

## Zuviel des Guten

Im Bereich der Behandlungspflege wird oft zu viel dokumentiert

Die Pflegedokumentation ist in der ambulanten Pflege das wesentliche Verbindungselement zwischen allen in der Versorgung Tätigen. Umso wichtiger ist, dass diese sachgerecht und vollständig geführt wird. Die Kritik an der Bürokratisierung der Pflege entzündet sich oft an der Pflegedokumentation. Andererseits gibt es nicht unberechtigte Ängste, zu wenig zu dokumentieren und darauf hin zu Schadenersatz etc. heran gezogen zu werden.

Im Bereich der Behandlungspflege ergibt sich in der ambulanten Praxis allerdings oft das Phänomen der Überdokumentation:

### 1. Medikamentengabe

Oft genug wird die Medikamentengabe nicht (mehr) als Behandlungspflegeleistung verordnet bzw. genehmigt, beispielsweise weil die Pflegepersonen im Regelfall die Medikamente geben sollen und können. Praktisch passiert sehr oft folgendes:

- das Blatt Medikation findet sich ausgefüllt in der Pflegedokumentation: Der Pflegedienst hat zwar gar keinen Auftrag für diese Behandlungspflege und erbringt sie auch nicht, aber trotzdem wird im Erstgespräch das Medikamentenblatt ausgefüllt und sporadisch weiter geführt. Oft wird dies begründet mit Notfällen: „Dann weiss jeder, welche Medikamente genommen werden“. Tatsächlich ist der Pflegedienst weder zuständig noch verpflichtet, ein Medikamentenblatt zu führen, wenn es keinen Auftrag zur Medikamentengabe oder zum Stellen von Medikamenten gibt. Weder der Pflegebedürftige, die Angehörigen noch der Arzt können je-

doch davon ausgehen, dass auch der Pflegedienst über veränderte Medikationen zu informieren ist. So ergibt sich in der Praxis, dass es zwar einen Medikamentenplan gibt, der aber meist veraltet ist. Damit ist dieser für einen Notfall völlig unbrauchbar: im Gegenteil: ein Notarzt wird, falls er keine anderen Hinweise hat, anhand einer vorhandenen Dokumentation Maßnahmen entscheiden wie eine medikamentöse Therapie. Wenn die Dokumentation allerdings systembedingt (weil kein Auftrag vorliegt) unvollständig, lückenhaft oder falsch ist, kann dies zu weit reichenden Fehlentscheidungen führen. Darum sollte ein Medikamentenblatt nur geführt werden, wenn der Pflegedienst den Auftrag zu eben dieser Behandlungspflege hat. In diesen Fällen ist das Medikamentenblatt auch vollständig und sachlich richtig. Im Rahmen der Pflegeversicherung ist das Medikamentenblatt kein Bestandteil der Pflegedokumentation. Lediglich in der Pflegeplanung würde, falls Medikationen besteht, der Hinweis erfolgen, dass die Medikamentengabe über die Angehörigen oder selbständig erfolgt.

- Oft wird die Medikamentengabe auch dann noch vom Pflegedienst übernommen, wenn die Kostenübernahme von der Krankenkasse abgelehnt wurde. Grundsätzlich stellt sich dann immer die Frage, warum der Pflegedienst die Leistung übernimmt, wenn diese nach Meinung der Kasse und nach Information des verordnenden

Arztes nicht notwendig ist bzw. nicht notwendig von einem Dienst übernommen werden muss. Praktisch sind oft aber sowohl weder der Arzt noch der Versicherte willig oder in der Lage, ihre Aufgaben bzw. Rechte durchzusetzen. Übernimmt der Pflegedienst in solchen Fällen trotzdem die Medikamentengabe, so sollte dies zumindest auf der Basis der Verordnung gesehen, so dass zumindest der Leistungsinhalt sachgerecht und auf einer rechtlichen Basis erfolgt, wenn schon die Bezahlung fehlt. Dass der Pflegedienst hier eine Serviceleistung erbringt, die unter Umständen dazu führen kann, dass dauerhaft die Medikamentengaben nicht mehr von den Kassen finanziert werden (bei Ablehnung funktioniert ja doch auch alles), sei nur am Rand erwähnt.

## **2. Pflegeplanung bei Behandlungspflegen**

Selbst bei reinen Behandlungspflegenden finden sich oft komplette Pflegeplanungen in der Dokumentation. Tatsächlich erbringt der Pflegedienst eine Behandlungspflege im Auftrag des Arztes im Rahmen seiner Thera-

pieplanung. Der Arzt hat somit sowohl eine Problemanalyse als auch eine Ziel- und Maßnahmenplanung erstellt, in deren Folge (als Maßnahme) die verordnete Behandlungspflege vom Pflegedienst auszuführen ist. Ist beispielsweise eine Insulininjektion verordnet, beschränkt sich die „Planung“ des Pflegedienstes allein auf die Ausführungsplanung, die übrige Pflegeplanung befindet sich beim Arzt und liegt in seiner Verantwortung. Natürlich ist im Weiteren der Verlauf inklusive Veränderungen, Auffälligkeiten und falls notwendig Rücksprachen im Rahmen des Pflegeberichtes bzw. der (falls zu messenden) BZ-Werte zu dokumentieren, aber die Veränderung der Pflegeplanung kann nur über den Arzt erfolgen, dessen Planung hier ausgeführt wird.

Lediglich im Bereich der Grundpflege (also bei Leistungen nach § 37.1 Krankenhausvermeidung/verkürzung) ist eine eigenständige Pflegeplanung zu erstellen.

Sind im Rahmen einer verordneten Leistung auch Prophylaxen zu eben dieser Leistung notwendig (Umlagern und Dekubitusversorgung), sind diese gleichfalls zu planen.

Veröffentlicht in:

PDL Praxis, Häusliche Pflege, Ausgabe 11/2004

© **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)