

Die Qualitätsprüfungen

Serie zu den Grundlagen der MDK-Prüfungen in der ambulanten Pflege – Teil 17
Beurteilung auf der Basis der Pflegedokumentation (Teil 4)

Die Fragen zum Bereich „12. Umsetzung des Pflegeprozesses und Pflegedokumentation“ gehen weiter mit der Frage 12.12, ob die Pflegedokumentation die Anwendung von Standards oder Richtlinien widerspiegelt: gemeint sind vor allem auch die Expertenstandards, die bereits vorliegen. Die Frage ist positiv beantwortet, wenn sich in der Pflegeplanung Hinweise auf die Expertenstandards finden, soweit sie im Einzelfall anzuwenden sind.

Die Frage der Durchführungsdokumentation behandelt Punkt 12.13. Es gibt unterschiedliche Wege, die Durchführung einer Leistung zu dokumentieren: beispielsweise über separate Durchführungskontrollblätter oder direkt in den jeweiligen Leistungsnachweisen SGB V, SGB XI oder andere. Lt. der Prüffragen reichen neben dem Handzeichen des Mitarbeiters das Datum und die tageszeitliche Zuordnung (also z.B. morgens, mittags, etc.). In einigen Bundesländern ist vereinbart, in den Leistungsnachweisen auch den Beginn der Leistungserbringung mit Uhrzeit festzuhalten. Problematisch ist es immer, wenn die identische Leistung zweifach dokumentiert wird: auf einer eigenständigen Durchführungskontrolle sowie auf dem Leistungsnachweis. Dann finden sich erfahrungsgemäß Differenzen zwischen den beiden Bögen, weil der Mitarbeiter sich beispielsweise in den Zeilen oder Spalten vertan hat oder einen von beiden vergessen hat. Bei Qualitätsprüfungen führen diese Differenzen im günstigsten Fall zu einem Hinweis im Prüfbericht, aber sie könnten auch versuchter als Betrug ausgelegt werden und zu finanziellen Nachforderungen führen. Es stellt sich daher die Frage, aus welchem Grund man neben dem Leistungsnachweis noch eine Durchführungskontrolle braucht. Nur für die Tätigkeiten oder Leistungen, die nicht

über die Leistungsnachweise beschrieben sind, sind separate Durchführungskontrollen notwendig. Ansonsten sollten die Leistungen allein auf den Leistungsnachweisen dokumentiert werden. Allerdings ist zu beachten, dass bei Pauschalverträgen nach SGB V, wo nur eine Einsatzpauschale und keine konkrete Leistung abgerechnet wird, im Leistungsnachweis nicht (allein) die Einsatz-/Leistungs pauschale abgezeichnet wird, sondern auch die konkreten Leistungen benannt sind. Sonst müsste in diesen Fällen eine separate Durchführungskontrolle geführt werden. In Verbindung mit elektronischer Datenerfassung, beispielsweise über MDA, werden zwar oft vor Ort auch Durchführungskontrollen geschrieben, aber die Leistungsnachweise - auf der Basis der erfassten Daten - werden am Monatsende ausgedruckt und zur Unterschrift vorgelegt. Dieser Weg ist sicherlich möglich, erspart aber kaum Arbeit und Probleme. Denn der vor Ort notwendige Leistungs- bzw. Durchführungsnachweis müsste dann auch mit dem elektronisch erstellten Leistungsnachweis abgeglichen werden, um evtl. Übertragungsfehler auszuschließen. Daher ist auch bei MDA-Einsatz zu empfehlen, den Leistungsnachweis weiterhin handschriftlich vor Ort zu führen und ihn dann für die Leistungsabrechnung mit zu nutzen. Ein weiteres Problem ergibt sich, wenn der Leistungsnachweis am Monatsende aus der Dokumentation für die Rechnungsstellung entnommen wird, aber keine Kopie für die Pflegedokumentation erstellt wird. Dann ist die Dokumentation nicht mehr vorständig, weil der Überblick über die im letzten Monat erbrachten Leistungen fehlt. Da die Dokumentation jedoch einen Überblick über die letzten drei Monate ermöglichen soll (siehe Punkt 12.1), müssen

auch die entsprechenden Durchführungskontrollen/Leistungsnachweise vorhanden sein bzw. nach Rechnungsstellung in Kopie wieder in die Dokumentation zurück (die (guten alten) Durchschreibeleistungsnachweise waren hier komfortabler!).

Der Pflegebericht sollte natürlich Angaben über Veränderungen, Befindlichkeiten etc. enthalten (12.14), auch sollte daraus erkennbar sein, dass Mitarbeiter des Pflegedienstes situationgerecht gehandelt haben. Wenn im Pflegebericht ein Sturz erwähnt wird, muss auch geschildert werden, was danach geschehen ist und wie die weitere Versorgung erfolgte. Leider findet man öfter Eintragungen wie: „xx.xx: BZ bei 450!!!“. „yy.yy Pat. geht es gut“ Sicherlich haben die Mitarbeiter richtig reagiert und die richtige Versorgung eingeleitet (Arztgespräch, ...). Aber die Geschichte ist in der Dokumentation ohne weitere Angaben hierzu nicht nachvollziehbar.

Bei Punkt 12.16 soll überprüft werden, ob Mehrfachdokumentationen vermieden werden (siehe schon 12.14). Allerdings steht in der Erläuterung der Prüfanleitung folgender missverständlicher Satz: „Das parallele Führen von Übergabebüchern neben der Pflegedokumentation ist nicht sachgerecht, da diese keine ganzheitliche Informationsweitergabe ermöglichen.“ Da dieses Zitat auch in der stationären Fassung verwendet wird, dürfte dies hier nur fälschlicherweise auftauchen. In der Ambulanten Pflege ersetzen Übergabebücher nicht die Pflegedokumentation, sondern sind ein meist notwendiges Bindeglied zwischen verschiedenen Mitarbeitern, die die gleiche Tour fahren. Hier stehen nur zu beachtende Besonderheiten drin, die die Kollegen schon bei Beginn des Einsatzes wissen müssen (wie „etwas mitbringen“, oder besonders wichtige Ereignisse „Ist gestürzt, ganz langsam machen.“) und die nicht unbedingt in der Pflegedokumentation stehen (siehe auch

PDL Praxis 11/2001). Die klassischen ambulanten Übergabebücher sind somit notwendige Kommunikationsmittel für die verschiedenen Mitarbeiter in einer Tour.

Der letzte Punkt in diesem Kapitel 12 behandelt die Frage der Überleitung. Bei der Überleitung in eine andere Versorgungsform (oft Krankenhaus, aber auch Kurzzeitpflege oder Stationäre Pflege) muss ein systematischer Informationsaustausch erfolgen, um Schnittstellenprobleme zu reduzieren. Dazu dienen u.a. pflegerische Überleitungsbögen, die wesentliche Informationen wie Stammdaten, Medikation, Hautzustand, pflegerische Besonderheiten etc. beinhalten. Allerdings macht es keinen Sinn, solche Bögen ‚auf Vorrat‘ auszufüllen, da dann bis auf die Stammdaten viele Einträge vermutlich veraltet sind. Geprüft wird auch nur die Frage bei den Fällen, in denen eine Überleitung stattgefunden hat und – das muss man einschränkend hinzufügen – in denen der Pflegedienst an der Überleitung beteiligt war. Schon aus Selbstschutz sollte dann ein Überleitungsbogen ausgefüllt werden, vor allem auch mit dem Hautzustand.

Tipp:

Überprüfen Sie, ob die Durchführungskontrollen doppelt geführt werden. Werden nur Leistungsnachweise genutzt, müssen Kopien wieder in die Dokumentationen zurück, ansonsten sind die Dokumentationen lückenhaft.

Hinweis:

Das Thema „Übergabebuch“ wurde in PDL Praxis 11/2001 ausführlich behandelt. Den Artikel finden Sie auch unter www.syspra.de im Bereich Download.

Veröffentlicht in:

PDL Praxis, Häusliche Pflege,
Ausgabe 01/2008

© **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