

Die Qualitätsprüfungen

Serie zu den Grundlagen der MDK-Prüfungen in der ambulanten Pflege – Teil 14
Beurteilung auf der Basis der Pflegedokumentation (Teil 1)

Kap. 12 ist in Bezug auf die Frage der Prozess- und Ergebnisqualität das Schlüsselkapitel der Prüfanleitung bzw. des Prüfbogens. Hier muss sich die „Theorie“ der Strukturdaten bewahrheiten, beispielsweise ob das Pflegemodell auch in der Dokumentation „gelebt“ wird.

Eine wesentliche und sachlich notwendige Einschränkung erfolgt in der Einleitung der Prüfanleitung zu Kapitel 12. Es soll und kann nur die Leistung beurteilt werden, zu der sich der Pflegedienst vertraglich verpflichtet hat. Versorgungslücken, die beispielsweise dadurch entstehen, dass Pflegepersonen eigentlich zu übernehmende Aufgaben nicht ausführen, sind lt. Text nur dann dem Dienst zuzurechnen, wenn er dies nicht sieht bzw. nicht im Rahmen seiner Beratungsleistung nachvollziehbar zu klären versucht (s. auch Fragen 12.6 und 12.7 in der nächsten Ausgabe).

Beispiel: Die Pflegeperson soll im Rahmen der notwendigen Dekubitusprophylaxe eine Reihe von Lagerungen im Laufe des Tages vornehmen. Offensichtlich geschieht dies jedoch nicht. Nur wenn der Pflegedienst dies dokumentiert einschließlich des Versuchs, mit der Pflegeperson darüber zu reden, wird ein möglicher körperlicher ‚Schaden‘ nicht dem Pflegedienst zugerechnet.

In diesem Zusammenhang sei auch auf die aktuelle Diskussion nach Veröffentlichung des 2. MDS-Berichtes zu den Qualitätsprüfungen hingewiesen. Die dort ermittelten Quoten für Pflegefehler, die dem Pflegedienst zuzurechnen sind, dürften zu einem erheblichen Teil auf nicht dokumentierten Angaben beruhen und weniger auf falsches praktisches Handeln. Jeder Dokumentationseintrag muss weiterhin nachvoll-

ziehbar einem Mitarbeiter zuzuordnen sein, also Handzeichen und Datum enthalten.

Punkt 12.1 fragt, ob die Dokumentation grundsätzlich beim Pflegebedürftigen aufbewahrt wird. Dabei sind begründete Ausnahmen, vor allem bei verwirrten Pflegebedürftigen möglich. Wichtiger ist der Hinweis in der Prüfanleitung, dass die Dokumentation die Unterlagen der letzten drei Monate enthalten soll. Dies gilt nicht nur für Pflegeplanung und Berichte, sondern auch für alle Arten von Durchführungsnachweisen. Vermehrt nutzen Pflegedienste die Leistungsnachweise auch als Durchführungskontrollen für die dort aufgeführten Leistungen. Das hat den wesentlichen Vorteil, dass es nicht (mehr) zwei verschiedene Formulare (Leistungsnachweis, Durchführungskontrolle) gibt. Allerdings muss dann auch eine Kopie des Leistungsnachweises in der Dokumentation verbleiben, wenn das Original für die Abrechnung heraus genommen wird. Ansonsten ist kein vollständiges Bild über das Leistungsgeschehen mehr möglich.

Punkt 12.2 fragt nach, ob aus der Dokumentation ersichtlich ist, dass ein Erstgespräch geführt wurde und ob dies durch eine Pflegefachkraft erfolgt ist. Dabei wird als Antwortvariante auch „Trifft nicht zu“ (d.h. ist nicht negativ zu werten) zugelassen, wenn der Pflegekunde schon mehr als zwei Jahre vom Dienst betreut wurde (und folglich die Nachweise über den Erstbesuch in Form von Pflegeplanung oder Pflegebericht nicht mehr in der Dokumentationsmappe vor Ort liegen, sondern im Büro). Das Erstgespräch muss nicht von der PDL geführt werden. Die auch in der Prüfanleitung zitierten Gemeinsamen Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sprechen vom Pfl-

gedienst, der diese Aufgaben zu übernehmen hat und nicht etwa von einer Person oder Personengruppe. Die Einschränkung der Prüfanleitung auf die Gruppe der Pflegefachkräfte bedeutet wohl, dass man nur dieser Gruppe fachlich eine vollständige Anamnese und Pflegeplanung zutraut.

Punkt 12.3 legt eine Reihe von Stammdaten fest, die lt. Prüfanleitung in jedem Fall vollständig ermittelt werden müssen. Dies sind Angaben zur

- Person (einschließlich Konfession)
- Versicherungsdaten, Kostenübernahmeregelungen, Pflegestufe
- Beginn der Versorgung
- Pflegebegründende Diagnose (siehe im Zweifelsfall Einstufungsgutachten)
- Informationen zu Allergien
- Medizinische/therapeutische Versorgungssituation (Hausarzt, Rehabilitation, Krankenhausaufenthalte, etc.), dazu gehören auch Hinweise zu Heil- und Hilfsmitteln
- Soziale Versorgung (dazu zählen Wohnsituation, Bezugspersonen, Vollmachten, Betreuer)
- Informationen für Notfallsituationen (Adresse und Telefonnummern von Bezugspersonen, Betreuern)
- Informationen zur Patientenverfügung

Lt. Prüfanleitung müssen alle diese Punkte in den Stammdaten behandelt werden, selbst mit einer Negativnennung (z.B. „Keine Allergien“). Problematisch ist in der Praxis oft die Aktualität dieser Angaben, vor allem, wenn der Pflegebedürftige schon sehr lange versorgt wird. Sinnvoll kann es sein, diese Angaben im Rahmen der Pflegevisite mindestens jährlich zu überprüfen bzw. nachzufragen. Gerade Ver-

änderungen bei den Bezugspersonen, beispielsweise durch Umzug etc. bekommt der Pflegedienst nicht immer mitgeteilt. Die gleiche Schwierigkeit besteht bei der Frage, ob (und wann) eine Patientenverfügung vorliegt. Wenn ja, wäre es auch wichtig zu wissen, wo diese liegt. Jeder Notarzt wird zunächst in den sichtbar vorhandenen Unterlagen nachsehen, also in der Pflegedokumentation.

Aus diesem Grunde wäre auch zu prüfen, ob das bisher verwendete Stammbblatt diese Angaben vollständig enthält. Auch wäre es hilfreich, ein Erfassungs- bzw. Aktualisierungsdatum zu führen. Was auch in der Prüfliste als Angabe fehlt sind bekannte Unverträglichkeiten bezüglich Medikamente etc., wenn diese nicht unter dem Punkt „Allergien“ aufgeführt sind, allerdings auch Besonderheiten wie MRSA, Hepatitis, und ähnliches (Angaben auch zum Selbstschutz der Pflegekräfte wichtig)

Tipp:

Wenn der Leistungsnachweis auch die Durchführungskontrolle ersetzt, müssen immer Kopien (zumindest der letzten drei Monate) in der Dokumentationsmappe verbleiben, sonst ist ein Bild über die komplette Leistungserbringung nicht möglich. Aktualisieren Sie systematisch (mindestens einmal im Jahr) die Stammdaten: diese Informationen können im Notfall lebensrettend sein. Das Stammbblatt sollte an zentraler Stelle der Dokumentation zu finden sein, nicht jedoch unbedingt als Deckblatt.

Veröffentlicht in:

PDL Praxis, Häusliche Pflege,
Ausgabe 10/2007

© **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