

Reflektiertes Arbeiten ist wichtig

Zur Dokumentationsschwäche in der ambulanten Pflege

Der erste Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) zur Qualität in der ambulanten und Stationären Pflege (siehe auch Vincentz Download.. gibt Anlass, nochmals ein Dauerthema der ambulanten Pflege aufzugreifen: die Qualität der Dokumentation. Allerdings ist vorab eine Anmerkung zur Feststellung des Berichts notwendig, 9 % der Pflegemängel wären auf eine unzureichende Versorgung des Pflegedienstes zurück zu führen. Der Bericht führt sehr wohl aus, dass der ambulanten Pflege Grenzen gesetzt sind durch die in Anspruch genommenen Leistungen. Danach wird die Feststellung des Berichtes unklar: sind die 9 % der Fälle mit einem unzureichenden Pflegezustand auf den Pflegedienst zurück zu führen, wie hoch ist dann die Gesamtzahl der Fälle? Schließlich gibt es dann ja auch Fälle, in denen der Pflegedienst alles in seiner ‚Macht‘ getan hat und trotzdem der Pflegezustand defizitär ist...

Viele der von dem MDK konstatierten Mängel führen nicht unmittelbar zu einem schlechten Pflegezustand, die könnten aber dazu führen. Meist wird aus Lücken der Pflegedokumentation auf eine dauerhaft fehlerhafte Versorgung geschlossen: Der Bereich der Ernährung ist ein gutes Beispiel:

„Obwohl Angehörige und andere Pflegepersonen erfahrungsgemäß im ambulanten Bereich bei der Ernährung und der Flüssigkeitsversorgung einen Großteil der erforderlichen Hilfen leisten, lagen bei nur 63 % der Versicherten in diesem Bereich keine Qualitätsprobleme vor, die unmittelbar auf den beauftragten Pflegedienst zurück zu führen sind. Bei 37 % der Personen wurden Mängel festgestellt. Auch hier sind diese Mängel nicht unbedingt

gleichbedeutend mit einer bereits eingetretenen Unterernährung oder einer Dehydratation. Vielmehr ist auch hier davon auszugehen, dass wichtige Probleme nicht erkannt, dass erforderliche Maßnahmen nicht ergriffen oder die Angehörigen nicht über bestehende Probleme informiert worden sind.“ (Seite 35 des Berichts).

Die Aufgabe des Pflegedienstes besteht zumindest immer darin deutlich zu machen, was die Ausgangslage und das Problem ist und wer die daraus resultierenden Maßnahmen übernimmt. In den meisten Fällen wird dies sicherlich mündlich auch erfolgt sein, allerdings ist es nach Außen hin dann nicht nachvollziehbar. Wer hier nicht dokumentiert, arbeitet in der Außenbeurteilung schlecht. Gleiches gilt für alle relevanten Pflegeprobleme bis hin zur Dekubitusprophylaxe. Natürlich ist es schwierig, im Rahmen einer Kombinationsleistung (einmal in der Woche Baden) die Pflegeentwicklung immer adäquat zu dokumentieren. Aber auch in diesen Fällen ist bei Beginn der Sachleistung eine Pflegeanamnese sowie eine Pflegeplanung zu erstellen (finanziert in der Regel durch den separat abzurechnenden Erstbesuch/Pflegeanamnese). Je höher der Pflegeanteil der Angehörigen, um so wichtiger ist die genaue Arbeitsaufteilung in der Pflegeplanung.

Nicht nachvollziehbar sind Feststellungen in dem Bericht über die Durchführungskontrolle sowie regelmäßige Angaben im Pflegebericht: immerhin bei nur 78% der Fälle der Untersuchung ist die Durchführung von erbrachten Leistungen nachvollziehbar dokumentiert, aber in 22 % der Fälle nicht! Unabhängig von der Frage, welche Anforderungen die einzelnen MDK – Mitarbeiter

an die Dokumentation von Leistungen stellen, dürfte die hohe Prozentzahl darauf hin deuten, dass selbst hier zumindest ein Diskussionsbedarf besteht: wird und wie wird die erbrachte Leistung dokumentiert? In jedem Fall, auch bei der Nutzung von Datenerfassungsgeräten, muss vor Ort schriftlich festgehalten werden, wer was wann getan hat. Schon allein aus praktischen Gründen: Stunden später kommt der Notarzt und benötigt Hinweise, wann der Pflegekunde zuletzt in welchem Zustand angetroffen wurde. Nur ein Strich im Leistungsnachweis ohne weitere Angaben zur Tageszeit und zur Person reichen da ebenso wenig wie der alleinige Hinweis: „Pflege nach Plan“ im Pflegebericht, aber ohne Maßnahmenplan bzw. wenn dieser aus der Pflegeplanung nicht ableitbar ist. Zwei weitere Punkte sind durchaus kritisch zu bewerten: Situationsgerechtes Handeln bei akuten Ereignissen ist zu 34 % der Fälle nicht nachvollziehbar: Oft steht im Pflegebericht der

Hinweis auf ein akutes Ereignis wie ein Sturz, aber es sind weiteren Handlungsschritte wie Information des Hausarztes etc. festgehalten, obwohl dies praktisch stattgefunden hat. Im Pflegebericht muss sich die komplette Geschichte wieder finden, nur so ist nachvollziehbar, dass der Pflegedienst (nicht nur praktisch) situationsgerecht gehandelt hat.

Die Tatsache, dass nur bei 42 % die Pflegedokumentation regelmäßig überprüft wurde, überrascht nicht so sehr angesichts des zumindest real erlebten Zeitdrucks und der Arbeitsbelastung in der Pflege. Trotzdem ist gerade das reflektierte Arbeiten (und damit die regelmäßige Überprüfung der bisherigen Ziele und Maßnahmen) den der deutlichste Unterschied zur Pflege durch Pflegepersonen und damit unverzichtbar für die professionelle Pflege.

Veröffentlicht in:

PDL Praxis, Häusliche Pflege, Ausgabe 01/2005

© **Andreas Heiber**

System & Praxis Andreas Heiber

Platzstraße 49a, 33611 Bielefeld

Tel. 0521/801 8247, Fax: 0521/801 8248

E-mail: Heiber@SysPra.de; www.SysPra.de