

Die Qualitätsprüfungen

Serie zu den Grundlagen der MDK-Prüfungen in der ambulanten Pflege – Teil 15
Beurteilung auf der Basis der Pflegedokumentation (Teil 2)

Die Punkte 12.4 bis 12.10 der Prüfanleitung behandeln das Thema: Pflegeplanung. Von der Anamnese bis zur Überprüfung der Planung werden in Einzelschritten die wesentlichen Punkte abgefragt. Für alle gelten folgende generellen Abfragen/Punkte:

- Es ist immer durch den Prüfer festzustellen, ob die einzelnen Schritte jeweils durch Pflegefachkräfte dokumentiert/geplant wurden. Eine nachvollziehbare Rechtsgrundlage wird dafür nicht angegeben. Man geht vermutlich davon aus, dass allein Pflegefachkräfte aufgrund ihrer Ausbildung in der Lage sind, die entsprechenden Schritte sachgerecht durchzuführen. Aus meiner Erfahrung kenne ich viele Pflegekräfte, die diese Schritte ebenfalls sachlich und fachlich richtig durchführen können. In solch einem Fall sollte zur Formwahrung eine Fachkraft die Planung gegenzeichnen, damit kann man inhaltlich unsinnige Diskussionen vermeiden.
- Sachlich völlig richtig stellt die Prüfanleitung fest, dass bei alleiniger Behandlungspflege (z.B. Medikamentengabe) keine Pflegeplanung durchzuführen ist (sie ist formal durch den verordnenden Arzt zu erstellen).

Punkt 12.4 fragt nach der Basis der Pflegeplanung, einer Pflegeanamnese bzw. Informationssammlung. Dazu gehören die pflegerrelevante Vorgeschichte, persönliche Pflegegewohnheiten, Bedürfnisse/Wünsche/Abneigungen, aktuelle Ressourcen/Fähigkeiten und aktuelle Probleme/Defizite. Das Problem der Informationssammlung ist in der Praxis die Frage der Aktualität. Diese Daten werden zu Beginn der

Pflegetätigkeit erhoben und können sich im Laufe der Zeit verändern. Theoretisch müsste im Laufe der Pflegetätigkeit die Informationssammlung jeweils aktualisiert werden, meist geschieht dies jedoch nicht, bzw. nur im Rahmen der Pflegeplanungsblätter, bspw.. wenn sich einzelne Fähigkeiten verändern. Die in der Regel auf dem Stamblatt erhobenen Anamnesedaten werden jedoch selten aktualisiert/verändert. Zwar wird in der Prüfanleitung nicht hinterfragt, wie aktuell die Daten sind, jedoch sollte die Einrichtung selbst überprüfen, wie aktuell die Informationssammlung jeweils ist (siehe auch die Probleme bei den Stammdaten in Punkt 12.3).

Biografische Daten (12.5) sind in der stationären Pflege wichtig, weil sie wesentlichen Anknüpfungspunkte für die Betreuung liefern. Ambulant gesehen sind diese Informationen weniger wichtig. Der Pflegedienst ist schließlich meist nur kurzzeitiger Gast in der Wohnung, der spezielle Tätigkeiten erledigen soll und danach wieder geht. Wichtig werden solche Informationen eher bei Dementen, um evtl. das Verhalten oder bestimmte Handlungen besser verstehen zu können. Wenn ambulant keine biografischen Daten erhoben werden (weil beispielsweise der Pflegebedürftige hierzu nichts sagen will), sollte dies kurz in der Anamnese vermerkt werden.

Wesentlich wichtiger ist der Punkt 12.6: Es wird gefragt, ob aus der Pflegedokumentation ersichtlich ist, dass der Pflegedienst den Pflegebedürftigen bzw. seine Angehörigen über die für eine ausreichende Versorgung erforderlichen Leistungen informiert hat. Die Brisanz dieser Frage sei beispielhaft erläutert: Der Pflegedienst stellt eine starke Dekubitusgefährdung fest und schlägt vor, den Pflegebedürftigen sechsmal am Tag (und mehrmals in

der Nacht) zu lagern. Der Pflegebedürftige und seine Angehörigen lehnen dies jedoch ab, es ist ihnen zu teuer. Stattdessen soll der Dienst nur morgens und abends lagern, den Rest würden sie selbst übernehmen. Im Laufe der Zeit entsteht der erwartbare Dekubitus. Plötzlich steht der Verdacht der gefährlichen Pflege gegen den Pflegedienst im Raum und es gibt eine Anzeige gegen ihn wegen Körperverletzung. Dieser Verdacht kann nur durch die Pflegedokumentation entkräftet werden: hat der Pflegedienst seine Beratung sowie die beauftragten Leistungen schriftlich in der Dokumentation festgehalten, einschließlich der Hinweise auf die (auch von ihm) festgestellte Verschlechterung und nochmaliger Aufklärung über Vermeidungsmaßnahmen (durch den Pflegedienst oder die Pflegepersonen), ist der Dienst ‚aus dem Schneider‘. Um es anders zu formulieren: der Pflegedienst ist bei Leistungen nach SGB XI (auch bei reiner Hauswirtschaft) zu einer umfassenden **Pflegeplanung aller Probleme** verpflichtet. Er hat die aus seiner Sicht notwendigen Leistungen anzubieten, Ziele zu definieren und Maßnahmen zur Zielerreichung - unabhängig durch wen sie erbracht werden (Leistungsaufteilung) -, inklusive deren Überprüfung, zu planen. Entscheiden sich der Pflegebedürftige und seine Angehörige für weniger Leistungen, ist dies entsprechend zu dokumentieren evtl. einschließlich einer Handlungsanleitung/Hinweis, wie die Angehörigen selbst notwendige Leistungen durchführen können, da das hierfür evtl. benötigte Fachwissen nicht vorausgesetzt werden kann (lösen könnte man dies auch durch Schulungsangebote nach § 45 SGB XI) Auch die schriftliche Leistungsaufteilung wird im Prüfbogen abgefragt (12.7). Punkt 12.8 des Prüfbogens fragt, ob für die vereinbarten Leistungen individuelle Pflegeziele formuliert

wurden. Die festzulegenden Ziele sollen also „*nur*“ für vereinbarte, also vom Pflegedienst durchzuführende Leistungen gelten. Diese Begrenzung auf die vereinbarte Leistungen steht im Widerspruch zur Informationspflicht des Dienstes in Punkt 12.6, aber aus meiner Sicht auch zu den Gemeinsamen Maßstäben und Grundsätzen, P. 3.2.2.1: Wie soll der Dienst über eine umfassende Versorgung informieren und die einzelnen Schritte aufteilen, wenn er sie nicht geplant hat? In der Prüfanleitung des MDK steht zu Punkt 12.6 wörtlich: „Dem Pflegebedürftigen dürfen unter diesen Bedingungen (ausreichende Versorgung) keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Sekundärschäden entstehen, die durch die Inanspruchnahme von Leistungen des Pflegedienstes im Rahmen der Pflegeversicherung vermeidbar gewesen wären.“ Um diese Bedingungen für die Informationspflicht zu erfüllen, bleibt dem Pflegedienst keine andere Wahl, als eine umfassende Pflegeplanung für alle notwendigen Leistungen einschließlich individueller Pflegeziele vorzunehmen, selbst wenn er diese nach Punkt 12.8 nur für die von ihm durchgeführten Leistungen machen ‚muss‘. Die individuellen Pflegeziele müssen konkret, erreichbar und überprüfbar sein, sie müssen auch einen zeitlichen Rahmen haben.

Tipp:

Unabhängig von der Formulierung der Prüfanleitung sollte der Pflegedienst aus Selbstschutz die komplette Pflegeplanung durchführen auch für Leistungen, die die Angehörigen selbst übernehmen. Nur so kann er die Informationspflicht, die evtl. auch haftungsrechtlich relevant wird, sachgerecht erfüllen.

Veröffentlicht in:

PDL Praxis, Häusliche Pflege,
Ausgabe 11/2007

© **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