliche Erhebung vorgenommen. Als signifikant gilt bei BESA bspw. eine Verbesserung bzw. Verschlechterung des Zustandes über mind. 14 Tage.

Pflegeheime, die sich für die Anwendung des BESA Systems entscheiden, werden von Expertinnen von BESA Care AG geschult.

⁴⁸ CURAVIVA 2009.

⁴⁹ BESA Care AG 2013.

2.5.2. Validierung/Anpassungen

Die im Modul Ressourcen verwendeten Assessmentinstrumente wurden im Jahr 2002 in einem Feldversuch auf ihre Praxistauglichkeit, Güte und ihren Nachentwicklungsbedarf evaluiert.⁵⁰ Dafür haben 18 Testpersonen (Anwenderinnen) in 15 Pflegeheimen Daten von 50 Bewohnenden erfasst. Das Eintrittsgespräch und die Beobachtung wurden von einem Grossteil der Testpersonen als unproblematisch eingestuft. Das Assessment und die Zielvereinbarung waren für die Hälfte der Testpersonen problematisch (v.a. bei kognitiv eingeschränkten Personen). Aufgrund der Ergebnisse wurden einzelne Überarbeitungen vorgenommen (z.B. Eintrittsgespräch und Assessment besser voneinander abgegrenzt, neue Kategorie „Vermögen mit Einsatz von Hilfsmittel“). Die Doppelsicht (Assessment und Beobachtung) wurde im Interesse der Autonomie der Bewohnenden beibehalten.

Die Minutenwerte der einzelnen Items des LK2010 basieren auf einer Entwicklungsarbeit von CURAVIVA, santésuisse, einer externen Firma (e&e entwicklung & evaluation GmbH) und Expertinnen und Experten. Die Zeitangaben der Expertinnen und Experten pro Item wurden mit realen Zeitwerten kalibriert. Dafür wurden in einem Feldtest bei ca. 500 Bewohnenden aus 25 Pflegeheimen parallel zu den Einstufungen mit dem BESA LK2010 die effektiv geleisteten Pflegeminuten erhoben und statistisch analysiert.⁵¹ Die Ergebnisse zeigten, dass die Faktoren zur Häufigkeit, zur Anwesenheit der Pflegenden und zur Mitwirkung der Bewohnenden plausibel sind. Die tatsächliche Pflegezeit lag bei durchschnittlich 99.2 Min/Tag (100%), die mittels LK2010 eingeschätzte Pflegezeit lag bei durchschnittlich 100.4 Min/Tag (101.2%).

2.6. PLAISIR

PLAISIR (Planification Informatisée des soins infirmiers requis en milieu des soins prolongés) ist ein klinisch-administratives Informationssystem, das Anfang der 1980er Jahre vom kanadischen Institut EROS (Équipe de Recherche Opérationelle en Santé) entwickelt worden ist.⁵² Ursprünglich wurde das System von Fachkraftkomitees entwickelt. Das Instrument dient zur Planung der erforderlichen Pflege und ist insbesondere auf Bewohnende von Langzeitpflegeeinrichtungen spezialisiert. PLAISIR geht vom Grundprinzip aus, dass sich die Entscheidungen an den Bedürfnissen der Bewohnenden orientieren sollten. PLAISIR setzt deshalb den Fokus auf den Zustand der Bewohnenden und die erforderlichen Leistungen. Als erforderlich werden Pflege- und Unterstützungsmassnahmen bezeichnet, die die Bewohnenden brauchen, um ihre Bedürfnisse befriedigen zu können.

⁵⁰ Peter-Egger, 2006.

⁵¹ Gattinger, Ott & Saxer, 2014.

⁵² KDA (2002).

Das System liegt in französischer und deutscher Sprache vor und wird seit 1993 in der Westschweiz eingesetzt. Zusätzlich zu PLAISIR setzen die Heime seit 2015 auch das System PLEX (PLaisir EXpress) ein, weil dadurch die Ergebnisse schneller zur Verfügung stehen.⁵³ Dabei handelt es sich um ein ebenfalls von EROS entwickeltes Messsystem, das sich an PLAISIR orientiert.

2.6.1. Aufbau⁵⁴

PLAISIR erfasst verschiedene Bewohnermerkmale:

- bio-psycho-soziale Profil (Anamnese),
- erforderlicher Pflegeplan sowie gegebene Unterstützungsleistungen,
- soziodemografische Merkmale,
- benutzte Ressourcen von medizinischen wie rehabilitativen Leistungen.

Die Angaben zu den Merkmalen werden im Rahmen von drei Prozessschritten erfasst:

- (1) Datenerhebung/Evaluierung
- (2) Datenüberprüfung/Validierung
- (3) Datenverarbeitung.

(1) Datenerhebung/Evaluierung: Bei der Datenerhebung/Evaluierung evaluieren hierfür geschulte Pflegekräfte die Bewohnenden entlang eines standardisierten Fragebogens (Papierversion = «FRAN (formulaire de relevé des actions en nursing»); elektronische Version = «eFRAN»). Der Fragebogen ist in zwei Abschnitte unterteilt:

- Teil 1: Für das bio-psycho-soziale Profil werden insgesamt ca. 180 Merkmale anhand von 19 Kapiteln erfasst.
- Teil 2: Das Profil zu den erforderlichen Pflege- und Unterstützungsleistungen erfasst die Pflegeaktionen, die für den/die Bewohnende in den letzten sieben Tagen erforderlich waren. Als Gerüst dient eine Nomenklatur von 175 Pflegeaktionen, die in zehn Bereiche unterteilt sind. Inwieweit sich die Nomenklatur auf Art. 7 Abs. 2 KLV stützt, ist aus den uns vorliegenden Unterlagen nicht ersichtlich. Den Pflegeaktionen sind Standardzeiten hinterlegt. Basierend auf den Pflegeaktionen ermittelt PLAISIR eine durchschnittlich erforderliche Zeiteinheit.

In den Kantonen, welche PLAISIR verwenden, erfolgt die Datenerhebung zwischen der dritten und der achten Woche nach der Aufnahme der Bewohnenden im Pflegeheim. Hierzu werden

⁵³ http://www.ctplaisir.ch/rapport_annuel_2014.pdf. In allen Kantonen ist die Auswertung mit PLEX für jeden neuen Zugang ab 1.1.2015 zwingend erforderlich (http://www.ctplaisir.ch/plex_questions-reponses.pdf), <http://www.erosinfo.com/plex.htm>

⁵⁴ Die Ausführungen basieren auf folgenden Quellen: Handbuch zu PLAISIR, CT PLAISIR, KDA (2002), <http://www.erosinfo.com/plex.htm>.

die letzten sieben, vor dem Evaluationsdatum liegenden Tage erfasst. Verbessert oder verschlechtert sich der Zustand, erfolgt eine erneute Evaluation.

(2) Datenüberprüfung/Validierung: Für die Überprüfung und Validierung der Daten (Desk review) werden die FRAN zunächst an ein Verarbeitungszentrum geschickt. Dieses wandelt die Fragebögen in eine kompakte Fassung – IMPFRAN – um. Der Experte überprüft unter anderem, ob Angaben fehlen respektive fehlerhaft oder nicht übereinstimmend sind. Bei Unklarheiten erfolgt eine telefonische Kontaktaufnahme mit der jeweils zuständigen Pflegekraft. Dies ist in ca. 80% der Fälle erforderlich. Gegebenenfalls werden entsprechende Korrekturen auf dem Original-Fragebogen vorgenommen und diese nochmals verifiziert. Die Dauer der Datenüberprüfung variiert zwischen drei und acht Wochen und nimmt in der Regel ca. einen Monat in Anspruch. Die Heime sind verpflichtet, alle zwei Jahre eine Erhebung mit PLAISIR durchzuführen. Eine Aktualisierung erfolgt, wenn sich der Zustand verändert hat.⁵⁵

(3) Datenverarbeitung: Sind alle Angaben korrekt, wird die Berechnung der erforderlichen Zeiteinheiten je Pflegeaktion durchgeführt. Zum so ermittelten Minutenwert kommt seit dem 1. 1. 2011 ein Zuschlag für Kommunikationsleistungen (communications au sujet du bénéficiaire CSB) hinzu. Weitergehende Angaben zur Berechnung des Minutenwertes und den CSB sind aus den uns vorliegenden Unterlagen nicht ersichtlich.

Basierend auf diesen Prozessschritten, ermöglicht das System eine, laut EROS «dreidimensionale Darstellung» für jede Bewohnende/jeden Bewohnenden:

- Die bio-psychisch-soziale Dimension bildet den Gesundheitszustand ab, als Ausdruck von Krankheiten, Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen.
- Die für die Befriedigung der Bedürfnisse erforderlichen Leistungen werden in einer zweiten Dimension abgebildet.
- Die dritte Dimension zeigt die zur Leistungserbringung notwendigen zeitlichen Ressourcen.

Zudem wurden für PLAISIR verschiedene Qualitätsindikatoren entwickelt.⁵⁶

⁵⁵ Wie sich die Zustandsveränderung definiert, ist nicht festgelegt.

⁵⁶ Seematter et al. 2012: Finalement, des indicateurs de la qualité des soins ont été développés (Berthou A, 2010):

- Prévalence des escarres de décubitus
- Utilisation de sondes vésicales
- Suivi de l'autonomie (mobilité, orientation, AVQ)
- Prévalence des problèmes psychologiques
- Soins infirmiers de mobilisation et de réadaptation
- Proportion de changements de classe.

PLEX⁵⁷

Das System PLEX ist eine Kurzfassung von PLAISIR. Es gibt jedoch einige zentrale methodische Unterschiede:

- Die Evaluation erfolgt online (siehe folgende Abbildung).⁵⁸
- Eine separate Überprüfung der Daten wie bei PLAISIR durch Experten gibt es nicht. Im Gegensatz zu PLAISIR stehen die Ergebnisse unmittelbar zur Verfügung. Dieses schnelle Verfahren ist insbesondere dann nützlich, wenn eine Person nur wenige Wochen betreut wird oder in Fällen, in denen eine Person verstirbt, bevor ihre Leistungen mit PLAISIR evaluiert wurden.
- Die Ausbildung der für PLEX zuständigen Pflegekräfte fällt wesentlich kürzer aus als die Ausbildung der Pflegekräfte für PLAISIR.

Im Gegensatz zu PLAISIR ist PLEX insgesamt deutlich weniger zeitaufwendig. Die Ergebnisse werden jedoch als relativ ungenau eingestuft und seien nur von temporärem Nutzen.⁵⁹

Seit 2015 wird in den Schweizer Kantonen, welche PLAISIR anwenden, der Zustand der Bewohnenden bei der Aufnahme in ein Pflegeheim zunächst mit PLEX evaluiert. Zwischen dem 22. und dem 56. Tag nach der Aufnahme folgt eine Evaluation mit PLAISIR. Diese muss spätestens bis zum Ende der achten Woche beendet sein.

Laut EROS soll PLEX eine wesentlich einfachere und schnellere Evaluation ermöglichen, insbesondere mit Blick auf Bewohnende, die sich nur für einen begrenzten Zeitraum, beispielsweise für einige wenige Tage, in der Einrichtung befinden. Im Gegensatz zu PLAISIR stehen bei PLEX die Ergebnisse der Pflegebedarfsermittlung umgehend zur Verfügung.

⁵⁷ Quellen: Methodologique de la commission technique (2014), CT PLAISIR, <http://www.erosinfo.com/plex.htm>.

⁵⁸ <https://www.evaluationplex.com/PLEX/pPLEX.dll/courriel>

⁵⁹ Gemäss Auskunft CT PLAISIR und gemäss <http://www.erosinfo.com/plex.htm>.

Abbildung 4: PLEX (Auszug aus dem Online-Erfassungssystem)

EROS
Équipe de Recherche
Opérationnelle
en Santé

Evaluation PLEX für EMS-EROS Suisse Allemand (DE-CH)
Evaluierer: Caroline Piette

[Handbuch PLEX anzeigen](#)

ALLGEMEINE INFORMATIONEN ÜBER DIE EVALUIERTE PERSON

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) Erforderlicher Wert

Geschlecht weiblich männlich

Aufnahmedatum (TT.MM.JJJJ)

Art der Aufnahme Langzeitaufenthalt Kurzaufenthalt Weiß nicht

Kode PLAISIR der evaluierten Person (falls bekannt)

Datum des Beginns der Referenzwoche der Evaluation (TT.MM.JJJJ)

Freier Text

ERFORDERLICHE PFEGETECHNIKEN

REHABILITATION	SCHUTZMASSNAHMEN
Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Psychiatrische Rehabilitation <input type="checkbox"/>	Freiheitsentziehende Schutzmaßnahmen <input type="checkbox"/> Psychotrope Medikamente <input type="checkbox"/>
DRUCKGESCHWÜR	SAUERSTOFFGABE
1. oder 2. Grades <input type="checkbox"/> 3. oder 4. Grades <input type="checkbox"/>	Sauerstoff erforderlich: ≤ 8 Stunden/Tag <input type="text"/> /Wo > 8 und ≤ 20 Stunden/Tag <input type="text"/> /Wo > 20 Stunden/Tag <input type="text"/> /Wo
WUNDBEHANDLUNG	MEDIKAMENT
Desinfizieren einer Wunde ohne Verband <input type="text"/> /Wo Einfacher Verband <input type="text"/> /Wo Aseptischer Verband <input type="text"/> /Wo Verband einer Wunde mit Wundsekret <input type="text"/> /Wo Verband zur Hautregeneration <input type="text"/> ≤ 2 cm ² /Wo	Aerosoltherapie: anleiten <input type="text"/> /24 Std Aerosoltherapie: st. Anwesenh <input type="text"/> /24 Std PO MS TRP/INH Verabreichung: anleiten <input type="text"/> <input type="text"/> /24 Std

Quelle: EROS/CT PLAISIR.

2.6.2. Validierung

Die ursprüngliche Version von PLAISIR ist französischsprachig und kam im Jahr 1996 erstmals in der Westschweiz zum Einsatz. Um die Anwendung auch in anderen Landesteilen zu ermöglichen, wurde das System daraufhin ins Deutsche übersetzt. Im Rahmen des Projektes CHORUS wurden unter anderem in den Kantonen Bern und Freiburg erste Tests durchgeführt, deren Ergebnisse die Verwendung der übersetzten Version bestätigten. Insgesamt waren 1461 Bewohnende von 26 Heimen und 24 Evaluierende an den Tests beteiligt.

Die den jeweiligen Pflegeaktionen zugrundeliegenden Zeitwerte haben wir nicht erhalten. Gemäss CT PLAISIR handelt es sich um ein Geschäftsgeheimnis. Es gibt einen einzigen Satz von Normen für die genutzten Zeiteinheiten der Pflegeaktionen. Zu der Entwicklung der Normen

haben Pflegekräfte aus der Schweiz, Frankreich, Spanien, Belgien, Italien, Luxemburg und Kanada beigetragen. In allen «entwickelten» Ländern gelten für die Pflegeaktionen dieselben Zeitwerte. Nach welcher Frequenz die Pflegeaktionen jeweils pro Tag, Woche, Monat oder Jahr durchgeführt wird, obliegt jedoch den Normen der jeweiligen Länder.

Die ersten Zeitwerte wurden in den 1980er Jahren im Rahmen des Forschungsprojekts «PRN80» erarbeitet. Seitdem wurden diese mehrmals überarbeitet oder ergänzt, unter anderem mit Kommunikationsmassnahmen für Bewohnende mit kognitiven Einschränkungen oder psychischen Problemen.⁶⁰ Auf Wunsch der Kantone, welche PLAISIR anwenden, wurde 2004 eine Ergänzung mit psychiatrischen Aspekten vorgenommen, die 2010 abgeschlossen wurde. Dabei handelt es sich um die letzte Überarbeitung. Aus den uns vorliegenden Unterlagen ist nicht ersichtlich und es wurde auch nicht weiter abgeklärt, inwieweit in der Schweiz eine belastbare Validierung der Zeitwerte vorgenommen wurde.

2.7. Übersicht

Die folgende Tabelle fasst die wichtigsten Elemente für die drei PBES zusammen:

⁶⁰ Gemäss CT wurden die ersten Zeiteinheiten für die Einheiten der Langzeitpflege im Rahmen des Forschungsprojektes PRN80 erarbeitet (PRN = Projet de Recherche en Nursing). Diese Standards wurden im Rahmen des Projektes PRN87 überarbeitet. Eine weitere Überarbeitung fand in den Jahren 1992 bis 1993 statt, mit einem Schwerpunkt auf Kommunikationsmassnahmen, die auf die Bedürfnisse von Bewohnenden mit kognitiven Defiziten und psychiatrischen Problemen eingehen. Eine neue Überarbeitung fand im Jahr 2000 statt. Auf Antrag der Westschweiz/Suisse Romande im Jahr 2004 begann eine Revision speziell für die Psychiatrie. Diese wurde 2010 abgeschlossen. Dies war die letzte Überarbeitung. Pflegekräfte aus Frankreich, Spanien, Schweiz, Belgien, Italien, Québec, Kanada haben an der Entwicklung der Normen mitgewirkt, um eine Gültigkeit auf internationaler Ebene zu garantieren.

Tabelle 7: Wichtigste Elemente der PBES

Elemente	interRAI	RAI-NH 2.0	BESA	PLAISIR
Konzeptionelle Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegewissenschaftliche Grundlagen (von interdisziplinärem Forscherkonsortium entwickelt, Einbezug bestehender Skalen) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuteilung zu Pflegeaufwandgruppe RUG basierend auf MDS ▪ 36 RUG-Gruppen ▪ Hinterlegung der RUG mit einem Pflegeindex-Modell (Zeitgewicht) ▪ Zuordnung zu einer Tarifstufe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ressourcentransaktionsmodell von Hornung und Gutscher und das Biopsychosoziale Modell nach ICF ▪ Erfassung durchgeführter Pflegeleistungen gemäss BESA Leistungskatalog (LK) 2010 (95 Items/Pflegeleistungen) ▪ Gewichtung der Items mit Häufigkeit und Anwesenheit von Pflegenden ▪ Gewichtung der Massnahmenpakete mit Mitwirkungsfaktor ▪ Zuschlag von Querschnittsleistungen ▪ Zuordnung zu einer Tarifstufe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entwickelt von Fachkraftkomitees ▪ Grundprinzip bedürfnisorientiert ▪ Ermittlung Minutenwert über Pflegeaktionen gemäss Nomenklatur ▪ Zuschlag von Kommunikationszeiten (CSB) ▪ Zuordnung zu einer Tarifstufe ▪ PLEX: Vorübergehende Einstufung bzw. für Kurzaufenthalte
Leistungserfassung/Einstufung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuteilung zu Pflegeaufwandgruppe RUG basierend auf MDS ▪ 44 Resource Utilization Groups (RUG III) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei Eintritt innerhalb von 14 Tagen, danach alle 3 Monate und bei signifikanter Statusveränderung ▪ Pro Jahr 3 vierteljährliche Beurteilungen und eine vollständige Beurteilung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei Eintritt innerhalb von 14 Tagen, routinemässig alle 6 Monate und bei signifikanter Statusveränderung ▪ Pro Jahr eine halbjährliche Zwischenbeurteilung und eine Gesamtbeurteilung) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei Eintritt innerhalb von 14 Tagen, routinemässig alle 6 Monate und bei signifikanter Statusveränderung ▪ Pro Jahr eine halbjährliche Zwischenerhebung und eine Vollerhebung
Erstablklärung, Neueinstufung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei Eintritt innerhalb von 14 Tagen, danach alle 3 Monate und bei signifikanter Statusveränderung ▪ Pro Jahr 3 vierteljährliche Beurteilungen und eine vollständige Beurteilung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei Eintritt innerhalb von 14 Tagen, routinemässig alle 6 Monate und bei signifikanter Statusveränderung ▪ Pro Jahr eine halbjährliche Zwischenbeurteilung und eine Gesamtbeurteilung) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei Eintritt innerhalb von 14 Tagen, routinemässig alle 6 Monate und bei signifikanter Statusveränderung ▪ Pro Jahr eine halbjährliche Zwischenerhebung und eine Vollerhebung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eintrittserhebung (zwischen der 3. und 8. Woche) ▪ PLEX: Innerhalb von 7 Tagen ▪ Neubeurteilung, falls sich Zustand verändert ▪ alle zwei Jahre eine Erhebung
Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsmodul 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modul Qualitätsmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsmodul 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ⁶¹

Tabelle INFRAS. Quelle:

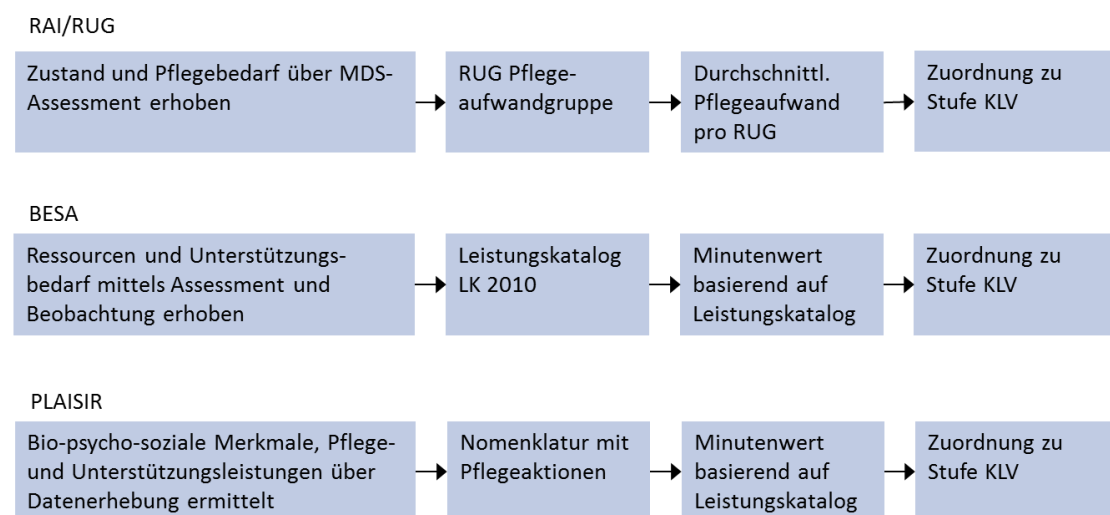
⁶¹ Gemäss Schreiben von CURAVIVA an BESA Care, EROS und Q-Sys vom 18.1.2016: EROS wählte einen anderen Weg. Die Erhebung der QI soll nicht integral in PLAISIR, sondern mit einem separaten Modul erfolgen, welches PLAISIR hinzugefügt wird. Für die Pilotphase wurde kein Vorschlag gemacht, da EROS vorschlägt, die Pilotphase nicht mit dem Instrument PLAISIR zu machen. Die Umsetzung in/mit PLAISIR soll erst in der definitiven Version erfolgen, also nach Korrekturen und Anpassungen, die allenfalls nach der Pilotphase vorgenommen werden.

2.8. Fazit

Bei allen drei Instrumenten basiert die Einschätzung des Pflegebedarfs auf einem pflegerischen Assessment. Allen drei Systemen ist auch gemeinsam, dass sie ein Ergebnis generieren (BESA und PLAISIR: Minutenwert, RAI: Pflegeaufwandgruppe), das die Einstufung der pflegebedürftigen Person in eine der zwölf Stufen gemäss KLV ermöglicht. Die Funktionsweise von RAI und den beiden anderen Systemen BESA und PLAISIR unterscheiden sich jedoch in Bezug auf die Ermittlung dieses Ergebnisses:

- RAI-NH: Die pflegebedürftige Person wird basierend auf ihrem Zustand und dem Pflegebedarf einer Pflegeaufwandgruppe zugewiesen. Dieser Pflegeaufwandgruppe ist ein durchschnittlicher Pflegeaufwand hinterlegt, anhand dem die Pflegeaufwandgruppe (und damit auch die dieser Gruppe zugewiesene Person) einer der zwölf Pflegebedarfsstufen zugeordnet wird.
- BESA und PLAISIR: Sie ermitteln basierend auf den Ressourcen bzw. den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Person einen Pflegebedarf und leiten daraus – über den Leistungskatalog LK 2010 bzw. die Nomenklatur – die für diese Person erforderlichen Pflegeleistungen ab. Den Pflegeleistungen sind Durchschnittsminuten hinterlegt. Die Summe der Pflegeleistungen ergibt einen Minutenwert, anhand dem die Person einer der zwölf Pflegebedarfsstufen zugeordnet wird.

Abbildung 5: Funktionsweise (vereinfachte Darstellung)



Grafik INFRAS.

Fehlende Transparenz

In Bezug auf Transparenz stellen wir fest, dass keines der drei PBES ausreichend transparent ist im Sinne, dass es eine öffentlich verfügbare Dokumentation gibt, welche die Funktionsweise genügend beschreibt. Zwar haben wir für die obigen Ausführungen teilweise auf Systemdokumentationen und die Angaben auf der Homepage der Systemanbieter abstützen können.⁶² Verschiedene Angaben haben wir aber bei den Systemanbietern direkt nachfragen müssen. Teilweise berufen sie sich auf Geschäftsgeheimnisse.

⁶² BESA: <https://www.besacare.ch/>, RAI/RUG: <http://www.rai.ch/>, PLAISIR: <http://www.ctplaisir.ch/>

3. Bisherige Bestrebungen zur Vereinheitlichung

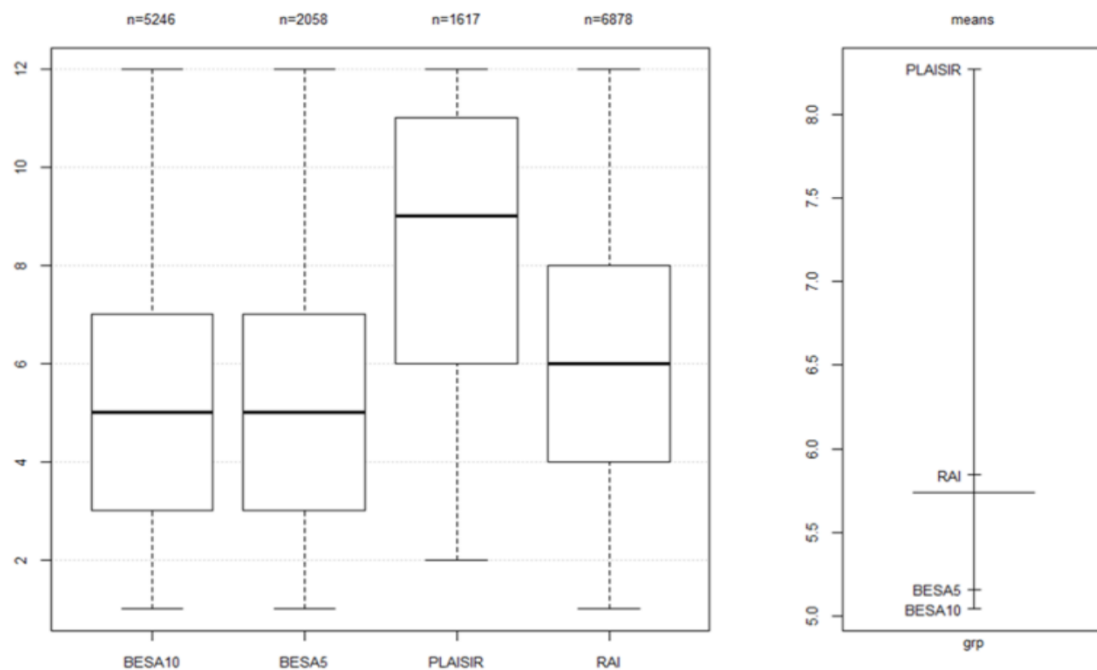
3.1. Problembeschreibung

3.1.1. Unterschiedliche Einstufungen

Hintergrund der vorliegenden Untersuchung ist, dass es aufgrund der unterschiedlichen PBES vorkommen kann, dass für dieselbe Patientensituation je nach PBES ein unterschiedlicher Pflegeaufwand (in Minuten) veranschlagt wird. Dies hat eine Ungleichbehandlung zur Folge, weil der Patient in eine andere Pflegebedarfsstufe eingeteilt wird und daher vom Versicherer auch nicht denselben Beitrag an die Kosten der Leistungen bekommt.

Hinweise auf das Ausmass der unterschiedlichen Einstufung liefert eine Auswertung von Helsana für Curafutura: Das Resultat über 15'800 Bewohnende zeigt, dass in der Auswertung berücksichtigte Bewohnende in PLAISIR-Heimen im Durchschnitt einer deutlich höheren Pflegebedarfsstufe zugeordnet werden als Bewohnende in RAI- oder BESA-Heimen (siehe folgende Abbildung).

Abbildung 6: Durchschnittliche Einstufung je Pflegebedarfserfassungssystem



Quelle: Helsana, 15'800 Versicherte, Januar 2014.

Als Grund für die Unterschiede gibt der Versicherer die unterschiedliche Funktionsweise der Pflegebedarfserfassungssysteme an. Darunter versteht er bspw., dass BESA die bestehenden

Ressourcen der Bewohnenden erfasse, RAI hingegen die Einschränkungen (d.h. die nicht vorhandenen Ressourcen).

Als weitere Gründe für die Unterschiede werden von verschiedener Seite kulturelle Unterschiede zwischen der deutschen und französischen Schweiz genannt. In der deutschen Schweiz seien Pflegeheime breiter akzeptiert als in der französischen Schweiz. Ausserdem seien die Strukturen für die ambulante Pflege in der französischen Schweiz besser ausgebaut als in der Deutschschweiz. Dies habe zur Folge, dass in der französischen Schweiz pflegebedürftige Personen später ins Heim eintreten und vor allem „schwere“ Fälle im Pflegeheim untergebracht seien.

Die mögliche systematische Verzerrung bei der Einstufung hat gemäss Versicherern, Expertinnen und Experten zur Folge, dass Kosten und Effizienz der Pflegeheime auf nationaler Ebene nicht vergleichbar sind und daher allfällige Effizienzpotenziale nicht realisiert werden könnten.

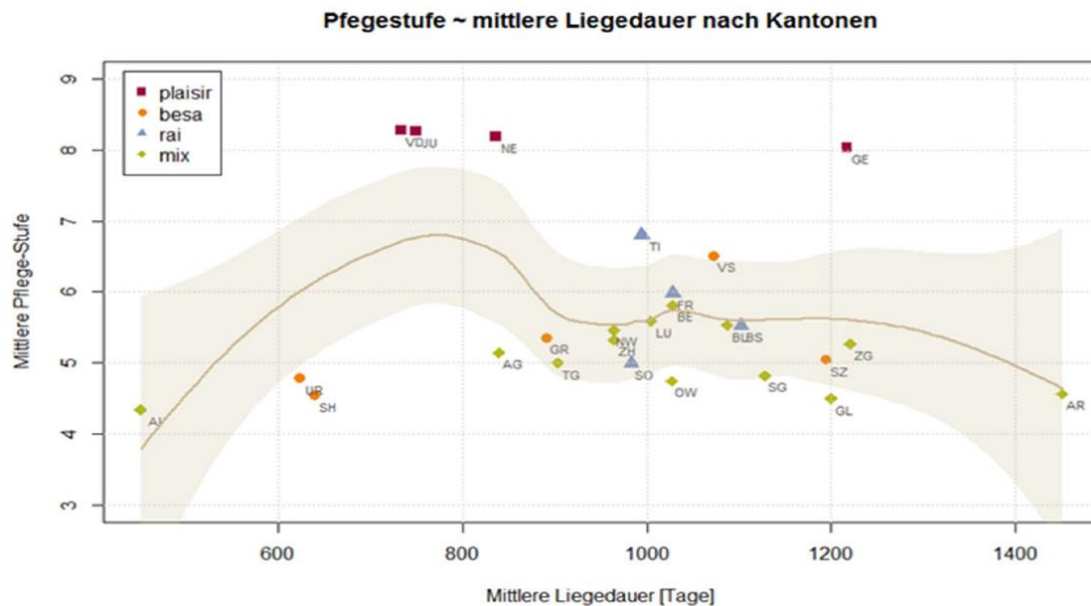
Dass die Heime die Bewohnenden falsch einstufen, ist nach Ansicht der Versicherer eher unwahrscheinlich. Die Versicherer würden die Einstufungen kontrollieren, vor allem bei einem Stufenwechsel.

3.1.2. Analyse und Beurteilung aus Sicht der AutorInnen

Auswertungen von Daten des BFS zum Eintrittsalter zeigen, dass das Durchschnittsalter beim Eintritt ins Pflegeheim nur bei zwei der vier PLAISIR-Kantone – JU, GE – über dem Schweizer Durchschnitt liegt.⁶³ In den anderen beiden PLAISIR-Kantonen – VD, NE – liegt das Eintrittsalter unter dem Schweizer Durchschnitt. In eine ähnliche Richtung zeigt auch die Auswertung von SOMED zur Pflegestufe und mittleren Liegedauer nach Kantonen (siehe folgende Abbildung): Die Kantone VD und NE haben eine eher kurze Liegedauer und eine hohe mittlere Pflegestufe. Allerdings haben auch die Kantone UR, SH und AI eine kurze Liegedauer und dies bei einer tiefen mittleren Pflegestufe. Die oben aufgestellte These für die welschen Kantone – später Heimeintritt, vor allem schwere Fälle – wird unserer Ansicht nach damit nicht bestätigt.

⁶³ Siehe Daten des BFS unter https://www.atlas.bfs.admin.ch/maps/13/de/11576_7294_4424_7264/19206.html. und Kennzahlen der Schweizer Pflegeheime unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/zahlen-fakten/zahlen-fakten-zu-pflegeheimen/kennzahlen.html>

Abbildung 7: Pflegestufe und mittlere Liegedauer nach Kantonen



A. Signorell, Auswertung 14'720 Versicherte Helsana, Januar 2013. Liegedauer: SOMED 2011

Quelle: Helsana 2012.

Aus unserer Sicht vermag das Argument der kulturellen Unterschiede den grossen Unterschied der durchschnittlichen Einstufungen zwischen PLAISIR und RAI/BESA nur teilweise zu erklären. Wir gehen deshalb davon aus, dass andere Faktoren die Unterschiede begründen (siehe Abschnitt 3.3).

In Bezug auf die Problemlage halten wir fest, dass der Einsatz von drei unterschiedlichen PBES in der Schweiz Unterschiede bei der Einstufung gemäss KLV hervorbringen kann, die systemtechnisch bedingt sind. Die Folge allfälliger Unterschiede ist eine Ungleichbehandlung für die Kostenträger (Versicherer, Bewohnende, Kantone). Diese Ungleichbehandlung manifestiert sich insbesondere, wenn in einem Kanton unterschiedliche Systeme zum Einsatz kommen und die pflegebedürftige Person das Heim wechselt oder die pflegebedürftige Person von einem Kanton in das Heim in einem anderen Kanton mit einem anderen PBES wechselt.

Ungleichbehandlungen und Wettbewerbsverzerrungen sind meist stossend. Es stellt sich jedoch die Frage nach dem Ausmass und den Auswirkungen in Bezug auf die Finanzierung und die Gesundheitsversorgung. Die Auswertung von Helsana gibt aus unserer Sicht starke Hinweise, dass die drei PBES unterschiedlich einstufen. Allenfalls lässt sich ein Teil dieser Differen-

zen mit unterschiedlichen Patientenkollektiven begründen. Welche weiteren Faktoren spezifisch für die Höhereinstufung durch PLAISIR verantwortlich sind, wäre zu klären.⁶⁴ Grundsätzlich gehen wir aber gestützt auf die Auswertung von Helsana davon aus, dass RAI und BESA aus Sicht der Versicherer die KVG-pflichtigen Leistungen kostengünstiger abrechnen würden als PLAISIR. Das Postulat der Kostengünstigkeit ist damit noch nicht erfüllt.

3.2. Projekt Nationale Steuergruppe Tarifstrukturen II

Im 2009 hat sich auf Initiative von CURAVIVA eine nationale Steuergruppe formiert mit dem Ziel, die drei Pflegebedarfsinstrumente PLAISIR, RAI/RUG und BESA durch geeignete Massnahmen zu harmonisieren. Ziel des Projektes war es, die drei PBES so anzugleichen, dass allein aufgrund der Wahl des Instruments zur Pflegebedarfsermittlung für Heimbewohnende systematisch kein unterschiedlicher Pflegebedarf resultiert. Konkret wurden folgende Zielsetzungen artikuliert:⁶⁵

- a) Die drei Pflegebedarfsinstrumente sind so anzugleichen, dass keine systematischen Unterschiede in den ausgewiesenen Pflegeminuten resultieren. D.h. der ausgewiesene Pflegebedarf und die Einstufungen gemäss Art. 7a Abs. 3 KLV über alle Heimbewohner betrachtet, sollen bis auf eine möglichst kleine Toleranz (3 - 5 %) gleich sein. Individuelle Abweichungen können indes nicht vermieden werden und sind zu tolerieren.
- b) Die Angleichung der Instrumente über die hinterlegten Minuten ist zweckmässig und insbesondere vor dem Hintergrund der knappen Umsetzungsfrist angezeigt. Eine Diskussion über die Instrumente und ihre Beurteilung ist nicht zweckmässig.
- c) Die Umsetzung muss gesamtschweizerisch möglichst kostenneutral erfolgen: Es ist sicherzustellen, dass die Summe der neu hinterlegten Minuten der Summe der bisher hinterlegten Minuten entspricht.
- d) Der Systemvergleich basiert auf den bisher angewandten Instrumenten. Sollen künftig andere Definitionen zur Anwendung gelangen, ist ihre Vergleichbarkeit mit der früheren Version herzustellen.

Gemäss Steuerungsgruppe hätten damit alle systematischen Inkompatibilitäten bis auf eine minimale Toleranz ausgeräumt werden sollen. Die Steuerungsgruppe führte weiter aus, es sei ihr bewusst, dass es nicht möglich ist, im Einzelfall immer eine gleiche Einstufung zu gewährleisten, da die Systeme selber eine gewisse Ungenauigkeit aufweisen. Gemäss Steuerungsgruppe war vor der Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung eine Vergleichbarkeit aufgrund unterschiedlicher Tarife nicht gegeben. Mit der neuen Pflegefinanzierung stellten OKP-Beiträge direkt auf die ausgewiesenen Pflegeminuten ab.

⁶⁴ Bspw. im Rahmen einer Arbeitszeitanalyse.

⁶⁵ Nationale Steuergruppe Tarifstrukturen II (2012).

Da sich die PLAISIR-Kantone in der Folge mit Unterstützung der GDK vom Projekt zurückzogen,⁶⁶ wurde das Gesamtprojekt in zwei Phasen aufgeteilt:

- Phase 1 Kalibrierung von BESA und RAI/RUG.
- Phase 2 Harmonisierung aller 3 Systeme.

3.2.1. Phase 1 Kalibrierung

Grundlage für die Kalibrierung in der Phase 1 bildeten gemäss Q-Sys folgende drei Datenquellen:

- Heime, welche von BESA auf RAI wechselten (Vergleich letzte BESA Einschätzung mit 1. RAI-NH Einschätzung),
- Daten aus Pflegeheimen im Kanton Luzern (Wechsel von BESA LK 2005 auf BESA LK2010) und
- direkte Erhebungen (in BESA Heimen wurden ca. 350 Fälle mit MDS/RUG eingestuft).

Als Ergebnis der Kalibrierung wurden die PBES per 1.1.2012 wie folgt angepasst:⁶⁷

- BESA LK 2005: Reduktion um 2.00 % auf einen Minutenwert von 3.00 Minuten pro Punkt,
- BESA LK2010: Reduktion des Minutenresultats um 8.45%,
- RAI/RUG: Erhöhung des Minutenresultats um 9%. Basierend darauf wurde der CH-Index um 9% erhöht von 105 auf 114.6 Minuten.

Gemäss CURAVIVA haben 87% der Heime die Kalibrierung von BESA und RAI umgesetzt:

- Die meisten Kantone verwenden den LK2010 und vollziehen das Ergebnis der Kalibrierung per 1.1.2012, indem sie ihre Minuten kürzen. Nicht umgesetzt wurde die Kalibrierung in den BESA-Heimen in den Kantonen GR, VS, LU,⁶⁸ sie verwenden den BESA LK2010, ohne das Resultat gemäss der Kalibrierung zu kürzen, was zu einer höheren Einstufung führt.
- Bei den RAI-Heimen hat gemäss Q-Sys aktuell der Grossteil der Kantone das Ergebnis der Kalibrierung per 1.1.2012 vollzogen. Einzelne Kantone haben Speziallösungen: Bern hat eine eigene Anpassung vorgenommen, Luzern hat die RUG-Minuten vor der nationalen Kalibrierung um ca. 16% erhöht. Der Kanton Solothurn verwendet aktuell als einziger Kanton den neuen CH-Index 2016.

⁶⁶ Nationale Steuergruppe Tarifstrukturen II (2012).

⁶⁷ Nationale Steuergruppe Tarifstrukturen II (2011).

⁶⁸ <https://www.curaviva.ch/Fachinformationen/Themendossiers/Neue-Pflegefinanzierung/oMEyqgVH/PQBbv/>

Den Erfolg der Kalibrierung schätzen die Akteure wie folgt ein:

- Gemäss CURAVIVA hat die Kalibrierung das Ziel vollständig erreicht. CURAVIVA verweist dazu auf die Datenbasis der Empfehlung, Stichprobenkontrollen durch die Arbeitszeitanalyse, etc., führt diese Punkte aber nicht weiter aus. Ergänzend bemerkt CURAVIVA, dass BESA und RAI in der Zwischenzeit über neue Datengrundlagen verfügen, welche eine Nachkontrolle der Empfehlung ermöglichen würden. Ebenfalls verfüge CURAVIVA Schweiz über eine grosse Datenmenge aus der Anwendung der Arbeitszeitanalyse, welche eine Überprüfung auf dem aktuellen Stand ermöglichen würde.
- Laut einem Versicherer wurde die Wirksamkeit nicht überprüft. Ein anderer Versicherer gibt an, dass nach der Kalibrierung ausser BESA niemand mehr Interesse hatte, das Resultat zu überprüfen. Ob die Kalibrierung korrekt war oder nicht, kann der Befragte demnach nicht beurteilen.

3.2.2. Phase 2 Harmonisierung

Die Phase 2 Harmonisierung wurde im Mai 2012 gestartet und hatte zum Ziel, die drei Systeme nicht durch eine Resultatveränderung, sondern durch inhaltliche Adaptionen in eine Gleichwertigkeit (+/-5%) zu führen.⁶⁹ Das Verfahren sowie die grobe Projektplanung wurden durch die eingesetzte, interdisziplinäre Steuergruppe im November 2012 definiert. Ab 2014 hat das BAG die Federführung für dieses nationale Projekt der Harmonisierung übernommen. Nachdem die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) Ende 2014 entschieden hat, sich nicht an den geplanten Harmonisierungsarbeiten zu beteiligen, hat die Steuergruppe am 16. März 2015 beschlossen, das Projekt zu beenden und die Steuergruppe aufzulösen.

Mit ein Grund für den Rückzug der GDK war, dass die Kantone das Problem der Ungleichbehandlung nicht als sehr problematisch einstufen. Gemäss den Erfahrungen aus den Kantonen kann es bei einem Heimwechsel innerhalb oder über die Kantonsgrenzen hinweg vorkommen, dass die pflegebedürftige Person im einen Heim bzw. Kanton anders (höher oder tiefer) eingestuft wird als im anderen Heim bzw. Kanton. Diese Ungleichbehandlung hat zur Folge, dass dieselbe Fallschwere zu unterschiedlichen Pflegebedarfsminuten und damit zu unterschiedlichen Vergütungen durch die Krankenversicherer, die Patientinnen und Patienten und die Kantone führen können.

Stossend ist diese Ungleichbehandlung gemäss den Kantonen vor allem in Kantonen, in denen zwei verschiedene Systeme angewandt werden. Hier könne es Patienten geben, die zwar

⁶⁹ <https://www.curaviva.ch/Fachinformationen/Themendossiers/Neue-Pflegefinanzierung/oMEyqgVH/PQBbv/>

die gleichen Prämien bezahlen, bei gleicher Pflegebedürftigkeit aber unterschiedliche Leistungen aus der OKP zugesprochen erhielten und eine unterschiedliche Eigenbeteiligung übernehmen müssten.

Gemäss den befragten Kantonsvertretern ist die Ungleichbehandlung zwar unschön, aber für die Bewohnenden kein Problem, da der von ihnen zu bezahlende Beitrag vordefiniert sei bzw. der Eigenbeitrag der Bewohnenden ab der Stufe 2 gleich ist.

Auch für die Kantone sei die Ungleichbehandlung kein Problem, da die Restfinanzierung pro ermittelter Minute Pflegebedarf in allen Pflegebedarfsstufen gleich ist. Zwar könne der Beitrag der Kantone unterschiedlich hoch ausfallen, dies sei jedoch auch bei der Spitalfinanzierung der Fall. Ausserdem sei die Problematik der unterschiedlichen Einstufungen bei Kantonswechseln überschaubar: Ca. 5% der Bewohnenden liessen sich in einem ausserkantonalen Heim pflegen.

3.2.3. Beurteilung aus Sicht der AutorInnen

Bei der Kalibrierung zwischen BESA und RAI (Phase 1 des Projekts Nationale Steuergruppe Tarifstrukturen II) wurden die Endresultate der Bedarfsabklärung verglichen, d.h. die Zuordnung zu einer Stufe gemäss KLV. Es wurde also nicht untersucht, welche Systemelemente die Unterschiede verursacht haben, sondern die Minutenwerte wurden linear über alle Stufen erhöht bzw. reduziert.

Mit einer Kalibrierung werden lediglich die Mittelwerte der verschiedenen Systeme auf Basis eines repräsentativen Case mix angeglichen. Dabei ist damit zu rechnen, dass die verschiedenen Instrumente die verschiedenen Patientengruppen unterschiedlich gut abbilden. Dies kann durch die Kalibrierung nicht wegkorrigiert werden. Zur Berücksichtigung des Case mix müssten zusätzliche Instrumente eingesetzt werden.

Inwieweit die Kalibrierung ein Erfolg war, kann aufgrund der verfügbaren Unterlage nicht abschliessend beantwortet werden. Einerseits haben nicht alle Kantone die Empfehlungen umgesetzt und andererseits gibt es bislang keine gesamtschweizerische Auswertung von Einstufungen nach der Kalibrierung. Die Auswertung von Helsana (siehe Abbildung 6) deckt nur einen Teil der Versicherten ab. Gemäss CURAVIVA wären Daten aus dem Pflegebereich vorhanden. Diese Auswertung deutet darauf hin, dass die durchschnittliche Abweichung zwischen RAI und BESA immer noch ca. eine Stufe beträgt. Dies entspräche einer Abweichung von 8%. In den einzelnen Stufen oder für die einzelnen Personen kann diese Abweichung auch mehr als 8% betragen. Bei der Bewertung der Abweichung von 8% zwischen BESA und RAI ist zu berücksichtigen,

dass die Streuung innerhalb der beiden Systeme in Bezug auf den tatsächlich erbrachten Pflegeaufwand bereits relativ gross ist. So liegt z.B. bei RAI der Variationskoeffizient bei den grossen RUG-Gruppen zwischen 29% und 64%.⁷⁰

Die Abweichung kann aus unserer Sicht zwei Gründe haben:

- Unterschiedliche Bewohnerkollektive: Da BESA und RAI beide in der Deutschschweiz eingesetzt werden, gehen wir aber davon aus, dass die Patientenkollektive vergleichbar sind und deshalb keine grössere Abweichung aus dem Bewohnerkollektiv entstehen sollte.
- Systemunterschiede: Falls die Bewohnerkollektive einigermaßen vergleichbar sind, können nur noch Systemunterschiede die Abweichung erklären.

3.3. CURAtime

Um Tätigkeitsanalysen in Pflegeheimen durchführen zu können, hat CURAVIVA Schweiz zusammen mit der Firma MicroMED AG im Jahr 2010 das Instrument CURAtime entwickelt. Bei der Tätigkeitsanalyse geht es grundsätzlich darum, in den Pflegeeinrichtungen zu erfassen, welchen Anteil die KVG-pflichtigen Leistungen im Vergleich zu den Nicht-KVG-pflichtigen Leistungen aufweisen.

Ziel einer CURAtime-Analyse ist es, transparent aufzuzeigen, welche Leistungen in einer Pflegeeinrichtung erbracht werden und damit eine Basis für die Kostenrechnung, Finanzierung und Tarifgestaltung zu liefern. Die Resultate können für weitere innerbetriebliche Analysen und Verbesserungen verwendet werden.

In den Jahren 2014/15 haben CURAtime-Messungen mit dem gleichen Instrument und nach dem gleichen Ablauf in RAI- und BESA-Heimen stattgefunden.⁷¹ Für die Messung wird der gleiche Tätigkeitskatalog verwendet.⁷²

3.3.1. Ergebnisse von CURAtime-Messungen in RAI-Heimen

Für RAI wurde mit dem CURAtime-Instrument zwischen April 2014 und Dezember 2015 eine Zeitstudie durchgeführt mit dem Ziel, die Basisminutenwerte der RUG-Pflegeaufwandgruppen zu überprüfen und zu validieren.⁷³ Die Studie diente auch dazu, die KVG-pflichtigen Leistungen für demente Heimbewohnende neu zu bewerten. Die Stichprobe umfasste Datensätze von 3132 Bewohnenden aus 49 Pflegeheimen in 10 Kantonen.

⁷⁰ Bartelt/Anliker 2016. D.h. die Standardabweichung beträgt bis zu 64% des Mittelwertes (RUG-Gruppe PA1).

⁷¹ Siehe Abschnitt F) Methode CURAtime 72 im Anhang.

⁷² Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz (KGL) (2015).

⁷³Bartelt & Anliker, 2016.

Die Ergebnisse zeigen, dass die mit CURAtime gemessenen KLV-Leistungsminuten insgesamt 3.5% über den verrechneten RAI-Systemminuten liegen (siehe folgende Abbildung).⁷⁴ Bezogen auf die einzelnen RUGs stimmen die RAI-Minutenwerte mit den gemessenen Werten bei den Gruppen mit genügend grosser Stichprobe gut überein.⁷⁵ Bei den drei grössten RUG-Gruppen betragen die Differenzen:

- PD1: +0.6% (gemessener Wert 0.6% höher),
- PA1: +7.9%
- PE1: +4.6%

Innerhalb der einzelnen RUG-Gruppen können die gemessenen Werte relativ stark streuen, bei den grösseren Gruppen bleiben die Gruppen aber relativ konsistent (Variationskoeffizienten kleiner als 0.5). Über alle Gruppen gesehen erklären die RUGs 59% der Varianz.

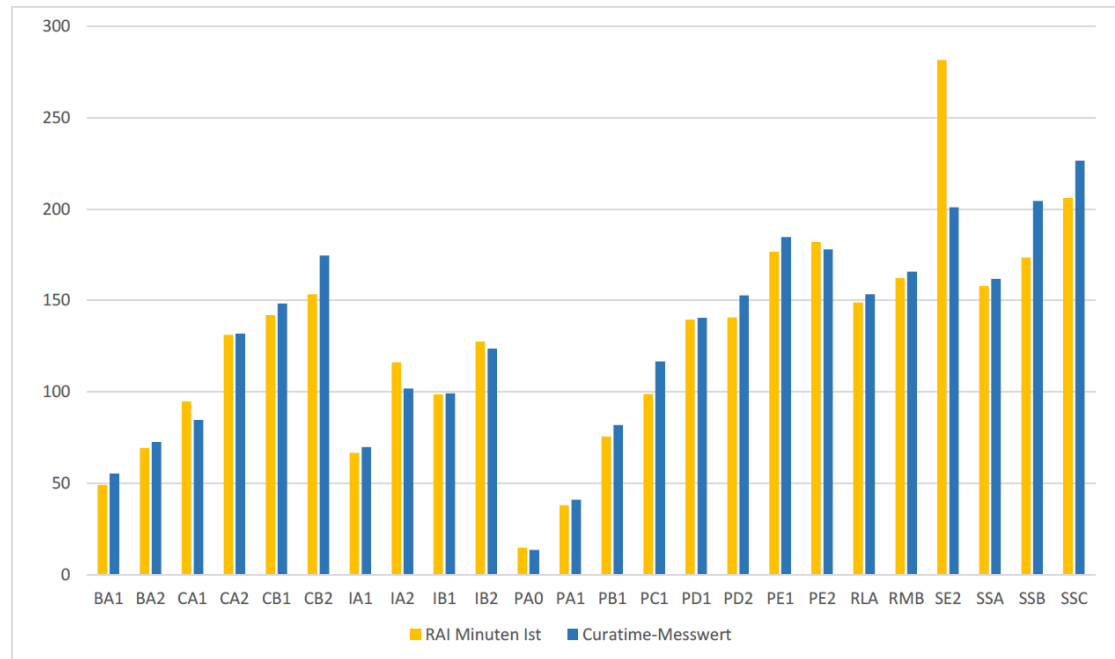
Die Ergebnisse offenbaren ausserdem deutliche Unterschiede für Bewohnende mit und ohne eingeschränkter Kognition.⁷⁶ Der Mehraufwand für Bewohnende mit kognitiver Einschränkung lag in den verschiedenen ADL-Gruppen zwischen 10 und 39 Minuten über dem Aufwand für Bewohnende ohne eingeschränkter Kognition.

⁷⁴ Mit SE2 Gruppe: 2.4%.

⁷⁵ Aus der Abbildung 8 ist ersichtlich, dass es eine grössere Differenz zwischen dem RUG Wert und dem tatsächlichen Pflegeaufwand bei der Gruppe SE2 gibt. Diese RUG Gruppe wurde für 48 Bewohnende vor allem in Pflegeheimen im Kanton Tessin ausgewiesen. Nachforschungen der Studienautoren ergaben, dass es sich dabei v.a. um Bewohnende handelt, die eine fortgeschrittene kognitive Einschränkung haben und denen aufgrund unzureichender oraler Flüssigkeitszufuhr Infusionen verabreicht wurden. Diese Massnahme erfordert weniger zeitlichen Aufwand als vom System her für die in der Regel klinisch-pflegerisch sehr anspruchsvollen Situationen in dieser Gruppe vorgesehen ist (z.B. Bewohnende mit künstlicher Beatmung). Die Studienautoren lassen offen, ob es sich dabei um ein Definitionsproblem der RUG Gruppe oder um eine fehlerhafte Codierung handelt.

⁷⁶ Mit eingeschränkter Kognition: CPS \geq 3, ohne eingeschränkte Kognition: CPS < 3. CPS = Cognitive Performance Scale, Wert von 3 entspricht einem Mini Mental Status von 15.4 (Morris et al 1994).

Abbildung 8: Vergleich der RAI-Systemzeiten (gemäss RAI-NH 2.0 unter Berücksichtigung der Kalibrierung vom 1.1.2012) und den CURAtime-Messwerten pro RUG-Gruppe



Nur Gruppen mit mindestens 15 Fällen. «RAI Minuten Ist» bezeichnet den Wert, der der jeweiligen Pflegeaufwandgruppe hinterlegt ist (RAI-NH 2.0 unter Berücksichtigung der Kalibrierung vom 1.1.2012). In der Beurteilung (Abschnitt 3.3.4) entspricht dieser Wert dem Soll-Wert und der CURAtime-Messwert dem Ist-Wert. Der Y-Achsenabschnitt enthält die Pflegeleistungen in Minuten pro Tag.

Quelle: Bartelt & Anliker, 2016.

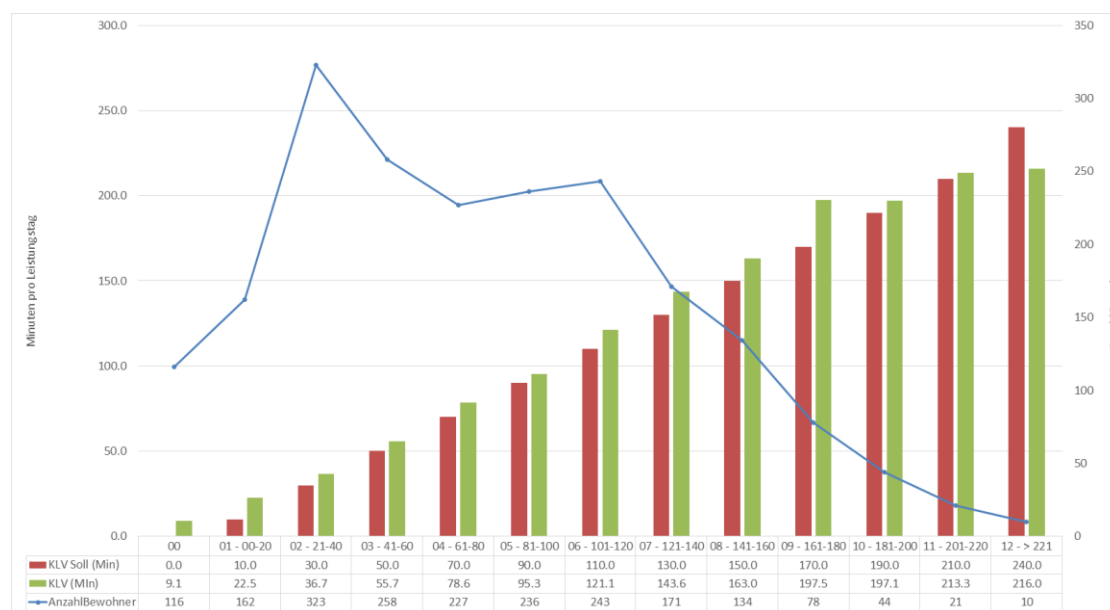
Basierend auf diesen Ergebnissen wurde das Pflegeaufwandgruppensystem angepasst. Der neue CH-Index 2016 soll den Pflegebedarf von Menschen mit eingeschränkter Kognition besser abbilden. Mit den von Q-Sys vorgeschlagenen Anpassungen (CH Index 2016) erhöht sich die erklärte Varianz auf 62%.

3.3.2. Ergebnisse von CURAtime-Messungen in BESA-Heimen

In den Jahren 2014/2015 haben CURAtime-Messungen in 35 Heimen an insgesamt 2'219 Bewohnenden stattgefunden. Die Ergebnisse zeigen, dass der Durchschnitt der tatsächlichen Pflegezeit in den Pflegebedarfsstufen 1 bis 11 zwischen 1.6 und 29.7 Minuten über dem durchschnittlichen Minutenwert liegt, der basierend auf dem LK2010 ermittelt wurde (siehe folgende Abbildung).⁷⁷ Nur in der Pflegebedarfsstufe 12 liegt der tatsächliche Pflegebedarf mit 20.7 Minuten unter dem mit BESA LK2010 ermittelten Minutenwert. Aktuell wurden diesbezüglich noch keine Anpassungen im BESA LK2010 vorgenommen.

⁷⁷ Stübi & Schori, 2016.

Abbildung 9: Vergleich der BESA-Systemzeiten (LK2010 unter Berücksichtigung der Kalibrierung per 1.1.2012) und den CURAtime-Messwertem pro KLV 7-Stufe



KLV Soll: Minuten gemäss BESA Einstufung (LK2010 unter Berücksichtigung der Kalibrierung per 1.1.2012), KLV: Minuten gemäss CURAtime Messung.

Quelle: Stübi & Schori, 2016.

BESA hat bis anhin noch keine Anpassungen bzgl. der Erkenntnisse aus der CURAtime Messung gemacht, da sie noch die Ergebnisse aus der Erhebung zur Abbildung des Pflegeaufwandes in Palliative Care Situationen abwarten möchten.

3.3.3. Projekt Abbildung Pflegeaufwand in Palliative Care-Situationen von CURAVIVA Schweiz und GDK

CURAVIVA und GDK haben ein Projekt lanciert, das klären soll, ob Palliative-Care-Situationen mit einem hohen Ressourcenbedarf im Pflegeheim ausreichend in den Pflegebedarfserhebungsinstrumenten abgebildet sind. Zu diesem Zweck wird der Pflegeaufwand in Palliativ Care-Situationen mit CURAtime-Daten ermittelt. Die Messungen finden zwischen April 2016 und Juni 2017 in 15-20 Alters- und Pflegeinstitutionen statt.⁷⁸ Die Ergebnisse dieser Zeitmessung werden auf Ende 2017 erwartet.⁷⁹

⁷⁸ Die Messungen finden in BESA- und RAI-Heimen statt.

⁷⁹ Schmid 2016.

3.3.4. Beurteilung aus Sicht der AutorInnen

Die Ergebnisse der CURAtime-Messungen deuten darauf hin, dass zwischen den mit den PBES ermittelten Minutenwerten (Soll-Wert)⁸⁰ und dem effektiven Pflegeaufwand der einzelnen Personen (Ist-Wert) zum Teil grössere Abweichungen bestehen in Bezug auf den Mittelwert innerhalb einer Bedarfsstufe und in Bezug auf die Einzelwerte. Diese Abweichungen können auf verschiedenen Faktoren beruhen:

- Der Bedarf wurde ungenügend/falsch erfasst im Sinne, dass die pflegebedürftige Person bspw. in Wahrheit meist mehr Unterstützung benötigt, als bei der Bedarfsabklärung eingetragen wurde.
- Bei RAI: Die den RUG-Gruppen hinterlegten Pflegeaufwendungen und -zeiten stimmen nicht (mehr). Ein Grund dafür könnte sein, dass bspw. aufgrund pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse heute Pflegeleistungen durchgeführt werden, die mehr Zeit benötigen als zum Zeitpunkt, als die Pflegeaufwendungen für die RUG-Gruppen ermittelt wurden. Wir verweisen hier auf die Anpassung des CH-Index für RAI-NH im 2016.⁸¹
- Bei BESA und PLAISIR: Der Leistungskatalog stimmt nicht (mehr). Auch hier ist denkbar, dass heute andere oder mehr Pflegeleistungen durchgeführt werden als im Leistungskatalog (BESA: LK2010, PLAISIR: Nomenklatur) aufgeführt sind.
- Bei BESA und PLAISIR: Die Zeitwerte, die dem Leistungskatalog (BESA: LK2010, PLAISIR: Nomenklatur) hinterlegt sind und für die Ermittlung des Pflegeaufwands eingesetzt werden, stimmen nicht (mehr). Ein Grund dafür könnte sein, dass bspw. aufgrund pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse heute Pflegeleistungen durchgeführt werden, die mehr Zeit benötigen als zum Zeitpunkt, als die Pflegeaufwendungen für die Leistungskataloge ermittelt wurden.
- Die für die Zeitstudien verwendeten Tätigkeitskataloge enthalten nicht die gleichen Tätigkeiten wie der Tätigkeitskatalog, den CURAtime für die Messungen einsetzt.⁸² Bei RAI ist bspw. der für CURAtime verwendete Tätigkeitskatalog deutlich umfangreicher und detaillierter als der für die Zeitstudie 2004 verwendete Tätigkeitskatalog.⁸³
- Falls der Ist-Wert unter dem Soll-Wert liegt: Evtl. werden die effektiven Pflegeleistungen dann nicht in der erforderlichen Qualität erbracht.
- Da sich bei RAI der Soll-Wert auf einen Mittelwert einer RUG-Gruppe bezieht, ergeben sich bei RAI auf individueller Ebene automatisch gewisse Abweichungen (RUG-Gruppen erklären 59% der Varianz der Individualwerte).

⁸⁰ In der Abbildung 8 wird der Soll-Wert von RAI mit «RAI Minuten Ist» bezeichnet.

⁸¹ Siehe Abschnitt 3.3.1.

⁸² RAI hat keinen codierbaren Leistungskatalog im System integriert. Die Zeitstudien haben allerdings die Zeiten auf Basis eines vereinfachten Katalogs empirisch ermittelt.

⁸³ Siehe Bartelt et al. 2004, Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz 2015.

Idealerweise müssten die Soll- und Ist-Werte zumindest im Durchschnitt einer Bedarfsstufe übereinstimmen. Der mit CURAtime gemessene effektive Pflegeaufwand entspräche dem «wahren» Pflegeaufwand, d.h. dem Aufwand, der für eine bedarfsgerechte und effiziente Pflege notwendig ist. Der Ist-Wert eines PBES müsste in dem Fall aber nicht nur mit dem Soll-Wert übereinstimmen, sondern auch mit dem Ist-Wert eines alternativen PBES. Ansonsten entspräche der Ist-Wert ja nicht dem «wahren» Pflegeaufwand.

Unter der Annahme, dass ein Pflegeheim einem Bewohner bzw. einer Bewohnerin in der Praxis grundsätzlich gleiche Leistungen zukommen lässt, unabhängig davon, welches PBES es einsetzt, lässt sich folgern, dass die PBES umso einheitlicher sind, je mehr die Soll- und Ist-Werte innerhalb der einzelnen PBES übereinstimmen. D.h. der Ist-Wert ist immer der gegebene «wahre» Wert und wenn die Soll-Werte aller PBES mit den jeweiligen Ist-Werten übereinstimmen, dann stimmen auch die PBES überein (in mathematischer Logik: «wenn Soll PBES A = Ist und Soll PBES B = Ist, dann BPES A = PBES B»).

Folglich können die Ergebnisse der CURAtime-Messungen indirekte Hinweise geben, wie gross die Abweichungen zwischen RAI und BESA sind. Dazu müssten die Ergebnisse bei RAI ausgehend von den einzelnen RUG-Gruppen für die zwölf-KLV-Stufen berechnet werden.

Wichtig wäre ein CURAtime-Vergleich auch für PLAISIR-Heime. Dies würde weitere Aufschlüsse über das Ausmass der unterschiedlichen Einstufung durch PLAISIR geben.

3.4. Projekt Qualitätsindikatoren

3.4.1. Projektstand

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ist gesetzlich verpflichtet, medizinische Qualitätsindikatoren zu publizieren. Aus diesem Grund unterstützt das BAG zusammen mit der GDK und dem BFS ein von CURAVIVA Schweiz lanciertes Projekt zur Erarbeitung eines ersten Sets von medizinischen Qualitätsindikatoren. Diese umfassen:

- Gewichtsverlust,
- Bewegungseinschränkende Massnahmen,
- Wirkstoffe,
- Schmerz.

Zurzeit werden diese Indikatoren in einer Pilotphase getestet, u.a. um die Indikatoren bzgl. Validität und Reliabilität zu prüfen. Gemäss BAG wäre anzustreben, dass die Daten, die für die Berechnung von medizinischen Qualitätsindikatoren erhoben werden, Routinedaten sind.⁸⁴ Sie

⁸⁴ Angaben Herr C. Marti.

sollten also nicht in ein vom PBES separiertes Modul eingegeben werden müssen, sondern sollten integraler Bestandteil des PBES sein. Das heisst, für die Qualitätsdaten würden keine zusätzlichen Daten erhoben, sondern die Daten würden beim regelmässigen, mindestens 6-monatlichen Assessment erhoben.

Die definitiven Qualitätsindikatoren sollen schliesslich national erfasst und erstmals mit der SOMED-Erhebung 2020 (betreffend das Jahr 2019) erhoben werden.

3.4.2. Beurteilung aus Sicht der AutorInnen

Alle drei Systeme können Qualitätsindikatoren liefern. Die Frage ist, wie valide und reliabel die Indikatoren sind. Dies wird sich mit den Ergebnissen der Pilotphase zeigen.

4. Mindestanforderungen

Ziel des BAG ist es, für PBES Mindestanforderungen zu definieren, damit eine Vereinheitlichung der heute unterschiedlichen Situation in den Kantonen erreicht wird, gleichzeitig aber prinzipiell Offenheit für verschiedene aktuell verwendete oder zukünftige andere Systeme gewährleistet wird. Mit den Mindestanforderungen soll gemäss dem Auftrag des BAG eine nach Möglichkeit komplette oder aber teilweise Vereinheitlichung der PBES erreicht werden, so dass die Instrumente gleiche Leistung gleich abgelten. Die Vereinheitlichung der Systeme soll sich gemäss BAG an den Dimensionen Kostengünstigkeit, Effizienz, Qualität und Transparenz orientieren.

4.1. Mögliche Mindestanforderungen

Im Abschnitt 3.3.4 haben wir aufgezeigt, dass verschiedene Ursachen zu Abweichungen zwischen dem mit dem PBES ermittelten Pflegeaufwand (Soll-Wert) und dem tatsächlich erbrachten Pflegeaufwand (Ist-Wert) führen können. Wir haben weiter festgehalten, dass Unterschiede bei der Einstufung zwischen den verschiedenen PBES reduziert werden können, wenn es gelingt, innerhalb eines PBES den Soll-Wert dem Ist-Wert anzugleichen und je Stufe die Varianz bei den Ist-Werten zu vermindern. Hinter dieser Überlegung steht die Annahme, dass der gemessene effektive Pflegeaufwand (Ist-Wert) dem «wahren» Pflegeaufwand entspricht, d.h. dem Aufwand, der für eine bedarfsgerechte und effiziente Pflege notwendig ist. Aus unserer Sicht sind für diese Angleichung folgende Stossrichtungen⁸⁵ denkbar:

- A) Der Bund gibt inhaltliche und methodische Mindestanforderungen vor, die die Qualität der PBES verbessern und die Abweichungen zwischen Soll- und Ist-Werten innerhalb eines PBES vermindern.
- B) Der Bund verpflichtet die Systemanbieter, die Streuung (Varianz) und mittlere Abweichungen zwischen Soll und Ist für jede Stufe innerhalb eines PBES in einem bestimmten Toleranzbereich zu halten.
- C) Ganz eliminiert werden die Abweichungen zwischen den Systemen logischerweise, wenn die Mindestanforderungen dazu führen, dass nur noch ein System eingesetzt wird, zum Beispiel, wenn der Bund vorgibt, dass ein PBES die Einstufung:
 - basierend auf einem Leistungskatalog oder
 - basierend auf einer Zuordnung zu einer Pflegeaufwandgruppe vornehmen muss.

Beide Mindestanforderungen hätten zur Folge, dass gewisse PBES nicht mehr zugelassen würden.

⁸⁵ Eine grundlegende Alternative zu diesen Stossrichtungen wäre der Vorschlag, die Einstufung nicht über ein PBES, sondern basierend auf einer Beurteilung von spezifischen Kriterien zu ermitteln. Dieser Vorschlag basiert darauf, dass gemäss Aussagen von erfahrenen PBES-Anwenderinnen sowohl bei BESA als auch bei RAI im Prinzip nur wenige Faktoren den Pflegeaufwand und damit auch die Einstufung massgeblich beeinflussen. Die wesentlichen Faktoren seien: ADL, Kontinenz, Mobilität.

Stossrichtung A: Methodische Anforderungen

Die folgende Tabelle zeigt, mit welchen Mindestanforderungen bestehende Abweichungen vermindert werden können:

Tabelle 8: Herleitung möglicher Mindestanforderungen

Ursachen für Abweichungen zwischen Soll- und Ist-Werten ⁸⁶	Mindestanforderung
Fehleinschätzung des Pflegebedarfs	1. Systematische, valide und reliable Bedarfsabklärung
Überholte Pflegeaufwendungen/ Minutenwerte	2. Berücksichtigung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse, auch für Leistungskatalog und -qualität 3. Zeitstudien mit normiertem Leistungskatalog
Einsparungen bei der Qualität	4. Qualitätsindikatoren
Ungenügende Transparenz	5. Vollständige Transparenz

Tabelle INFRAS.

Die Mindestanforderungen 1-5 werden nachfolgend kurz beschrieben:

1. Systematische Abklärung

Damit die Bedarfsabklärung systematisch, valide und reliabel ausfällt, muss die Bedarfsabklärung basierend auf einer standardisierten Beurteilung der Gesamtsituation der Bewohnenden, der Abklärung des Umfeldes und des individuellen Pflegebedarfs erfolgen. Für die Bedarfsabklärung sind Bewohnende, Angehörige, Pflegefachleute und Ärzteschaft beizuziehen. Eine Neueinstufung hat alle 6 Monate oder bei einer signifikanten Veränderung zu erfolgen (wenn sich bspw. ein Wechsel in der Einstufung gemäss KLV abzeichnet). Systematik, Validität und Reliabilität der Bedarfsabklärung sind transparent auszuweisen und die im Rahmen der Bedarfsabklärung zu erhebenden Angaben sind möglichst klar zu operationalisieren.

2. Pflegewissenschaftliche Grundlage

Die Ermittlung des Pflegebedarfs ist basierend auf pflegewissenschaftlichen Grundlagen und unter Einbezug der Pflegefachschaft weiterzuentwickeln. Als pflegewissenschaftlich fundiert gelten bspw. die Hinterlegung mit einer Pflegetheorie oder mit einem personenzentrierten Pflegemodell. Das PBES ist ausserdem evidenz-basiert, d.h. es wird regelmässig basierend auf wissenschaftlichen Grundlagen aktualisiert und die für die Bedarfsermittlung eingesetzten Elemente (z.B. Qualität der Leistung, Skalen, RUGs, Leistungskatalog) beruhen auf Forschung und Erfahrung.

⁸⁶ Siehe Abschnitt 3.3.4.

3. Zeitstudien

Die hinterlegten Minutenwerte sind regelmässig, basierend auf den für die Schweiz spezifischen Verhältnissen und nach Massgabe einer qualitativen und effizienten Leistungserbringung zu aktualisieren. Methodik und Ergebnisse der Zeitstudien sowie das Vorgehen bei der Anpassung sind vollständig transparent darzulegen (d.h. sämtliche Angaben sind öffentlich zugänglich). Eine Zeitstudie sollte folgende Aspekte erfüllen:

- Verwendung eines von den Behörden genehmigten Leistungskatalogs,
- repräsentative Auswahl von Heimen, Bewohnenden (inkl. case mix) und Pflegenden mit aussagekräftiger Stichprobengrösse,
- Begleitung der Messungen durch ausgewiesene Expertinnen und Experten zwecks Sicherstellung von Effizienz und Qualität.
- Diskussion und Genehmigung allfälliger Anpassungen infolge der Zeitstudie mit den zuständigen Behörden und den betroffenen Akteuren (bspw. in einem Fachgremium),
- Öffentlich zugängliche Dokumentation von Methodik und Ergebnissen,
- Überprüfung der aus Zeitstudien resultierenden Anpassungen über die Abweichung von Soll- und Ist-Wert und bei Bedarf Anpassung der vom Ist-Wert abweichenden Soll-Werte.

4. Qualitätsindikatoren

Das PBES hat die Grundlagen für die Berechnung von medizinischen Qualitätsindikatoren, wie sie der Bund vorgibt (gemäss Art. 59a KVG), zu liefern. Damit können allfällige Anreize vermindert werden, die Qualität der Leistungserbringung zu reduzieren. Die Daten werden aus den Routinedaten (MDS, Skalen etc.) erhoben. Falls neben den Routinedaten zusätzliche Daten erfasst werden, müssen sie entsprechend gekennzeichnet werden.

5. Vollständige Transparenz

Funktionsweise, Grundlagen und Zeitstudien sind vollständig transparent darzulegen. Die dazugehörigen Unterlagen (insbesondere die Berechnungen und Analysen) sind öffentlich zugänglich.

Stossrichtung B

6. Einhaltung eines Toleranzbereichs für maximale Abweichung

Der Bund verpflichtet die Systemanbieter, die Streuung (Varianz) und mittleren Abweichungen zwischen Soll und Ist für jede Stufe innerhalb eines PBES in einem bestimmten Toleranzbereich zu halten. Die Systemanbieter haben dazu geeignete Massnahmen zu ergreifen; welche, ist ihnen überlassen. Inwieweit die Vorgaben eingehalten werden, soll regelmässig anhand von

aussagekräftigen Zeitstudien und vergleichenden statistischen Analysen aufgezeigt werden. Für die statistische Analyse sollte das BAG z.B. auf Basis der SOMED-Statistik ein Monitoring initiieren, das aufzeigt und prüft, ob die Unterschiede zwischen den PBES innerhalb des vertretbaren Masses bleiben.

Stossrichtung C

In dieser Stossrichtung sind die Mindestanforderungen so formuliert, dass nur noch ein System eingesetzt wird:

7. Einstufung basierend auf einem Leistungskatalog

Die Einstufung erfolgt über einen Minutenwert, indem basierend auf dem Pflegebedarf mittels eines Leistungskatalogs die Pflegeleistungen bestimmt werden. Der Leistungskatalog orientiert sich am Leistungskatalog gemäss KLV Art. 7 und ist von den Behörden zu genehmigen.

8. Einstufung über Zuordnung zu einer Pflegeaufwandgruppe

Die Einstufung erfolgt über eine Zuordnung zu einer Pflegeaufwandgruppe, so wie es heute RAI-NH praktiziert. Die Zuordnung der Pflegeleistungen in Pflegeaufwandgruppen und die Abgrenzung der Pflegeaufwandgruppen erfolgen aufgrund pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse, reliabel und valide sowie basierend auf dem Pflegebedarf. Der Pflegebedarf orientiert sich am Leistungskatalog gemäss KLV Art. 7, ein allfälliger Leistungskatalog ist von den Behörden zu genehmigen. Den Pflegeaufwandgruppen ist ein durchschnittlicher Pflegeaufwand hinterlegt, anhand dem die Pflegeaufwandgruppe (und damit auch die dieser Gruppe zugewiesene Person) einer der zwölf KLV-Pflegebedarfsstufen zugeordnet wird.

Übersicht

Auf die einzelnen PBES bezogen beurteilen wir den aktuellen Erfüllungsgrad wie folgt. Die Beurteilung des Erfüllungsgrads entspricht dabei einer groben qualitativen Einschätzung basierend auf den Informationen zu den PBES in den vorangehenden Kapiteln 2 und 3.

Tabelle 9: Aktueller Erfüllungsgrad möglicher Mindestanforderungen

Mindestanforderung	RAI-NH 2.0	BESA (LK2010)	PLAISIR
Stossrichtung A			
1. Systematische Bedarfsabklärung	MDS-Assessment ✓	Assessment und Beobachtung ✓	Datenerhebung (mit FRAN) ✓
2. Berücksichtigung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse	Von interdisziplinärem Forscherkonsortium entwickelt, Einbezug bestehender Skalen Weiterentwicklung unter Einbezug von Expertinnen und Experten, teilweise evidenzbasiert (bspw. Skalen) ✓	Ressourcentransaktionsmodell von Hornung und Gutscher und Biopsychosoziales Modell nach ICF als konzeptionelle Basis Weiterentwicklung unter Einbezug von Expertinnen und Experten, vor allem erfahrungsbasiert, nicht forschungsbasiert ✓	Entwickelt von Fachkraftkomitees nach dem Grundprinzip Bedürfnisorientierung Abstützung auf Pflegemodell nicht bekannt (✓)
3. Zeitstudien	Zeitstudie 2004 Ergebnisse von Zeitstudie 2016 (basierend auf CURAtime-Messung) nur von Kt. SO umgesetzt (✓)	Zeitstudie für LK 2010 Anpassungen aus Zeitstudie 2014/15 (CURAtime-Messung) ausstehend (✓)	Letztmals 2004/2010 für einzelne Aspekte x
4. Qualitätsindikatoren	Qualitätsmodul ✓	Qualitätsmodul ✓	Nicht bekannt ?
5. Transparenz	Teilweise (✓)	Teilweise (✓)	Teilweise (✓)
Stossrichtung B			
6. Einhaltung eines Toleranzbereichs für maximale Abweichung innerhalb eines PBES	x (siehe Abschnitt 3.3)	x (siehe Abschnitt 3.3)	x (siehe Abschnitt 3.3)
Stossrichtung C			
7. Einstufung basierend auf einem Leistungskatalog	x	✓	✓
8. Einstufung über Zuordnung zu einer Pflegeaufwandgruppe	✓	x	x

✓ = grösstenteils/vollständig erfüllt, (✓) = teilweise erfüllt, x = nicht bzw. grösstenteils nicht erfüllt, ? = aus den vorliegenden Unterlagen nicht ersichtlich.

Tabelle INFRAS.

4.2. Szenarien

Ausgehend von den Stossrichtungen lassen sich vier Szenarien bilden, anhand derer gezeigt werden kann, wie sich die Mindestanforderungen auf die Vereinheitlichung auswirken. Die Szenarien unterscheiden sich in Bezug auf die Ausgestaltung der Mindestanforderungen und in Bezug auf das Ergebnis der Vereinheitlichung:

Tabelle 10: Szenarien

Szenario	Mindestanforderung
Szenario I: Methodische Vorgaben	1. Systematische Bedarfsabklärung 2. Berücksichtigung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse 3. Zeitstudien 4. Qualitätsindikatoren 5. Vollständige Transparenz
Szenario II: Toleranzvorgaben für maximale Abweichung	6. Zusätzlich zu den Anforderungen gemäss Szenario I: Einhaltung eines Toleranzbereichs für maximale Abweichung der zwischen Soll- und Ist-Werte innerhalb eines PBES
Szenario IIIa: Einstufungsmethodik über Leistungskatalog	7. Zusätzlich zu den Anforderungen gemäss Szenario I: Einstufung basierend auf einem Leistungskatalog
Szenario IIIb: Einstufungsmethodik nach Aufwandgruppen	8. Zusätzlich zu den Anforderungen gemäss Szenario I: Einstufung basierend auf Zuordnung zu einer Pflegeaufwandgruppe

Tabelle INFRAS.

In Bezug auf die Vereinheitlichung erwarten wir von **Szenario I**, dass die Abweichungen zwischen Soll- und Ist-Wert verringert werden können. Dadurch sollten sich auch die zwischen BESA und RAI noch bestehenden Unterschiede nochmals deutlich reduzieren lassen. Heute beträgt der Unterschied zwischen BESA und RAI im Mittel über alle KLV-Stufen 8%. Wie gross die Unterschiede bei den einzelnen KLV-Stufen sind, ist (uns) nicht bekannt. Mit Zeitstudien ist zu erwarten, dass vor allem auch bestehende Unterschiede auf KLV-Stufe reduziert werden können. Theoretisch müsste es möglich sein, die Systeme mit Zeitstudien so anzugleichen, dass die Abweichungen zwischen Soll und Ist für bestimmte Gruppen bzw. KLV-Stufen gegen Null streben. Als Voraussetzung dafür müssen zuverlässige und statistisch valide Datengrundlagen verwendet werden. Ausserdem müssen die oben aufgeführten Vorgaben an eine Zeitstudie und die pflegewissenschaftlichen Grundlagen erfüllt sein. In der Praxis wird es im Einzelfall weiterhin gewisse Unterschiede zwischen den Systemen geben. Solche Unterschiede bestehen aber bereits innerhalb eines einzelnen Systems, weil Einzelfälle in verallgemeinernde Gruppen aggregiert und KLV-Stufen zugeordnet werden.

Szenario II entspricht einer Verschärfung von Szenario I, indem konkrete Toleranzbereiche vorgegeben werden für maximal zulässige Abweichungen zwischen Soll- und Ist-Werten innerhalb eines PBES. Die maximal zulässigen Abweichungen beziehen sich einerseits auf die Abweichung zwischen dem Soll-Wert und dem gemessenen durchschnittlichen Ist-Wert auf jeder Bedarfsstufe, andererseits auf die Streuung (Varianz) der Ist-Werte innerhalb einer Bedarfsstufe. Hinter dieser Vorgabe steckt die Annahme, dass die Unterschiede zwischen den PBES automatisch verringert werden, wenn die Soll- und Ist-Werte innerhalb der PBES besser übereinstimmen und weniger streuen. Inwieweit damit das angestrebte Vereinheitlichungsziel zwischen den PBES erreicht wird, sollte von Zeit zu Zeit im Sinne eines Monitorings statistisch überprüft werden. Eine mögliche Datenquelle dazu wäre bspw. die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED-Statistik). SOMED erfasst für jeden einzelnen Pflegeheimbewohnenden die Einstufung und das PBES. Damit besteht eine flächendeckende Datenbasis, mit der je nach PBES die Unterschiede bei den Einstufungen aufgezeigt werden könnten (unter Ausschluss anderer Einflussfaktoren).

Szenario III stellt die weitestgehenden Anforderungen, indem es die grundlegende Einstufungsmethodik vorgibt. Dazu sind zwei Ausgestaltungen denkbar:

- **Szenario IIIa** besteht aus den Mindestanforderungen 1-5 plus Anforderung 7. Gemäss Mindestanforderung 7 soll der Minutenwert für die Einstufung über einen Leistungskatalog ermittelt werden. Diese Mindestanforderung erfüllen BESA und PLAISIR, d.h. zwei Systeme, bei denen heute noch grosse Unterschiede bestehen. Zusammen mit den Mindestanforderungen gemäss Szenario 1 sollten sich diese aber reduzieren lassen.
- **Szenario IIIb** besteht aus den Mindestanforderungen 1-5 plus Mindestanforderung 8. Letztere gibt vor, dass die Einstufung über die Zuordnung zu einer Pflegeaufwandgruppe erfolgt. Diese Anforderung erfüllt heute nur RAI. Macht der Bund diese Vorgabe, dürfte das Problem unterschiedlicher Einstufungen durch verschiedene Systeme stark zurückgehen bzw. verschwinden, falls nur noch RAI auf dem Markt verbleibt und kein anderer Anbieter ein konformes System anbietet. Ein Markteintritt eines weiteren Anbieters bleibt allerdings theoretisch möglich.

Zur Erinnerung: Unterschiedliche Einstufungen im Individualfall aufgrund individueller Einschätzungen (Reliabilitätsproblem) lassen sich nicht vollständig eliminieren. Zudem gibt es innerhalb der RUGs bzw. KLV-Stufen eine relativ grosse Streuung. Die oben dargestellten Anforderungen tragen letztlich dazu bei, die Einstufung zu verbessern und die Streuung zu vermindern.

4.3. Weitere allgemeine Anforderungen

Neben diesen Mindestanforderungen erachten wir weitere Massnahmen als notwendig, um das Ziel einer Vereinheitlichung der Einstufung unter Berücksichtigung von Kostengünstigkeit, Effizienz, Qualität und Transparenz erreichen zu können.

- Die Einhaltung der Mindestanforderungen ist transparent auszuweisen und von geeigneter Stelle zu prüfen. Von Seiten der befragten Akteure (Versicherer, Leistungserbringer, Expertinnen und Experten) wäre eine Kommission mit Regulierungsbehörde, Tarifpartnern, Expertinnen und Experten denkbar.
- Die Kantone sind zu verpflichten, dafür zu sorgen, dass die Heime von den Behörden genehmigte Anpassungen bei den PBES flächendeckend einführen. Alleingänge einzelner Kantone sollten nicht mehr toleriert werden.
- Um die Qualität der Pflegeleistungen und die Kostengünstigkeit zu erhöhen, sind Kontrollen durch die Versicherer und die Überprüfung mit Hilfe von Qualitätsindikatoren weiterhin durchzuführen. Als Basis für Kontrollen der Kostenträger (Versicherer, Kantone) ist der Pflegebedarf in der Pflegedokumentation nachvollziehbar und vollständig zu dokumentieren. Aus Sicht der Versicherer wäre es in diesem Zusammenhang wichtig, dass die Systemanbieter nicht alleine darüber entscheiden können, welche Dokumente und Unterlagen die Heime den Versicherern für seine Kontrollen vorzulegen haben. Gemäss einem Versicherer ist dies zurzeit bei BESA Care AG kein Problem, Q-Sys AG hingegen wolle selber über die offenzulegenden Unterlagen entscheiden.

4.4. Anpassungsfähigkeit der PBES

Basierend auf den Gesprächen mit den Systemanbietern beurteilen wir die Möglichkeit, Mindestanforderungen umzusetzen und Anpassungen vorzunehmen wie folgt:

- BESA: Der Systemanbieter von BESA (BESA Care AG) sieht grundsätzlich kein Problem, Anpassungen vorzunehmen, da es sich um ein Schweizer Instrument handelt. Inhaltliche Änderungen könnten bei Bedarf jederzeit gemacht werden. Die vorgegebenen Qualitätsindikatoren wurden bereits integriert. Von den Mindestanforderungen erfüllt BESA die meisten bereits zumindest teilweise. Bei den Transparenzvorgaben könnte es aus kommerziellen Gründen Widerstand geben, die sich aber aus unserer Sicht lösen lassen sollten. Inwieweit BESA in der Lage ist, Szenario IIIb zu erfüllen, ist fraglich. Aus kommerzieller Sicht dürfte es kaum Sinn machen, ein System wie RAI nochmals nachzubilden.
- RAI: Der Systemanbieter von RAI (Q-Sys AG) nimmt auch regelmässig Anpassungen vor, z.B. wurden die vorgegebenen Qualitätsindikatoren integriert und für den CH-Index 2016 wurden Anpassungen bzgl. Demenz vorgenommen, damit der höhere Pflegebedarf von Men-

schen mit kognitiven Einschränkungen besser abgebildet wird. Da es sich bei RAI um ein internationales Instrument handelt, muss es auch Vorgaben von interRAI beachten. RAI wird kaum in der Lage sein, die Anforderungen gemäss Szenario IIIa zu erfüllen. Erstens wird RAI international eingesetzt, weshalb ein «Nachbilden» von BESA/PLASIR für RAI allein für die Schweiz wirtschaftlich noch weniger Sinn macht als umgekehrt bei BESA. Auch bei den Transparenzaufgaben ist aufgrund der internationalen Verwendung noch mehr Widerstand zu erwarten.

- PLASIR erfüllt heute die Mindestanforderungen 1-5 am wenigsten. Inwieweit EROS beziehungsweise CT PLAISIR in der Lage und willens sind, Anpassungen vorzunehmen, konnte nicht eruiert werden. In Bezug auf die Transparenz gilt das gleiche wie bei RAI, in Bezug auf das Szenario IIIb das gleiche wie bei BESA. In Bezug auf die wissenschaftliche Abstützung dürfte es für PLAISIR aufwändiger werden, die Anforderung zu erfüllen.

5. Beurteilung

5.1. Beantwortung der Untersuchungsfragen

Die Hauptfragen für die vorliegende Analyse waren:

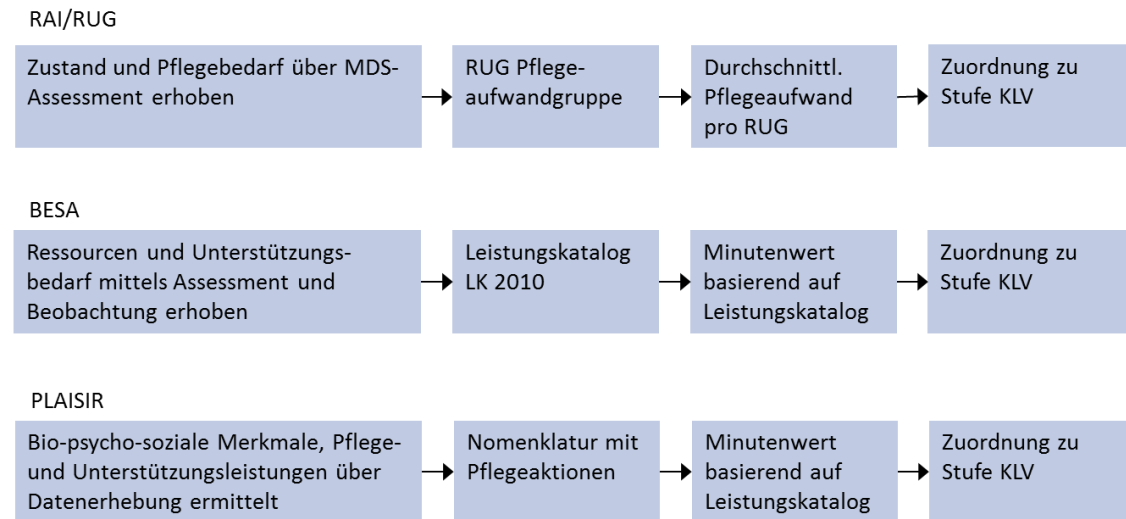
1. Wie funktionieren die PBES und welches sind die Hauptunterschiede?
2. Welche Mindestanforderungen ermöglichen eine Vereinheitlichung unter Berücksichtigung von Kostengünstigkeit, Effizienz, Qualität und Transparenz?
3. Wie lassen sich die Mindestanforderungen nach dem Grad der Vereinheitlichung zu Bündeln zusammenfassen?
4. Welches sind die Vor-/Nachteile dieser Mindestanforderungen?
5. Welche Auswirkungen haben die Mindestanforderungen bzw. die Bündel auf die PBES?

Ausgehend von den obigen Analysen und Ausführungen können wir die Fragen wie folgt beantworten:

1. Minutenwerte werden je nach PBES grundlegend anders ermittelt

Gemeinsam ist allen drei Systemen, dass sie für die Einstufung gemäss KLV 7 den Pflegebedarf erfassen und den daraus resultierenden Pflegeaufwand ermitteln. Der Hauptunterschied der Systeme lässt sich wie folgt beschreiben:

- RAI ordnet die pflegebedürftige Person einer Pflegeaufwandgruppe zu. Der Pflegeaufwandgruppe ist ein durchschnittlicher Pflegeaufwand hinterlegt. Die Pflegeaufwandgruppe (und damit auch die dieser Gruppe zugewiesene Person) wird sodann einer der zwölf KLV-Pflegebedarfsstufen zugeordnet.
- BESA und PLAISIR ermitteln über einen Leistungskatalog einen Minutenwert für den Pflegeaufwand. Dem Leistungskatalog sind Durchschnittsminuten hinterlegt. Anhand des Minutenwerts wird die Person einer der zwölf KLV-Pflegebedarfsstufen zugeordnet.

Abbildung 10: Funktionsweise (vereinfachte Darstellung)

Grafik INFRAS.

Weitere Unterschiede zeigen sich in Bezug auf die pflegewissenschaftliche Abstützung und die Qualitätsindikatoren.⁸⁷ Hier scheint vor allem PLAISIR Lücken aufzuweisen. Was die Transparenz betrifft, so sind bei allen drei Systemen die Informationen nur teilweise öffentlich zugänglich.

2. Mindestanforderungen leiten sich aus Ursachen für Abweichungen her

Ausgehend von der Funktionsweise und den bisherigen Bestrebungen zur Vereinheitlichung folgern wir, dass Unterschiede bei der Einstufung zwischen den verschiedenen PBES reduziert werden können, wenn es gelingt Soll- und Ist-Werte innerhalb der einzelnen PBES anzugleichen.⁸⁸ Als Ursachen für diese Soll-Ist-Abweichungen sehen wir:

- Fehleinschätzung des Pflegebedarfs infolge ungenügender systematischer Bedarfsabklärung.
- Überholte Pflegeaufwendungen, weil pflegewissenschaftliche Erkenntnisse nicht nachvollzogen wurden.
- Veraltete hinterlegte Zeitwerte, weil keine aktuellen Zeitstudien durchgeführt wurden.
- Einsparungen bei der Qualität infolge mangelnder Qualitätsindikatoren.

Aus unserer Sicht sind für diese Angleichung folgende Szenarien denkbar:

⁸⁷ Siehe Abschnitt 2.8.

⁸⁸ Siehe Abschnitt: 3.3.4.

- A) Der Bund gibt inhaltliche und methodische Mindestanforderungen vor, die die Qualität der PBES verbessern und die Abweichungen von Soll- und Ist-Werten innerhalb eines PBES vermindern.
- B) Der Bund verpflichtet die Systemanbieter, die Streuung (Varianz) und mittlere Abweichungen zwischen Soll und Ist für jede Stufe innerhalb eines PBES in einem bestimmten Toleranzbereich zu halten.
- C) Ganz eliminiert werden die Abweichungen zwischen den Systemen logischerweise, wenn die Mindestanforderungen dazu führen, dass nur noch ein System eingesetzt wird, zum Beispiel, wenn der Bund vorgibt, dass ein PBES die Einstufung:
- basierend auf einem Leistungskatalog oder
 - basierend auf einer Zuordnung zu einer Pflegeaufwandgruppe vornehmen muss.

Die folgende Tabelle zeigt, mit welchen Mindestanforderungen bestehende Abweichungen vermindert werden können:

Tabelle 11: Herleitung möglicher Mindestanforderungen

Ursachen für Abweichungen zwischen Soll- und Ist-Werten⁸⁹	Mindestanforderung
Fehleinschätzung des Pflegebedarfs	1. Systematische, valide und reliable Bedarfsabklärung
Überholte Pflegeaufwendungen/ Minutenwerte	2. Berücksichtigung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse, auch für Leistungskatalog und -qualität 3. Zeitstudien mit normiertem Leistungskatalog
Einsparungen bei der Qualität	4. Qualitätsindikatoren
Ungenügende Transparenz	5. Vollständige Transparenz

Tabelle INFRAS.

3. Bündel erlauben mehr oder weniger Vereinheitlichung

Ausgehend von den Stossrichtungen lassen sich vier Szenarien bilden, anhand derer gezeigt werden kann, wie sich die Mindestanforderungen auf die Vereinheitlichung auswirken. Die Szenarien unterscheiden sich in Bezug auf die Ausgestaltung der Mindestanforderungen und in Bezug auf das Ergebnis der Vereinheitlichung:

⁸⁹ Siehe Abschnitt 3.3.4.

Tabelle 12: Szenarien

Szenario	Mindestanforderung
Szenario I: Methodische Vorgaben	<ol style="list-style-type: none"> 1. Systematische Bedarfsabklärung 2. Berücksichtigung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse 3. Zeitstudien 4. Qualitätsindikatoren 5. Vollständige Transparenz
Szenario II: Toleranzvorgaben für maximale Abweichung	6. Zusätzlich zu den Anforderungen gemäss Szenario I: Einhaltung eines Toleranzbereichs für maximale Abweichung der zwischen Soll- und Ist-Werte innerhalb eines PBES
Szenario IIIa: Einstufungsmethodik über Leistungskatalog	7. Zusätzlich zu den Anforderungen gemäss Szenario I: Einstufung basierend auf einem Leistungskatalog
Szenario IIIb: Einstufungsmethode Aufwandgruppen	8. Zusätzlich zu den Anforderungen gemäss Szenario I: Einstufung basierend auf Zuordnung zu einer Pflegeaufwandgruppe

Tabelle INFRAS.

In Bezug auf die Vereinheitlichung erwarten wir folgende Entwicklung:

- Von Szenario I erwarten wir, dass die Abweichungen zwischen Soll- und Ist-Wert verringert werden können, bei RAI und BESA insbesondere gegenüber PLAISIR, aber auch zwischen BESA und RAI. Zentral für den Erfolg von Szenario I sind Zeitstudien.
- Mit dem Szenario II sollten sich die Abweichungen innerhalb eines PBES auf ein vorgegebenes Mass reduzieren lassen. Die Mindestanforderungen gemäss Szenario I sind ebenfalls zu erfüllen.
- Mit Szenario IIIa sollten sich die Abweichungen reduzieren lassen, sofern gleichzeitig die Mindestanforderungen gemäss Szenario I vorgegeben werden.
- Mit Szenario IIIb sollte das Problem unterschiedlicher Einstufungen stark zurückgehen, weil nur noch RAI auf dem Markt verbleibt. Falls weitere Systeme in den Markt eintreten würden, wären die Auswirkungen mit Szenario IIIa vergleichbar, sofern gleichzeitig die Mindestanforderungen gemäss Szenario I vorgegeben werden.

4. Anpassungsfähigkeit

Keines der drei Systeme erfüllt heute schon alle Mindestanforderungen. Die Einführung von Mindestanforderungen würde deshalb von den Systemen gewisse Anpassungen voraussetzen. In der Vergangenheit haben zumindest BESA und RAI gezeigt, dass sie bereit sind Anpassungen vorzunehmen (bspw. bei den Qualitätsindikatoren). Bei BESA beurteilen wir die Anpassungsfähigkeit am höchsten, weil es ein Schweizer Instrument ist und nicht wie RAI und PLAISIR an eine ausländische/internationale Mutterorganisation gebunden ist. Bei RAI und PLAISIR könnte dieser Umstand evtl. Widerstand bei Transparenzvorgaben auslösen. Bei PLAISIR ist die Anpassungsfähigkeit aus unserer Sicht fraglich, da dieses System die Mindestanforderungen 1-5

heute am wenigsten erfüllt. Dass sich eines der drei PBES methodisch grundsätzlich anders ausrichten würde, erachten wir aus kommerziellen Überlegungen als wenig wahrscheinlich.

5.2. Vor- und Nachteile der Szenarien

Die Vor- und Nachteile der Szenarien, insbesondere in Bezug auf die Vereinheitlichung, werden wie folgt beurteilt:

Szenarien	Vorteile	Nachteile
Szenario I: Mindestanforderungen 1-5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relativ geringer Eingriff ▪ Freiheit der Systemwahl bleibt erhalten ▪ Wettbewerb unter Systemen, Spielraum für Innovation bleibt erhalten ▪ Relativ einfach umsetzbar ▪ Höhere politische Akzeptanz ▪ Abweichungen zwischen Soll und Ist je Stufe innerhalb eines PBES verringern sich 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abweichungen bleiben teilweise bestehen ▪ Unsicher, wie gross der Grad der Vereinheitlichung ist ▪ Stetige Überprüfung nötig ▪ Aufwand für Zeitstudien
Szenario II: Toleranzvorgabe für max. Abweichung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie Szenario I ▪ Abweichungen zwischen Soll und Ist je Stufe innerhalb eines PBES verringern sich <i>auf ein vorgegebenes Mass</i> ▪ Streuung (Varianz) der Ist-Werte innerhalb einer Bedarfsstufe verringern sich <i>auf ein vorgegebenes Mass</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abweichungen bleiben teilweise bestehen, aber in einem kontrollierten Rahmen ▪ Stetige Überprüfung nötig ▪ Aufwand für Zeitstudien und Monitoring
Szenario IIIa: Einstufung basierend auf einem Leistungskatalog	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vollständige (oder zumindest sehr gute) Vereinheitlichung ▪ Auf Schweiz zugeschnittenes System (bei BESA) ▪ Evtl. langfristige Effizienzgewinne (weniger Schulung, weniger Knowhow-Verlust bei Wechsel) ▪ Mehr Transparenz im Pflegeversorgungssystem 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evtl. nur noch ein Anbieter mit entsprechenden Abhängigkeiten, kein Wettbewerb, weniger Innovation ▪ Sehr hoher Wechsellaufwand für Pflegeheime mit alternativem PBES: Anschaffung eines neuen Systems, Schulung von Mitarbeitenden
Szenario IIIb: Einstufung basierend auf Zuordnung zu einer Pflegeaufwandgruppe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vollständige (oder zumindest sehr gute) Vereinheitlichung ▪ Internationale Verankerung ▪ Evtl. langfristige Effizienzgewinne (weniger Schulung, weniger Knowhow-Verlust bei Wechsel) ▪ Mehr Transparenz im Pflegeversorgungssystem 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vermutlich nur noch ein Anbieter (RAI), Abhängigkeiten, kein Wettbewerb, weniger Innovation ▪ Sehr hoher Wechsellaufwand für Pflegeheime mit alternativem PBES: Anschaffung eines neuen Systems, Schulung von Mitarbeitenden

Tabelle INFRAS.

5.3. Empfehlungen

Ausgehend von den vorangehenden Ausführungen denken wir, dass bei den Szenarien IIIa und IIIb der Grad der Vereinheitlichung am grössten wäre. Die Szenarien hätten auch langfristige Vorteile (vgl. oben). Der Wechselaufwand und der Widerstand bei Kantonen, Anbietern und Anwendern wäre allerdings gross. Wir empfehlen deshalb:

- In einem ersten Schritt ein Konzept für die Szenarien I und II zu entwerfen. Dazu sollte das BAG zusammen mit Stakeholdern, Expertinnen und Experten genau prüfen, wie sich die Szenarien umsetzen lassen, wie weit die Vereinheitlichung gehen kann und wie sich dies mit Zeitstudien etc. bewerkstelligen liesse.
- Das angestrebte Vereinheitlichungsziel mit einem Monitoring zu überprüfen.
- Wenn sich bei der Umsetzung von Szenario I oder II zeigt, dass Widerstände bestehen und/oder der Grad der Vereinheitlichung ungenügend bleibt, empfehlen wir dem Bund, Szenario III umzusetzen (a oder b).

Annex

A) Begriffsdefinitionen

Pflegebedürftigkeit

Es liegt keine einheitliche Definition dieses Begriffes vor. Eine allgemeine Definition gemäss Neufeld (2009, p. 14) ist folgende: „Pflegebedürftigkeit orientiert sich an Funktionseinschränkungen und Ressourcen des Menschen unter Einbezug seines sozialen Umfeldes“.

Pflegebedarf

Pflegebedarf beschreibt den erwarteten Aufwand von Pflege (Isfort 2001, p. 45) bzw. die Interventionsebene, die für die Bewältigung der Pflegeprobleme erforderlich ist. Er orientiert sich an Pflegezielen und den Ressourcen des Individuums (Neufeld 2009, p. 15). Als Leistungen, die aufgrund der Bedarfsabklärung auf ärztliche Anordnung hin erbracht werden und nach KLV einen Beitrag erhalten, gelten: Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen. Dies sind Leistungen wie Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination sowie Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung und zudem Massnahmen der Grundpflege (Art. 7 KLV)

Pflegeaufwand

Pflegeaufwand kann als die Gesamtheit der tatsächlich erbrachten Pflgetätigkeiten definiert werden. Der Pflegeaufwand kann von dem abweichen, was durch eine Pflegenden als Pflegebedarf ermittelt wurde (Isfort 2001, p.45). Beispiele dafür sind Gesprächsführung und emotionale Unterstützung und Zuwendung bei Pflegeheimbewohnenden.

Pflegeleistung

Eine eindeutige Definition des Begriffes Pflegeleistung ist aufgrund unterschiedlicher Denk- und Sichtweisen schwierig. Aus einer betriebswirtschaftlichen Sichtweise sind Leistungen mit einem Outcome (z.B. Verbesserung des Gesundheitszustandes, angst- und schmerzfreies Sterben) verbunden (Isfort 2001). Einen erweiterten Begriff findet man bei Manfred Haubrock (1992): „Da unter Berücksichtigung der Gesamtleistungen der Wirkungszusammenhang medizinischer und pflegerischer Massnahmen nicht transparent ist, muss schon das Tätigwerden in der Absicht, das Hauptziel der betrieblichen Tätigkeit zu erreichen, als Leistung anerkannt werden. Demzufolge liegt eine Leistung nicht nur dann vor, wenn aufgrund des Leistungsprozesses ein bestimmtes Ziel erreicht worden ist, sondern schon allein die Tätigkeit, die im Hinblick auf ein bestimmtes Leistungsergebnis durchgeführt wurde, ist als Leistung anzuerkennen, unabhängig davon, ob das vorgesehene Ziel erreicht wurde oder nicht.“

Tabelle 13: Dimensionen von Pflegemessverfahren

Dimension	Inhalt
Pflegepraktische Dimension	Das Messverfahren liefert Daten, die einen erleichternden Einfluss auf die Arbeit haben (z.B. im Rahmen des Pflegeprozesses/ als Ersatz für eine Pflegedokumentation) und für den Patienten eine positive Auswirkung haben.
Pflegephilosophische Dimension	Es gibt Aspekte innerhalb des Instrumentes, die Rückschlüsse auf ein Pflegeverständnis zulassen und sich mit pflege-theoretischen Erklärungen begründen lassen. Personenzentriert, ressourcenorientiert (Fähigkeiten fördern).
Ökonomische Dimension	Dem Messverfahren liegen Größen zugrunde, die eine Berechnung des finanziellen Aufwandes von Pflege ermöglichen oder die Personalbemessungsverfahren ermöglichen.
Pragmatische Dimension	Dem Messverfahren steht im Vergleich zum erwarteten Gewinn ein vertretbarer Aufwand entgegen.
Qualitätspolitische Dimension	Dem Messverfahren liegen Aspekte zugrunde, die einen Rückschluss über die qualitative Art der Durchführung und das erreichte Ziel zulassen.
Wissenschaftsmethodische Dimension	Das Messverfahren hält den allgemeinen Kriterien eines wissenschaftlichen Instrumentes stand.

Tabelle INFRAS. Quelle: nach Isfort 2001.

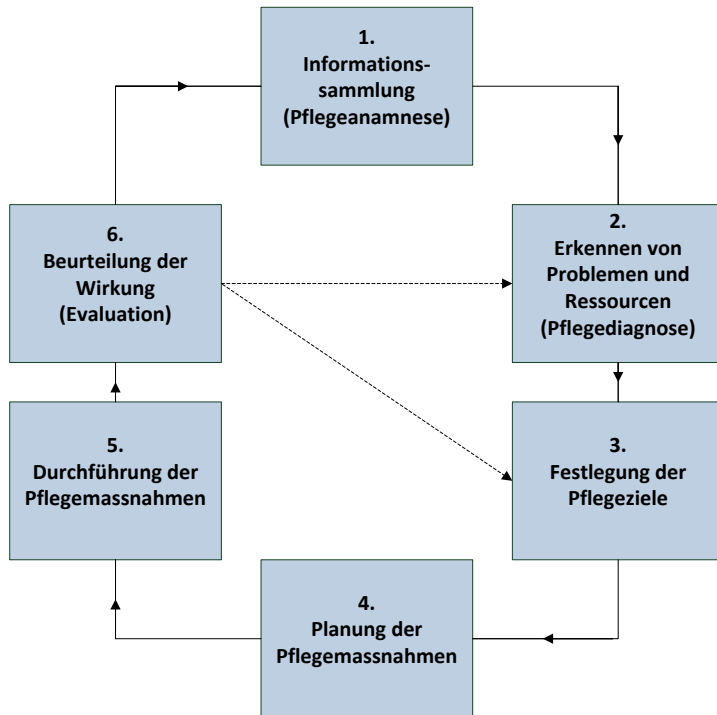
B) Pflegeprozess

Betriebliches Kernelement der Pflege von pflegebedürftigen Personen in Heimen ist der Pflegeprozess. Der Pflegeprozess ist eine systematische Arbeitsmethode der professionellen Pflege und bildet damit die Grundlage des professionellen pflegerischen Handelns. Er besteht aus logisch aufeinander aufbauenden Phasen/Schritten, die sich wechselseitig beeinflussen.⁹⁰ Die Terminologie in Bezug auf die einzelnen Phasen des Pflegeprozesses ist nicht einheitlich. Gängig sind 4-, 5- und 6-schrittige Modelle. Das 6-schrittige Modell nach Fiechter und Meier in der Schweiz am weitesten verbreitet (siehe folgende Abbildung):⁹¹

⁹⁰ Hojdelewicz, 2012.

⁹¹ Fiechter & Meier, 1998.

Abbildung 11: Pflegeprozessmodell



Quelle: IPW-FHS, basierend auf Fiechter und Meier (1998).

Eng mit dem eigentlichen Pflegeprozess verbunden sind folgende Prozesse:

- Ressourcenmanagement: Dieses dient der Dienst- und Einsatzplanung des Pflegepersonals unter Berücksichtigung des Skill- und Grademixes. Basis für das Ressourcenmanagement bildet die Planung der Pflegemassnahmen (Schritt 4 im Pflegeprozess).
- Leistungsabrechnung: Die Kosten für Pflege, Betreuung und Unterkunft/Verpflegung werden den Heimbewohnenden in Rechnung gestellt. Die Pflegeleistungen nach Artikel 25a KVG und Artikel 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) werden durch Patienten, Kantone und Versicherer finanziert. Der Beitrag der Versicherer basiert auf einer Zuweisung der pflegebedürftigen Person in eine der zwölf Pflegebedarfsstufen gemäss KLV.
- Qualitätsmanagement: Die Resultate des Pflegeprozesses werden ausgewertet und Qualitätsindikatoren abgeleitet.

Neben der Pflege werden auch Leistungen in Form von Betreuung und Begleitung erbracht. Hierzu zählen Leistungen und Tätigkeiten, die den Heimbewohnenden helfen den Alltag zu bewältigen, bspw. Spaziergehen, Zeitung vorlesen etc. An Demenz erkrankte Personen sind häufig betreuungsintensiv und weniger pflegeintensiv.

C) Pflegeklassifikationen

Ergänzend zu den PBES kommen Pflegeklassifikationssysteme zur Anwendung: Pflegeklassifikationen dienen grundsätzlich der Systematisierung und Einordnung verschiedener Gegenstandsbereiche der Pflege und setzen an verschiedenen Punkten des Pflegeprozesses an. Beispiele gängiger Pflegeklassifikationssysteme und deren Einsatz im Pflegeprozess sind in nachfolgender Tabelle dargestellt (Tab. 3).

Tabelle 3: Pflegeklassifikationssysteme

Klassifikation	Einsatz im Pflegeprozess	Beispiel
North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I) ⁹²	Pflegediagnose (Schritt 2)	Beeinträchtigte körperliche Mobilität (00085) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definition ▪ Mögliche ursächliche oder beeinflussende Faktoren ▪ Bestimmende Merkmale oder Kennzeichen
Nursing Intervention Classification NIC ⁹³	Pflegemassnahme (Intervention) (Schritt 4, 5)	Mobilität physisch, eingeschränkt <ul style="list-style-type: none"> ▪ Förderung der Beweglichkeit (5 Interventionen) ▪ Übungen und Trainings (13 Interventionen) ▪ Optionale Interventionen (20 Interventionen)
Nursing Outcomes Classification (NOC) ⁹⁴	Pflegeergebnis (Outcome) (Schritt 3, 6)	Beeinträchtigte körperliche Mobilität <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gehen (0200) ▪ Fortbewegung: Rollstuhl (0201) ▪ Gleichgewicht (0202) ▪ Körperposition: selbsinitiierte (0203) ▪ Mobilität (0208) ▪ Transferausführung (0210) ▪ Koordinierte Bewegung (0212) ▪ Körperbewegung und –haltung: Ausführung (1616) ▪ 36 weitere zusätzliche Ergebnisse
European Nursing care Pathways (ENP) ⁹⁵	Pflegediagnose, Pflegeergebnis und Pflegemassnahme (Schritte 2-6)	Zusammenfassung von Pflegediagnose, Pflegeintervention und Pflegeoutcome (ähnlich w.o. beschrieben) in einem System
International Classification for Nursing Practice (ICNP) ⁹⁶	Pflegediagnose, Pflegeergebnis und Pflegemassnahme (Schritte 2-6)	Zusammenfassung von Pflegediagnose, Pflegeintervention und Pflegeoutcome (ähnlich w.o. beschrieben) in einem System

Quelle: Eigene Darstellung, basierend auf Pflegeprozess nach Fiechter und Meier und Unterlagen der Systemanbieter. (Fiechter&Meier).

D) Verortung der Pflegebedarfserfassungssysteme im Pflegeprozess

Die nachfolgende Grafik zeigt beispielhaft anhand von BESA und RAI, wo die PBES im Pflegeprozess verortet sind und welches die wichtigsten Schnittstellen zu weiteren Prozessen sind:

⁹² Adler, K. (2012).

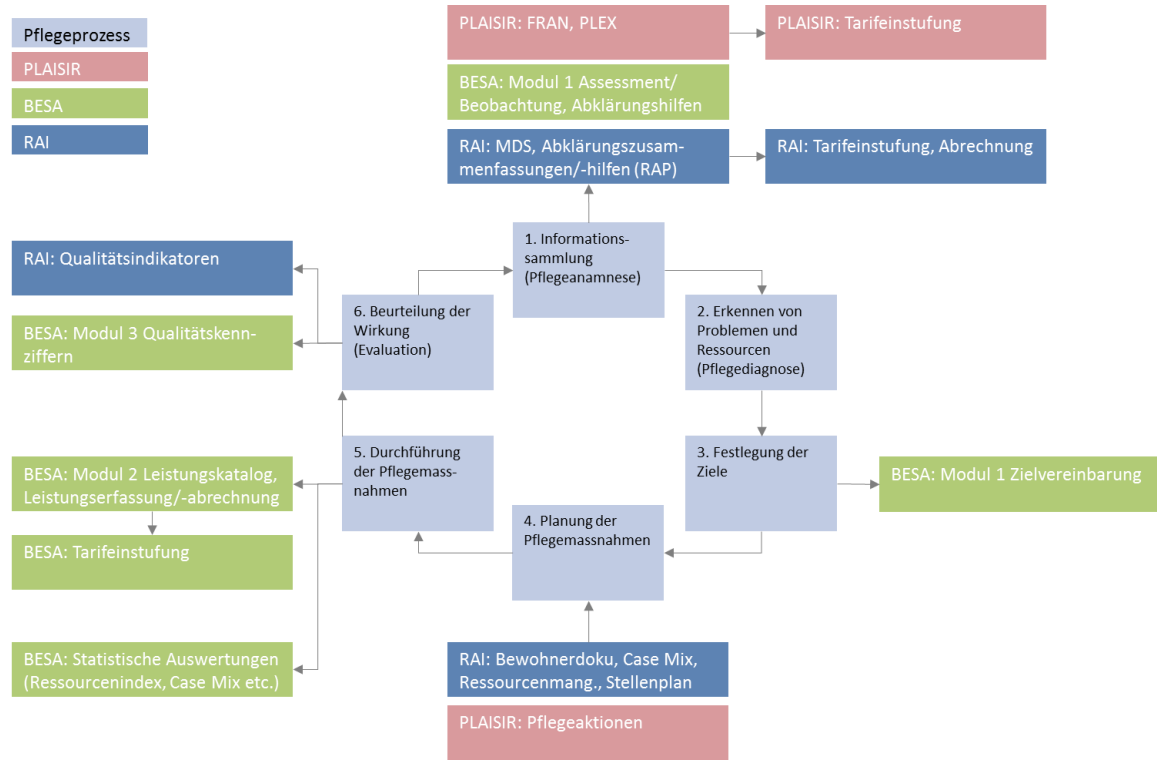
⁹³ McCloskey, J. C. (2000).

⁹⁴ Johnson, M., & Moorhead, S. (2013).

⁹⁵ Wieteck, P. (2013).

⁹⁶ International Council of Nurses <http://www.icn.ch/icnupdate.htm>

Abbildung 4: Verortung der wichtigsten Elemente der Pflegebedarfserfassungssysteme im Pflegeprozess



Quelle: Eigene Darstellung, basierend auf Pflegeprozess nach Fiechter und Meier und Unterlagen der Systemanbieter. (Fiechter&Meier).

E) Systemübersicht: Ergänzende Angaben

Die folgende Tabelle enthält weitere Angaben zu den PBES, soweit diese aus den uns vorliegenden Unterlagen entnommen werden konnten oder im Rahmen der Gespräche mit den Akteuren erwähnt wurden. Es wurden für diese Angaben keine weitergehenden Abklärungen getroffen.

Tabelle 14: Ergänzende Angaben zu den PBES

	interRAI	RAI-NH 2.0 (erweiterte Schweizer Version)	BESA	PLAISIR
Schritt im Pflegeprozess				
Informationssammlung / Pflegeanamnese	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Minimum Data Set (MDS) ▪ System signalisiert Problem-bereiche ▪ Resident Assessment Pro-tocols (RAPs) (20) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Minimum Data Set (MDS) ▪ System signalisiert Problemberei-che ▪ Abklärungszusammenfassungen und -hilfen (20) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhebung der Bewohnersicht (Assess-ment) ▪ Erhebung der Pflegesicht (Beobach-tung) ▪ System signalisiert Zugehörigkeit zu ei-ner Risikogruppe ▪ Abklärungshilfen (6) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhebung des bio-psycho-sozialen Profils und der erforderlichen Pflege-leistungen über FRAN (Formulaire de Relevé des Actions Nursing) erhoben ▪ PLEX: online-Fragebogen
Festlegung der Pflegeziele		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Basierend auf MDS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zielformulierung basierend auf Res-sourcen-Analyse und nach Schwer-punktbildung 	
Planung der Pflegemassnahmen		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modul Pflegeplanung und Res-sourcenmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Basierend auf Bedarfsabklärung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Berechnung der Quantität der erforderlichen Pflege-/Unterstützungsres-sourcen basierend auf Verarbeitung der mit FRAN erhobenen Angaben
Durchführung der Pflegemassnahmen		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Basierend auf Pflegeplanung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Basierend auf Pflegeplanung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Basierend auf Pflegeplanung
Beurteilung der Wirkung (Ebene Bewohnende)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsindikatoren 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zielerreichung zwischen zwei Erhebun-gen 	

	interRAI	RAI-NH 2.0 (erweiterte Schweizer Version)	BESA	PLAISIR
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätskennziffern (den/die Bewohnende betreffend)⁹⁷ 	
Weitere Elemente im PBES				
Version	<ul style="list-style-type: none"> ▪ interRAI Long-Term Care Facilities (LTCF) Assessment Form and User's Manual ▪ Version 9.1⁹⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Übersetzte und erweiterte Schweizer Version von interRAI long Term Care Resident Assessment Instrument Version 2.0 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BESA System Version 4 mit Leistungskatalog LK2010 ▪ BESA Version 5 (Weblösung) 	
Aufbau	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Minimum Data Set (MDS) ▪ Triggers ▪ Clinical Assessment Protocols (CAPs) ▪ Status and outcome measures 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Minimum Data Set (MDS) ▪ Abklärungszusammenfassung und -hilfen (Resident Assessment Protokolle – RAPs) ▪ Qualitätsindikatoren ▪ Ressourcenmanagement ▪ Pflegeaufwandgruppen (Resource Utilization Groups – RUGs) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modul 1 Ressourcen Bedarfsklärung (Assessment, Beobachtung, Abklärungshilfen) und Zielvereinbarung (Zielvereinbarung, Zielfestsetzung) ▪ Modul 2 Leistungen ▪ Leistungskatalog 2010 ▪ Modul 3 Qualität 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ FRAN: Fragebogen zur Evaluierung der erforderlichen Pflege und Unterstützung ▪ IMPFRAN: Von Computer generierte kompakte Fassung des FRAN (Output), Überprüfung bei Eros) ▪ PLEX: Vereinfachte Version, keine Überprüfung durch Spezialistin

⁹⁷ Qualitätsindikatoren beziehen sich auf das ganze Pflegeheim.

⁹⁸ The MDS was revised (Version 2.0) in 1994–95, and was implemented in all U.S. nursing homes in 1996. The MDS 3.0 is not an interRAI product, although interRAI still holds the copyright outside the U.S. for many assessment items in that instrument.

Erfasste Daten	interRAI	RAI-NH 2.0 (erweiterte Schweizer Version)	BESA	PLAISIR
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anhand interRAI LTCF Assessment Form, updated MDS-HC 2.0) ▪ A: Identification Information ▪ B: Intake and Initial History ▪ C: Cognition ▪ D: Communication and Vision ▪ E: Mood and Behavior ▪ F: Psychosocial Well-Being ▪ G: Functional Status ▪ H: Continence ▪ I: Disease Diagnosis ▪ J: Health Conditions ▪ K: Oral and Nutritional Status ▪ L: Skin Conditions ▪ M: Activity Pursuit ▪ N: Medications ▪ O: Treatments and Procedures ▪ P: Responsibility and Directives ▪ Q: Discharge Potential ▪ R: Discharge ▪ S: Assessment Information 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anhand MDS Version 2.0: ▪ A: Angaben zur Person und Hintergrundinformationen ▪ B: Kognitive Fähigkeiten ▪ C: Kommunikative Fähigkeiten / Hören ▪ D: Sehfähigkeit ▪ E: Stimmungslage und Verhalten ▪ F: Psychosoziales Wohlbefinden ▪ G: Körperliche Funktionsfähigkeit / ADL ▪ H: Kontinenz ▪ I: Krankheitsdiagnosen ▪ J: Gesundheitszustand ▪ K: Ernährungsstatus ▪ L: Mund-/ Zahnstatus ▪ M: Zustand der Haut ▪ N: Beschäftigungsmuster ▪ O: Medikation ▪ P: Spezielle Behandlungen / Massnahmen ▪ Q: Gesamtzustand ▪ R: Assessmentinformationen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stammdaten ▪ Assessment (Bewohnersicht) und Beobachtung (Pflege-Sicht): ▪ 1: Wach sein und schlafen ▪ 2: Sich bewegen ▪ 3: Sich waschen und kleiden ▪ 4: Essen und Trinken ▪ 5: Ausscheiden ▪ 6: Körpertemperatur regulieren ▪ 7: Atmen ▪ 8: Sich sicher fühlen und verhalten ▪ 9: Raum und Zeit gestalten ▪ 10: Kommunizieren ▪ Leistungskatalog 2010: ▪ Pflegeleistungen in den 5 Pflegeheimen psychogeriatrische Leistungen, Mobilität – Motorik – Sensorik, Körperpflege, Essen und Trinken, Medizinische Leistungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bio-psycho-soziales Profil; 8 Bedarfserfassungsstufen mit 104 Variablen:⁹⁹ ▪ F: Diagnosen (ICD) (bis zu 9 Diagnosen) ▪ G, K,L,O,R: Beeinträchtigungen (I-CIDH) mit 5 Variablen (mit 9 Niveau) ▪ P: Psychische und sensorische Defizite (ICIDH) mit 16 Variablen (mit 4 Niveau) ▪ Q: Psychische Probleme mit 13 Variablen (mit 3 Niveau) ▪ I: Motorische Defizite: Lokalisierung mit 20 Variablen (mit 4 Niveau) ▪ J: Kompensationen für die physischen Unfähigkeiten mit 12 Variablen (0,1) ▪ H: Die Bewegungsfähigkeit bedingende Faktoren mit 16 Variablen (0,1) ▪ M: Freiheitsbeschränkende /entziehende Maßnahmen 13 Variablen (mit 4 Niveau)

⁹⁹ Tilquin 2004.

interRAI	RAI-NH 2.0 (erweiterte Schweizer Version)	BESA	PLAISIR	
Erfasste Daten zu ATL (Aktivitäten des täglichen Lebens; ADL= Activities of Daily Living)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Bereich G erfassten Activities of Daily Living Self-Performance ▪ G1a Bathing ▪ G1b Personal hygiene ▪ G1c Dressing upper body ▪ G1d Dressing lower body ▪ G1e Walking ▪ G1f Locomotion ▪ G1g Transfer toilet ▪ G1h Toilet use ▪ G1i Bed mobility ▪ G1j Eating 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im MDS werden Basic Activities of Daily Living im Bereich G erfasst: a. Bewegung im Bett b. Transfer c. Gehen im Zimmer d. Gehen im Korridor e. Fortbewegung auf der Abteilung f. Fortbewegung ausserhalb der Abteilung g. An-/Auskleiden h. Essen / Trinken i. Toilettenbenutzung j. Persönliche Hygiene 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Instrumente Ressourcen und Beobachtung basiert unter anderem auf dem ATL Pflegemodell nach Liliane Juchli und Nancy Roper: 1: Wach sein und schlafen 2: Sich bewegen 3: Sich waschen und kleiden 4: Essen und Trinken 5: Ausscheiden 6: Körpertemperatur regulieren 7: Atmen 8: Sich sicher fühlen und verhalten 9: Raum und Zeit gestalten 10: Kommunizieren 	Aus den uns vorliegenden Unterlagen nicht ersichtlich.
Datenerfassungszeitpunkt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erstes Assessment am 4. Tag nach Eintritt. ▪ Routine Re-Assessment. (keine Angabe zum Zeitpunkt) ▪ Rückkehr Assessment (z.B. nach einem Spitalaufenthalt) ▪ Signifikante Statusveränderung (am 3 Tag nachdem eine signifikante Veränderung festgestellt wurde). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesamtbeurteilung bei Eintritt (Tag 15-16 nach Eintritt, spätestens nach 21 Tagen). ▪ Wiederholung der MDS Beurteilung alle 6 Monate. Bei gleichbleibendem Zustand mit der Halbjährlichen Zwischenbeurteilung, nach weiteren 6 Monaten mit der Gesamtbeurteilung. ▪ Ergibt sich in der Zwischenzeit eine signifikante Statusänderung wird nach einer 14tägigen Beobachtungsperiode erneut eine Gesamtbeurteilung durchgeführt. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eintrittserhebung (innerhalb von 30 Tagen). ▪ Wiederholung der Beurteilung alle 6 Monate. Bei gleichbleibendem Zustand wird eine Zwischenerhebung, nach weiteren 6 Monaten eine Vollerhebung gemacht. Ausserhalb des standardisierten Rhythmus kann eine ausserordentliche Erhebung (Zwischen- resp. Vollerhebung) vorgenommen werden. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PLAISIR: Eintrittserhebung (zwischen der 3. und 8. Woche). ▪ Neue Beurteilung während des Aufenthalts, falls sich der Zustand ändert.

	interRAI	RAI-NH 2.0 (erweiterte Schweizer Version)	BESA	PLAISIR
Beobachtungsperiode	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beobachtungszeitraum über 30 Tage (Mehrzahl der Items), 30 Tage, 90 Tage. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geplante Beobachtungsperiode von 14 Tagen: MDS Punkte beziehen sich auf Beobachtungsperioden von 7 Tagen (Mehrzahl der MDS-Punkte), 14 Tage, 30 Tage und 90 Tage. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geplante Beobachtungsperiode: Items beziehen sich Beobachtungsperioden von 7 Tagen (Mehrzahl der Items), 14 Tage, 30 Tage und 90 Tage. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geplante Beobachtungsperiode von 7 Tagen.
Indikatoren für Abrechnung		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegeaufwandgruppen (Resource Utilization Groups = RUGs) umfassen 7 Hauptgruppen und 36 Untergruppen. -> Pflegeaufwand ansteigend von reduzierte physische Funktion nach Rehabilitation. ▪ Einteilung in eine Gruppe erfolgt aufgrund klinischer Merkmale (z.B. spezielle Behandlung, kognitive Beeinträchtigung) und aufgrund des ADL-Indexes (Messgrösse welche die Pflegebedürftigkeit in den basalen Aktivitäten des täglichen Lebens zum Ausdruck bringt). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 95 Pflegeleistungen (Items) sind in 10 Massnahmenpakete unterteilt und zu 5 Pflegeethemen (Psychogeriatrische Leistungen; Mobilität Motorik, Sensorik; Körperpflege; Essen und Trinken; Medizinische Leistungen) gruppiert. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einstufung in 10 Pflegekategorien und in 30 Pflegebereiche mit 3 Pflegearten (88). ▪ Auf Basis dieser Einstufung werden die erforderliche Ressourcen (184 Pflegeinterventionen) berechnet; Berechnung der durchschnittlichen Pflegeintensität, der Pflegeintensität pro Bedarfskategorie.

interRAI	RAI-NH 2.0 (erweiterte Schweizer Version)	BESA PLAISIR
Systematik hinter Abrechnung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CH-Index: aufgrund einer interkantonalen Zeitstudie entwickeltes Pflegeindex-Modell. In dem CH-Index findet die Eichung am Mittelwert der durchschnittlichen Pflegezeit aller Pflegeaufwandsgruppen statt. Der Mittelwert beträgt 1 und entspricht einer durchschnittlichen Pflegezeit von 114.6 Minuten pro Tag. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jeder Pflegeleistung (Item) ist ein Minutenwert hinterlegt. Dazu werden die Häufigkeiten der erbrachten Pflegeleistung, ein Anwesenheitsfaktor der Pflegenden und der Mitwirkungsfaktor der Bewohnenden erfasst. ▪ Häufigkeiten sind in drei Bereiche gegliedert: Normhäufigkeit, Unternorm, Übernorm und umfassen 1-3 Mal, 2-4 Mal, 5-10 Mal pro Zeiteinheit (Tag, Woche, Monat, Jahr). ▪ Anwesenheit der Pflegemitarbeitenden ist in drei Bereichen festgelegt ($\leq 15\%$, $> 15\%$ und $\leq 70\%$, $> 70\%$). ▪ Mitwirkungsfaktor der Bewohnenden wird in 5 Ausprägungsstufen erfasst. ▪ Pro Massnahmenpaket wird ein Minutenwert errechnet. Querschnittsleistungen und Spezialaufwände (z.B. Massnahmenplanung und -koordination) werden in einem Massnahmenpaket 6 erfasst. ▪ Die vom System errechneten Pflegeminuten werden aufsummiert.

Tabelle INFRAS. Quelle: Unterlagen und Webseiten der Systemanbieter, Interviews mit Akteuren.

F) Methode CURAtime

Die Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz mit Vertretern von senesuisse, CURAVIVA, HPlus hat eine Tätigkeitsliste erstellt, anhand derer alle Tätigkeiten der Pflegepersonen unter folgenden Kategorien erfasst werden:

- Kostenträger Pflege: Massnahmen der Grundpflege,
- Kostenträger Pflege: Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung,
- Kostenträger Pflege: Massnahmen der Untersuchung und Behandlung,
- Kostenträger Pflege: Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination,
- Kostenträger Pflege: nicht Krankenkassenpflichtige Tätigkeiten,
- Kostenträger Betreuung,
- Kostenträger Pension: Hotellerie,
- Strukturkosten: Tätigkeiten, die für einen Teilbetrieb, eine Abteilung oder die Institution erbracht werden.

Die Durchführung einer CURAtime Tätigkeitsanalyse folgt einem Standard-Ablauf, welcher sicherstellen soll, dass einerseits die einzelnen Projektschritte abgestimmt sind und andererseits die Ergebnisse möglichst vergleichbar sind:

- Vorbereitungsphase, umfasst u.a. ein Projektbriefing, Software Installation, Erfassung Stammdaten, Personal- und Key Userschulungen,
- Probephase, vertraut machen der Mitarbeitenden mit der Datenerfassung, inklusive einer zweitägigen Stationsbegleitung durch die Firma MicroMED AG,
- Livephase, während 14 Tagen erfassen alle Mitarbeitenden der Pflege und gegebenenfalls auch Personen welche in der Hauswirtschaft tätig sind über 24 Stunden mittels Scanner und Strichcode alle ihre Tätigkeiten.

Neben den Tätigkeiten über 24 Stunden werden folgende Daten erfasst:

- Personal: Organisationsstufe (z.B. Abteilungsleitung, Mitarbeiter), Bereich (z.B. Pflege und Betreuung, Ausbildungsverantwortliche), Ausbildungsstatus (z.B. Dipl. Pflegefachfrau, FAGE), Personaleinsatz (z.B. Tertiär leitend, Sekundarstufe II fachlich), Geschlecht.
- Bewohnende: Art Leistungsempfänger (z.B. Bewohner/Bewohnerin, Tages- / Nachtgast), Pflegestufe, Demenzklassifikation (mittels Clinical Dementia Rating (CDR), Morris 1993), Beurteilung Einstufung (erfolgt nach Abschluss der Analyse, z.B. korrekt eingestuft, Palliativsituation), Geschlecht, Geburtsdatum.

Nachdem die Datenerfassung abgeschlossen ist, werden die Daten von MicroMED AG ausgewertet und anschliessend in der Institution in einem Workshop präsentiert.

G) Pflegefinanzierung

Seit Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung am 1. Januar 2011 werden die Pflegekosten bei einem Heimaufenthalt von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP, Grundversicherung), der versicherten Person und dem Kanton übernommen. Die Pflegeleistungen werden wie folgt finanziert:

- Beiträge Versicherer: Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) entrichtet einen Beitrag an die Pflegeleistungen. Bei einem stationären Aufenthalt in einem Pflegeheim wird der Beitrag an die Kosten nach dem zeitlichen Pflegebedarf abgestuft. Für Massnahmen der Abklärung und Beratung, der Untersuchung und Behandlung und der Grundpflege beläuft sich der Beitrag zwischen CHF 9 (bei einem Pflegebedarf bis 20 Minuten) bis zu CHF 108 (bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten) pro Pflagegetag (Art. 7a Abs. 3 KLV). Die Pflegebeiträge für Leistungen nach Art. 25a KVG in Pflegeheimen werden in zwölf Stufen differenziert nach dem zeitlichen Pflegebedarf festgesetzt.
- Die nach Abzug der Beiträge der Versicherer verbleibenden Pflegekosten dürfen teilweise den Leistungsbezügerinnen und -bezüger in Rechnung gestellt werden, und zwar bis zu einem Betrag von maximal 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages, d.h. 20% (Art. 25a Abs. 5 KVG) von CHF 108 pro Pflagegetag bei der stationären Pflege (Art. 7a Abs.3 KLV).
- Die Restfinanzierung, d.h. die Übernahme der nach Abzug der Beiträge der Krankenversicherer und der Leistungsbezügerinnen und -bezüger verbleibenden Kosten, regeln die Kantone (Art. 25a Abs. 5 KVG). Es lassen sich folgende Methoden zur Finanzierung der Restkosten unterscheiden:
 - Kantonale Normkosten: Alle Pflegeheime erhalten pro Bewohner/Bewohnerin eine vorgängig festgesetzte Tagespauschale, die abhängig von der Pflegebedarfsstufe ist.
 - Kantonale Höchstgrenzen: Hier sind die vom Kanton oder der Gemeinde maximal übernommenen Kosten für alle Pflegeheime gleich. Anders als bei den Normkosten erhalten Leistungserbringer, die die Leistung mit tieferen Kosten als den kantonalen Höchstgrenzen erbringen konnten, nur die effektiv angefallenen Kosten vergütet.
 - Individuelle Normkosten oder Höchstgrenzen: Die Kantone setzen die Pauschalen oder Höchstgrenzen im Voraus fest, passen diese aber pro Pflegeheim oder allenfalls pro Pflegeheimgruppe an.
 - Restfinanzierung durch die Kantone/Gemeinden.

- Von den Pflegeleistungen sind die Betreuungs- und Hotellerieleistungen abzugrenzen. Zu den Betreuungsleistungen zählen Leistungen zur Aktivierung und Unterhaltung (z.B. Aktivierungstherapie, Veranstaltungen, spirituelle Angebote) oder Betreuung im Alltag (z.B. Begleitung zum Essen, Alltagsgespräche, Spazierengehen). Zu den Hotellerieleistungen zählen Leistungen hinsichtlich Verpflegung, Reinigung und Wäsche. Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung im Heim müssen die Pflegeheimbewohnenden selbst tragen.

H) Auslegeordnung Mindestanforderungen

Basierend auf den Interviews wurde eine erste Auslegeordnung von Mindestanforderung erstellt und die Liste basierend auf eigenen Überlegungen ergänzt.

Mindestanforderungen zur Funktionsweise:

- Das PBES wird basierend auf pflegewissenschaftlichen Grundlagen und unter Einbezug der Pflegefachschaft weiterentwickelt.
- Das PBES wird regelmässig basierend auf wissenschaftlichen Grundlagen (evidenz-basiert) und unter Einbezug internationaler Forschungsergebnisse aktualisiert.
- Funktionsweise des Systems und Anpassungen am System sind transparent.
- Anpassungen am System sind von Regulierungsbehörde (BAG) genehmigt.
- Das PBES ermöglicht die Bildung von – vom Bund vorgegebenen – Qualitätsindikatoren
- Das PBES berücksichtigt landesspezifische Gegebenheiten (kulturelle Validierung).
- Die im System verwendeten Sprachen sind validiert (sprachliche Validierung, basierend auf anerkannter Methodik).
- Validität und Reliabilität sind durch Studien belegt. Der Spielraum bei der Einstufung ist gering bzw. wird durch Ausfüllhilfen unterstützt.

Mindestanforderungen zur Bedarfsabklärung:

- Die Bedarfsabklärung erfolgt systematisch und basierend auf einer standardisierten Beurteilung der Gesamtsituation der Bewohnenden sowie auf einer Abklärung des Umfeldes und des individuellen Pflege- und Hilfebedarfs.
- Beim Eintritt werden mindestens folgende Fähigkeiten beurteilt: ADL, Kognition, Kontinenz, Mobilität/Transfer. Bzw. die pflegerisch relevanten Bereiche werden abgedeckt.
- Demenz und Palliative Care werden bei der Beurteilung transparent und angemessen berücksichtigt.
- Die in der Bedarfsabklärung erfassten Items sollen auf Schweizer Verhältnisse oder nach Vorgabe des Bundes erweitert oder abgeändert werden können.

- Für Bedarfsabklärung werden die Einschätzungen der Bewohnenden und der Angehörigen einbezogen.
- Die Beurteilung erfolgt basierend auf interdisziplinären Abklärungen durch Pflegefachpersonal und Ärzteschaft.
- Der Pflegebedarf wird zeitnah entsprechend den 12 Pflegestufen abgebildet.

Mindestanforderungen für die Leistungsabrechnung:

- Die für die Leistungserfassung hinterlegten Normzeiten sind transparent und über Zeitstudien aus der Schweiz und mit anerkannter Methodik belegt. Die für Normzeiten verwendeten Zeitstudien werden regelmässig aktualisiert.
- Der Pflegebedarf wird in Minuten ausgewiesen.
- Die Abrechnung der Pflegeleistungen erfolgt basierend auf den erbrachten Leistungen über mehrere Messtage.

Technische Mindestanforderungen:

- Das Handbuch liegt elektronisch vor.
- Der Systemanbieter bietet Schulungen an.
- Schulungen können auch von Dritten angeboten werden (bspw. Fachhochschulen).
- Es besteht eine Schnittstelle zur SOMED-Statistik.
- Es besteht die technische Möglichkeit, Daten anonymisiert zu Forschungszwecken weiterzugeben.

Für die Szenarien wurden sodann diejenigen Mindestanforderungen berücksichtigt, die geeignet scheinen, die in der Systemanalyse festgestellten Abweichungen zu vermindern.

I) Gesprächsleitfaden für Interviews

- Welches sind die Hauptprobleme, die sich aus der Situation ergeben, dass in der Schweiz drei unterschiedliche Pflegebedarfserfassungssysteme eingesetzt werden? (Einstiegsfrage)
- Welche Möglichkeiten gibt es, um eine Vereinheitlichung der Pflegebedarfserfassung zu erreichen?
- An welchem Pflegebedarfserfassungssystem sollten sich allfällige Mindestanforderungen orientieren?
- Welche Mindestanforderungen wären zweckmässig und geeignet? Welche sind die Vor- und Nachteile der einzelnen Anforderungen?

- Welches wären die Auswirkungen auf die heute verwendeten Pflegebedarfserfassungssysteme und die Möglichkeit für diese, sich den Anforderungen anzupassen?
- Haben die Mindestanforderungen zur Folge, dass gleiche Leistungen gleich abgegolten werden?

Abkürzungen

ADL	Activity of Daily Living
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BESA	Bedarfsklärungs- und Abrechnungs-System
CT PLAISIR	Commission technique PLAISIR
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
Kt.	Kanton
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
LK	Leistungskatalog
LTCF	Long-Term Care Facilities (LTCF)
MDS	Minimal Data Set
NH	Nursing Homes
PBES	Pflegebedarfserfassungssystem
PLAISIR	Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis
PLEX	PLaisir EXpress
RAI/RUG	Resident Assessment Instrument/ Resource Utilization Groups,
SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen

Literatur

- Adler, K. (2012). Pflegediagnosen: Definitionen & Klassifikation 2012-2014: NANDA International. Kassel: Recom. <http://www.nanda.org/>
- Anliker, M., Bartelt, G., Gilgen, R., Baum, G., Rubner, A., Papilloud-Rey, C., & Wicki, A. (2016). RAI-NH Handbuch RAI für Alters- und Pflegeheime Gesamtausgabe Version 2.0: Übersetzte und erweiterte Version von interRAI Long Term Care Resident Assessment Instrument User's manual Version 2.0/1996. St. Gallen.
- Avenir Suisse 2016: Kantonsmonitoring 7 Neue Massstäbe für die Alterspflege, Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe. Jérôme Cosandey, unter Mitarbeit von Kevin Kienast.
- Bartelt, G., & Anliker, M. (2016). RAI Zeitstudie: Ergebnisse Pflegeaufwandgruppen Umsetzung RUG-Modell. Q-Sys AG.
- Bartelt, G., Anliker, M., & Staudenmaier, B. (2004). Interkantonale Zeitstudie der RAI-Anwender Kantone Aargau, Basel-Stadt, Bern, Solothurn, Zürich zur schweizerischen Validierung der pflegeaufwandgruppen (RUGs). St. Gallen.
- Bartholomeyczik, S., & Hunstein, D. (2000). Erforderliche Pflege – zu den Grundlagen einer Personalbemessung. *Pflege & Gesellschaft*, 5(4).
- BESA Care AG. (2013). BESA System für Ressourcenerklärung, Zielvereinbarung, Leistungsverrechnung und Qualitätsförderung: Systemdokumentation für Pflege.
- Carpenter, G. I., Ikegami, N., Ljunggren, G., Carrillo, E., & Fries, E. (1997). RUG-III and Resource Allocation: Comparing the Relationship of Direct Care Time with Patient Characteristics in Five Countries. *Age and ageing*, 26(suppl 2), 61–65. doi:10.1093/ageing/26.suppl_2.61
- Cassis, I. (2013). CURAVIVA Schweiz und die Pflegebedarfsinstrumente RAI-NH-Fachtagung. Präsentation vom 21. August 2013.
- Clauser, S. B., & Fries, B. E. (1992). Nursing home resident assessment and case-mix classification: Cross-national perspectives. *Health Care Financing Review*, 13(4), 135–155.
- CURAVIVA (2009): BESA. Leistungskatalog 2010, Information August 2009.
- Fiechter, V., & Meier, M. (1998). *Pflegeplanung*. Basel: Recom Verlag.
- Fries, B. E., Schneider, D. P., Foley, W. J., Gavazzi, M., Burke, R., & Cornelius, E. (1994). Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). *Medical care*, 32(7), 668–685.
- Garms-Homolová, V., & Morris, J. N. (2000). RAI 2.0 - Resident Assessment Instrument: Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und geriatrischen Rehabilitation (2., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Hans Huber Programmbereich Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

- Gattinger, H., Ott, S., & Saxer, S. (2014). Interrater-Reliabilität und Übereinstimmung der Schweizer RAI-MDS Version 2.0 [Interrater reliability and agreement of the Swiss MDS version 2.0]. *Pflege*, 27(1), 19–29. doi:10.1024/1012-5302/a000336
- Gattinger, H., Ott, S., & Saxer, S. (2014). Pflegebedarfserfassungsinstrumente BESA und RAI: Vergleich der Outcomes in Minuten [Comparison of BESA and RAI: evaluating the outcomes of two assessment instruments for long-term residential care needs]. *Pflege*, 27(1), 31–40. doi:10.1024/1012-5302/a000337
- Haubrock, M. (1992). Erfassung von pflegerischen Leistungen. *Heilberufe*, 44(2).
- Helsana (2012): Die neue Pflegefinanzierung. Erfahrungen aus Sicht von Helsana.
- Hojdelewicz, B. M. (2012). Der Pflegeprozess: Prozesshafte Pflegebeziehung. Wien: Facultas.
- Hutchinson, A. M., Milke, D. L., Maisey, S., Johnson, C., Squires, J. E., Teare, G., & Estabrooks, C. A. (2010). The Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set 2.0 quality indicators: a systematic review. *BMC health services research*, 10, 166. doi:10.1186/1472-6963-10-166
- interRAI. (2016). Abgerufen unter: <http://interrai.org/>
- Isfort, M. & Weidner, F. (2001). Pflegequalität und Pflegeleistungen: Zwischenbericht zur ersten Phase des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen“. Abgerufen unter: <http://www.dip-home.de/>
- Johnson, M., & Moorhead, S. (2013). Pflegeergebnisklassifikation (NOC) (2., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Pflegeklassifikationen. Bern: Huber.
- KAD (2002): Pflegezeit- und Personalbedarfsermittlung in der vollstationären Pflege. Die Planung der erforderlichen Pflege in Pflegeheimen unter Einsatz des Verfahrens PLAISIR. Kuratorium Deutsche Altershilfe e. V., August 2002.
- Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz (KGL) (2015): Tätigkeitsliste der Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz (KGL). Zur Durchführung der CURAtime Tätigkeitsanalyse. Version 1.0_2015.
- McCloskey, J. C.(Hrsg.) (2000): Nursing Interventions Classification (NIC): Iowa Intervention Project. Second Edition. St. Louis. Mosby, 2000.
- Morris, J. N., Fries, B. E., Mehr, D. R., Hawes, C., Phillips, C., Mor, V., & Lipsitz, L. A. (1994). MDS Cognitive Performance Scale(C). *Journal of Gerontology*, 49(4), M174-M182. doi:10.1093/geronj/49.4.M174
- Nationale Steuergruppe Tarifstrukturen II (2011): Mitteilung der nationalen Steuergruppe Tarifstrukturen II über den Abschluss der Phase 1 – Kalibrierung von BESA und RAI/RUG. Bern, 31. August 2011.
- Nationale Steuergruppe Tarifstrukturen II (2012): Abschlussbericht Phase 1 – Kalibrierung von RAI/RUG und BESA. 23.5.2012.

- Neufeld, G. (2009). Pflegefachliche Grundlagen. In K. Diegmann-Hornig (Ed.), Verlag Hans Huber, Programmbereich Pflege. Pflegeprozess, Pflegeassessment. Pflegebegutachtung. Lehrbuch für Sachverständige und Gutachter in der Pflege (1st ed., pp. 13–64). Bern: H. Huber.
- Onder, G.; Carpenter, I.; Finne-Soveri, H.; Gindin, J.; Frijters, D.; Henrard, J.-C.; Nikolaus, T.; Topinkova, E.; Tosato, M.; Liperoti, R.; Landi, F.; Bernabei, R. (2012). Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. *BMC Health Services Research*, 12 (1), 5. doi: 10.1186/1472- 6963-12-5.
- Peter-Egger, G. (2006). Assessmentinstrumente von BESA und ihre Auswirkungen auf die Pflege. *PrinterNet, angewandte Pflegeforschung*, 1-12.
- Poss, J. W.; Jutan, N. M.; Hirdes, J. P.; Fries, B. E.; Morris, J. N.; Teare, G. F.; Reidel, K. (2008). A review of evidence on the reliability and validity of Minimum Data Set data. *Healthcare management forum/Canadian College of Health Service Executives = Forum gestion des soins de santé/Collège canadien des directeurs de services de santé*, 21 (1), 33 – 39.
- Q-Sys AG (2016). Kunden / Liste von Institutionen die mit RAI arbeiten. Abgerufen unter: <http://www.qsys.ch/index.htm?products/rai/rai.htm>
- Q-Sys AG (2016b). Minimum Data Set (MDS) – Version 2.0 (01_2016). www.qsys.ch/dwl/MDS/MDS_NH_01_2016_Erst.pdf
- Schmid, C. (2016). Palliative Care. Abgerufen unter: https://www.curaviva.ch/files/IZ4NXXI/2016_08_palliative_care_gesamtdokument_def.pdf
- Seematter-Bagnoud L., Fustinoni S., Meylan L., Monod S., Junod A., Büla C., Santos-Eggimann B. 2012: Le Resident Assessment Instrument (RAI) et autres instruments d'évaluation des personnes âgées. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2012.
- Stübi, B., & Schori, E. (2016, April): CURAtime-Nutzen aus Optik BESA Care AG. CURAVIVA. CURAVIVA Impulstag, Zürich. Abgerufen unter: https://www.curaviva.ch/files/OT914O5/3_schori_stuebi_besacare.pdf.
- Tilquin C. (2004): Présentation générale du système PLAISIR. Université de Montréal et Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé (EROS).
- Wieteck, P (Hrsg.) (2013): Praxisleitlinien Pflege, Planen und Dokumentieren auf Basis von Pflege diagnosen der Klassifikation ENP. Kassel, RECOM Verlag, 2013.
- Wodchis, W. P., Hirth, R. A., & Fries, B. E. (2007). Effect of Medicaid Payment on Rehabilitation Care for Nursing Home Residents. *Health Care Financing Review*, 28(3), 117–129.