

06. Juli 2015

Betreff

Stellungnahme des DZNE Standort Witten zum „Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften“ (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)

Sehr geehrte Fr Kraushaar,
das Deutsche Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) e.V. befasst sich am Standort Witten mit der Versorgung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen und allen Formen sowie Stadien der Demenz, in unterschiedlichen Versorgungssettings (stationäre Altenhilfe und häusliche Versorgung, Akutversorgung sowie im Quartier bzw. auf regionaler/lokaler Netzwerkebene). Vor diesem Hintergrund fokussiert unsere Stellungnahme insbesondere auf die im Referentenentwurf adressierten Bereiche der Abbildung und Versorgung von „Menschen mit kognitiven Einschränkungen (Menschen mit Demenz)“ im PSG II:

§ 7c „Pflegestützpunkte“

Die inhaltliche Zusammenfassung mit § 7a wird ausdrücklich begrüßt.

Unklar ist was in § 7c, c Abs.2 bb) Satz 3 unter ‚Aufklärung‘ verstanden wird. Dies vor dem Hintergrund definitorischer Grundlagen wie sie u.a. im Lehrbuch zur Patientenberatung formuliert wurden und korrespondierende Zuschreibungen von Aufklärung in den Verantwortungsbereich der Mediziner.

§ 14 „Begriff der Pflegebedürftigkeit“ und

§ 15 „Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und die damit verbundene Erfassung und Abbildung von somatischen und kognitiv-psychischen Beeinträchtigungen sowie die Ausrichtung an den Kompetenzen und dem Selbstständigkeitsgrad der Pflegebedürftigen (und deren privaten Umfeldes) wird ausdrücklich begrüßt. Eine sozialrechtliche Gleichbehandlung von überwiegend somatisch beeinträchtigten Menschen und überwiegend kognitiv-psychisch beeinträchtigten Menschen im Bereich der pflegerischen Versorgung war lange

überfällig und wird durch den neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit deutlich adressiert.

Kritisch anzumerken ist das unklar bleibt, wie bzw. mit welchen Instrumenten kognitive und kommunikative Fähigkeiten (§ 14, 2, Pkt 2) eingeschätzt werden sollen. Dies vor allem vor dem Hintergrund einer (inter)national bekannten Problematik hinsichtlich Validität, Reliabilität der zur Verfügung stehenden Instrumente zur Feststellung von Demenz, der Abgrenzungsschwierigkeiten zu altersbedingten kognitiven Einschränkungen, der Überlagerung kognitiver Einschränkungen durch andere (nicht neurodegenerative) Erkrankungen oder Nebeneffekte durch z.B. Dehydration oder Medikation etc. Diffus ist in diesem Zusammenhang auch die Formulierung ‚Gedächtnis‘. Auch fehlt die Frage danach, ob eine pflegebedürftige Person zur eigenen Person orientiert ist. Was hinsichtlich der Anforderungen beispielsweise ‚kann Aufforderungen verstehen‘ oder ‚Einwilligung in Interventionen‘ etc. von nicht unerheblicher Relevanz ist.

Des Weiteren sind einige der Ausführungen unter § 14, Abs. 2, Pkt 3 diskriminierend formuliert. Vor dem Hintergrund (inter)nationaler Anti-Stigmatisierungskampagnen (Global Dementia der Weltzheimer Organisation), der Antidiskriminierungspolitik (u.a. der UN-Behindertenrechtskonvention) ist auf Formulierungen wie ‚sozial inadäquate Verhaltensweisen sowie sonstige inadäquate Handlungen‘ zu verzichten.

Unter Pkt 4 Selbstversorgung ist das Wort ‚Dauerkatheter‘ durch Blasenverweilkatheter zu ersetzen.

§ 18 Abs. 5a „Außerhäusige Aktivitäten“

Sofern sich dieser Absatz nicht nur auf zu Hause lebende Pflegebedürftige bezieht, bleibt unklar, warum die Wohnung der einzige Bezugspunkt hinsichtlich Verlassen und Fortbewegen, nicht aber eine Einrichtung genannt wird.

§ 18c „Die fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit“

Dies wird ausdrücklich begrüßt

§ 45a „Angebote zur Unterstützung im Alltag“

Angesichts der Heterogenität der Anforderungen, denen sich ehrenamtliche Helferinnen und Helfer konfrontiert sehen, kommt den noch zu entwickelnden Konzepten zur ‚zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation‘ (Abs. 2) eine herausragende Rolle zu. Vor dem Hintergrund zu erwartender Vielfalt an Konzepten wird eine bundesweite Evaluation der vorliegenden Konzepte und ihrer Umsetzung empfohlen.

§ 45c „Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts“

Der geplante Auf- und Ausbau sowie die Förderung von ehrenamtlichen Unterstützungsangeboten werden grundsätzlich begrüßt. In verschiedenen Veröffentlichungen konnten die Anforderungen an ehrenamtliche Unterstützungsangebote sowohl aus der Sicht der pflegenden Angehörigen wie auch der ehrenamtlichen Helfer beschrieben werden. Die Initiierung von Modellvorhaben (Abs. 1, Pkt 3) zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und –strukturen wird ausdrücklich begrüßt, insbesondere vor dem Hintergrund noch vielfach unklarer Versorgungsbedarfe von Menschen mit Demenz die zu Hause / im Quartier leben, damit korrespondierenden Interventionen im Zusammenspiel hoher Akteursdichte (siehe Erkenntnisse aus dem Modellvorhaben DemNet-D) sowie deren Auswirkungen auf die Finanzierung innovativer Versorgungskonzepte.

Im Hinblick auf die in §45c Abs.3 beschriebenen Richtlinien zur Ausgestaltung entsprechender Modellprojekte sollte insbesondere darauf geachtet werden, die zu vereinbarenden Konzepte zur Qualitätssicherung an der Leistungsfähigkeit des "Systems ehrenamtlicher Unterstützung" auszurichten. Konkret heißt dies, dass zwar grundsätzliche Regelungen der Qualitätssicherung vereinbart werden sollten, diese aber nicht dem Anspruch an vergleichbare professionelle Unterstützungsangebote standhalten müssen. Studienergebnisse zeigen, dass in diesem Bereich überbordende administrative Hürden für die ehrenamtlich Tätigen ihr Engagement sich zu engagieren eher minimieren.

Die in §45c Abs. 5 beschriebene Modellförderung wird – verstanden als Beitrag zur Qualitätssicherung – ausdrücklich begrüßt.

§ 113 „Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“

Eine Hinwendung zu einer wissenschaftlich fundierten Entwicklung, Implementierung und Evaluation der Qualität wird ausdrücklich begrüßt. Kritisch anzumerken ist dennoch, dass die Entwicklung, diesen Prozessen zugrundeliegenden Methodenpapiere (wie andere national agierende Qualitätseinrichtungen es vorhalten) nach wie vor fehlen. Insbesondere die Debatte um die Pflegetransparenzkriterien sollte gezeigt haben, wie wichtig neben einer am zu überprüfenden Gegenstand orientierte verpflichtende Qualitätssicherung eines Methodendiskurses bedarf.

Der in Abs. 1 aa) verwendete Begriff ‚Qualitätsdarlegung‘ ist zu differenzieren bzw. zu konkretisieren. Im internationalen Qualitätsdiskurs wird unterschieden zwischen der Qualitätsdarlegung im Sinne der hier etablierten nationalen Expertenstandards (d.h. wissenschaftlich begründete Darlegung von State of the Art; der qualitative Input) und der Qualitätsdarlegung verstanden als retrospektiver Report über tatsächlich erreichte Qualität (der qualitative Output). Letzteres wird dann noch unterschieden hinsichtlich Intention: d.h. ist es Intention die Leistungsempfänger über die Qualität einer Einrichtung zu informieren

(hierzu sind insbesondere die Arbeiten des Picker Instituts von Bedeutung, die sich explizit mit dieser Perspektive befassen). Oder geht es um eine Qualitätsdarlegung die interprofessionell von Relevanz ist und vor allem einer extern vergleichenden Qualitätssicherung dient, um u.a. Sanktionen bei nicht erreichten Qualitätsanforderungen auszusprechen. Eine Konkretisierung des Begriffs Qualitätsdarlegung ist also zwingend notwendig, da sich hieraus sowohl die Anforderungen an die Gestaltung des Berichts als auch an die dazu notwendigen Daten und deren Analyse ableiten lassen.

Abs. 1 bb) Anstatt des Begriffs ‚Pflegedokumentation‘ mit dem Begriff ‚Dokumentation der Pflege‘ – dadurch wird der Bezug zur Aussage ‚und die Pflegequalität fördernde‘ deutlicher hervorgehoben. In der Praxis wird unter Pflegedokumentation i.d.R. das gesamte Dokumentationssystem verstanden. Die Grundsätze wären zudem regelmäßig an den ‚pflegefachlich-medizinischen Fortschritt‘ anzupassen.

Die in Abs. 1a beschriebene wissenschaftsbasierte „Entwicklung eines indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich (...)“ wird grundsätzlich begrüßt. Die in Abs. 1a verwendete Formulierung ‚auf Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen eines internen Qualitätsmanagements‘ läßt zudem die Hoffnung aufkommen, dass hierbei an die Entwicklung und Implementierung eines in anderen (auch europäischen) Ländern etablierten sog. ‚Nursing Minimum Dataset (NMDS)‘. Damit würden sowohl nationale als auch internationale Qualitätsvergleiche ermöglicht. Damit korrespondiert jedoch ein Diskurs um die Definition von Indikatoren, vor allem hinsichtlich methodische Anforderungen an die Entwicklung von Indikatoren. Derzeit bleibt dieser Diskurs sowohl hinter methodischen Anforderungen anderer nationaler Qualitätsinstitute (siehe u.a. Methodenpapier nach §137 SGB V (bisher AQUA Institut) zur extern vergleichenden Qualitätssicherung) als auch internationaler qualitätsmethodischer Diskurse (siehe hierzu auch die Stellungnahme der Unterzeichnerin zur GKV Indikatorenliste) zurück. Eine methodische Abgrenzung von Kennzahlen steht ebenfalls noch aus. Daran anknüpfend stellt sich die methodische Frage, ob Indikatoren beispielsweise – wie vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) vorgeschlagen – aus zuvor definierten, wissenschaftlich begründeten nationalen Standards abgeleitet werden und statistisch relevante Referenzwerte anbieten kann oder sich aus der retrospektiven Analyse von für die Qualitätssicherung erfassten Daten ergeben. Letzteres entspräche – aufgrund der empirischen Selbstreferenz – am ehesten einem Kennzahlenansatz.

§113a „Qualitätsausschuss“

Die Einrichtung eines Qualitätsausschusses zur Unterstützung und Steuerung der Prozesse sowie zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit im Bereich Qualitätssicherung wird grundsätzlich begrüßt.

Die Abs. 4, Pkt 1,2,3 beschriebenen Zeiträume für die wissenschaftlich fundierte Erarbeitung des indikatorengestützten Modells erscheinen trotz der bereits geleisteten Vorarbeiten deutlich zu kurz, vor allem da zeitlich an die Etablierung der wissenschaftlichen Geschäftsstelle gebunden ist (die spätestens im April 2016 eingerichtet sein sollte, Abs. 6). Damit verblieben max. 12 Monate für die unter Abs. 4, Pkt 1,2,3 beschriebenen Vorhaben. Insbesondere für den Bereich der Einschätzung von Versorgungsqualität von Menschen mit kognitiven Einschränkungen / Menschen mit Demenz wird alleine schon aufgrund der methodischen Herausforderungen eine umfassende wissenschaftliche Bearbeitung notwendig werden. Dieser Bereich wurde in den bisher geleisteten Vorarbeiten jedoch weitestgehend ignoriert, stellt aus Sicht des DZNE-Witten jedoch einen elementaren Baustein eines indikatorengestützten Qualitätsinstrumentes dar. Internationale Studien liegen hierzu bislang nur einige wenige mit vergleichendem Charakter (comparative effectiveness studies) und für die hier avisierte Zielgruppe vor.

Das in Abs. 4, Pkt 4 beschriebene Modul zur Befragung von Pflegebedürftigen als ergänzende Informationsquelle für die Bewertung der Lebensqualität sollte zwingend auch ein Instrumentarium zur Befragung von kognitiv eingeschränkten Menschen (inkl. Menschen mit Demenz) bzw. ihrer betreuenden Personen umfassen. Die Auswahl auch für die Pflege in Deutschland geeigneter Instrumente sollte aufgrund wissenschaftlicher Erfahrungen in der Anwendung mit entsprechenden Instrumenten und orientiert am jeweiligen Setting (ambulante oder stationäre Pflege) erfolgen. Qualitätsmethodisch ist zu klären, wie mit Proxy-einschätzungen im Rahmen einer verpflichtenden extern vergleichenden Qualitätssicherung zu verfahren ist.

Das in Abs. 4, Pkt 6 beschriebene Konzept zur Qualitätssicherung in neuen Wohnformen sollte explizit auch neue Wohnformen für Menschen mit kognitiven Einschränkungen umfassen.

§114a Abs. 7 „Qualitätsdarstellungsvereinbarungen“ und §115 „Qualitätsdarstellung“

Siehe hierzu insbesondere die Erläuterungen unter §113 Abs. 1 aa.

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass auch die Richtlinien für die ambulante Pflege anzupassen sind.