

## Die Qualitätsprüfungen

Serie zu den Grundlagen der MDK-Prüfungen in der ambulanten Pflege – Teil 18  
Behandlungspflege

Kapitel 13 des Erhebungsbogens „Prüfung im Pflegedienst“ befasst sich gezielt mit behandlungspflegerischen Maßnahmen. Diese sind, soweit sie im Einzelfall erbracht werden, ebenfalls im Rahmen der Prüfung zu begutachten (siehe auch § 112, Abs. 3 SGB XI). Allerdings muss der MDK hier den Spagat hinbekommen zwischen der Abgrenzung, welche Aufgaben, Anteile und evtl. Defizite dem verordnenden Arzt und welche dem Pflegedienst zuzuordnen sind. Lt. Prüfanleitung ist „die Verordnungsqualität und die Bewertung der Häufigkeit und Dauer der Verordnungen nicht Gegenstand der Qualitätsprüfung.“ Auch wenn eine Verordnung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht, kann dies dem Pflegedienst nicht angelastet werden.

Ob dies in der Praxis so durchzuhalten ist, bleibt eine offene Frage: Was, wenn der Arzt eine Therapieform verordnet, die aus Sicht des Pflegedienstes nicht mehr dem aktuellen Wissensstand entspricht. Muss dann der Pflegedienst mit dem Arzt über seine Therapie ‚streiten‘ oder muss er sich sogar im Einzelfall weigern, die Verordnung auszuführen? Diese theoretisch scheinenden Fragen sind oft im Bereich der Wundversorgung schnell aktuell. Beispielsweise hat der Pflegedienst einen Wundmanager ausbilden lassen, der in seiner Weiterbildung eine andere, u.U. modernere Therapieform gelernt hat, als der Arzt verordnet. Gespräche darüber blockt der Arzt mit dem Hinweis ab, er diskutiere seine Therapie nicht mit Pflegekräften. Der Pflegedienst wird sich auch nicht erlauben, in der Dokumentation (also öffentlich für den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen) festzuhalten, dass er die ärztliche Therapie nicht mehr für sachgerecht hält. Da aber auch die Mitarbeiter des MDK, hier insbesondere die Ärzte

grundsätzlich nicht berechtigt sind, in die ärztliche Therapie (Stichwort: „Therapiefreiheit“) einzugreifen (siehe § 275 Abs. 5 SGB V), bleibt das mögliche Dilemma ohne Lösung, es wird dann nicht weiter bewertet.

Die Prüfanleitung geht davon aus, dass der Arzt sich einerseits an die Richtlinie Häusliche Krankenpflege nach § 92 SGB V hält und selbstverständlich seine Therapie am aktuellen Wissensstand ausrichtet.

Dem Pflegedienst bleibt nur die Möglichkeit/Notwendigkeit der Dokumentation der durchgeführten Tätigkeiten einschließlich Besonderheiten und Veränderungen.

Ein wesentliches Praxisproblem bei den ärztlichen Anordnungen ist, dass die Ärzte diese oft nicht in der Pflegedokumentation vornehmen oder abzeichnen. Die Prüfanleitung empfiehlt daher, dass die Pflegefachkraft entsprechende Anweisungen (auch telefonische) selbst dokumentiert und sich den Text mündlich bestätigen lässt („Ich habe notiert: Medikament A 1 x täglich 1 Tablette“ – „Ja, ist o.k.“). Bei besonders kritischen Fällen könnte man die entsprechende Seite auch dem Arzt zur Vervollständigung seiner Dokumentation faxen. So wäre nachweisbar und sicher gestellt, dass der Arzt darüber informiert ist, was der Pflegedienst tatsächlich tut.

Da der Pflegedienst nur die Therapie- und Behandlungsplanung des Arztes ausführt, ist eine eigenständige Dokumentation mit allen Schritten des Pflegeprozesses - sprich (Behandlungs-)Pflegeplanung - für die Behandlungspflege laut MDK-Prüfanleitung nicht erforderlich. Lediglich eine umfassende Informationssammlung ist notwendig.

Die Prüfanleitung fragt entsprechend der Reihenfolge der Richtlinie Häusliche Krankenpflege nun alle einzelnen Positionen der Behandlungspflege ab, wobei das Fragenraster immer identisch ist. Es wird jeweils gefragt:

- a. Gezielte Informationssammlung
- b. Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens
- c. Hygienische Grundsätze werden beachtet
- d. Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt
- e. Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang.

Zu einzelnen Positionen wird ausführlich Stellung genommen (z.B. Absaugen, Beatmung, Wundversorgung), bei anderen erfolgt keine weitere Information. Warum beispielsweise die Beatmung mit Details ausführlich behandelt wird, obwohl auch diese auf der Grundlage eines ärztlichen Therapie- und Behandlungsplans erfolgen muss, wird nicht deutlich.

Beim Fragenkatalog ist **Punkt b** mit seinen Problemen schon oben diskutiert worden. In der Praxis problematisch ist vor allem **Punkt e**. Gerade bei Medikamenten ist genau darauf zu achten, dass die im Medikamentenblatt angegebenen Präparate und Dosierungen eingehalten werden. Problematisch ist dies auch bei Bedarfsmedikationen, vor allem, wenn die Anweisungen für die bedarfsabhängigen Fälle ungenau oder gar nicht formuliert sind. Wenn beispielsweise Insulin nach ei-

nem Schema gespritzt werden soll, muss dieses Schema auch ausführlich dokumentiert sein. Jegliche Abweichung von der Therapie (z.B. es wird wegen eines untypischen Blutzuckerwertes eine höhere Insulindosis gespritzt) kann nur in (dokumentierter) Rücksprache mit dem verordnenden Arzt erfolgen. Die Pflegefachkraft selbst darf ohne Rücksprache keine Therapie verändern. Da jedoch in der Praxis der Arzt samstags Abend nicht erreichbar ist, sollte vorsorglich im Sinne eines Notfallschemas dokumentiert werden, was in welchen Fällen zu geschehen hat.

**Tipp:**

- Bei der Behandlungspflege ist keine Pflegeplanung durch den Pflegedienst zu erstellen.
- Wenn bei einem Pflegekunden keine Medikamentengabe durch den Pflegedienst erfolgt (Stellen oder verabreichen), sollte dies in der Anamnese festgehalten werden. Das Medikamentenblatt sollte dann jedoch nicht geführt werden (ist zur Vermeidung von fehlerhaften oder lückenhaften Angaben ganz aus der Dokumentation zu entfernen).

Siehe auch „Zuviel des Guten: Im Bereich der Behandlungspflege wird oft zu viel dokumentiert“ in PDL Praxis 11/2004

Veröffentlicht in:

PDL Praxis, Häusliche Pflege,  
Ausgabe 02/2008

© **Andreas Heiber**

**System & Praxis Andreas Heiber**

Platzstraße 49a, 33611 Bielefeld  
Tel. 0521/801 8247, Fax: 0521/801 8248  
E-Mail: [Heiber@SysPra.de](mailto:Heiber@SysPra.de); [www.SysPra.de](http://www.SysPra.de)