

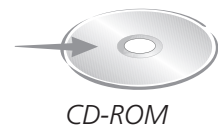
# Das möchte der MDK in Ihrer Pflegedokumentation sehen

# 6

Im Kapitel 4 wurden bereits die Kriterien aufgeführt, die der MDK in Bezug auf die Umsetzung und Dokumentation der für den Expertenstandard relevanten Pflege Themen prüft. Im Folgenden werden die Kriterien aufgeführt, bei denen der MDK im Rahmen einer Qualitätsprüfung auch die Pflegedokumentation zur Bewertung mit hinzuzieht.

Die erste Spalte „T“ steht für „Transparenzkriterium“. Das bedeutet, dass die Bewertung der Prüffrage in die Benotung der Einrichtung nach den Pflege-Transparenz-Vereinbarungen mit einfließt.

Die folgenden Übersichten finden Sie auch in Form einer Audit-Checkliste auf der beiliegenden CD-ROM. Sie können diese zum Beispiel im Rahmen eines internen Qualitätsaudits zur Überprüfung des Umsetzungsgrades der MDK-Anforderungen an eine Pflegedokumentation verwenden.



## 6.1 MDK-Anforderungen an eine Pflegedokumentation im ambulanten Bereich

T	Prüffrage	Erläuterung
	Vom Pflegedienst vorgelegte Unterlagen? Pflegedokumentationssystem	Der MDK prüft lediglich, ob der Pflegedienst generell eine Pflegedokumentation anwendet.
T	Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?  Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?	Das Prüfkriterium ist dann erfüllt, wenn die Kundenakten – und dazu gehört auch die Pflegedokumentation – vor dem Zugriff unbefugter Personen geschützt sind (z.B. durch Aufbewahrung in verschlossenen Schränken oder bei computergestützter Pflegedokumentation Vergabe von Passwörter für befugte Personen). Außerdem sind die Mitarbeiter des Pflegedienstes schriftlich zur Verschwiegenheit verpflichtet.  Um dies festzustellen, gleicht der über einen bestimmten Zeitraum MDK die Touren- und Einsatzplanung mit der Pflegedokumentation ab, um die Kontinuität der pflegerischen Versorgung festzustellen.
	Liegt ein geeignetes schriftliches Pflegekonzept vor?	Der MDK prüft, ob sich das Pflegekonzept nicht nur in der praktischen Pflegeumsetzung widerspiegelt, sondern auch in der Pflegedokumentation.

T	Prüffrage	Erläuterung
	<p>Werden die für die ambulante Pflege relevanten Aussagen der Expertenstandards des DNQP<sup>10</sup> im Rahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt oder sind konkrete Maßnahmen in dieser Hinsicht geplant?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dekubitusprophylaxe</li> <li>• Pflegerisches Schmerzmanagement</li> <li>• Sturzprophylaxe</li> <li>• Kontinenzförderung</li> <li>• Chronische Wunden</li> </ul>	<p>Der MDK prüft, ob die genannten Expertenstandards in der pflegerischen Praxis umgesetzt werden. Dazu gehören auch Erfordernisse an die Pflegedokumentation (→ vgl. Kapitel 4).</p>
	<p>Liegt im Pflegedienst eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktuell (alle Mitarbeiter, die länger als eine Woche beschäftigt sind)</li> <li>• Nennung der Qualifikation</li> <li>• Vor- und Zuname</li> <li>• Handzeichen übereinstimmend</li> </ul>	<p>Sowohl bei handschriftlicher als auch bei EDV-gestützter Pflegedokumentation ist eine Handzeichenliste erforderlich. Bei der Erstellung der Handzeichenliste ist darauf zu achten, dass jedes Handzeichen eindeutig einem Mitarbeiter zugeordnet werden kann.</p>
	<p>Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden?</p>	<p>Dazu gehören auch tätigkeitsbezogene Fortbildungen zum Pflegeprozess und der Pflegedokumentation.</p>
	<p>Liegt ein einheitliches Pflegedokumentationssystem vor?</p>	<p>Die Frage wird vom MDK mit „ja“ beantwortet, wenn die vom ambulanten Pflegedienst zur Verfügung gestellten Elemente des Pflegedokumentationssystems mit den bei den Pflegebedürftigen eingesehenen Dokumentationsunterlagen übereinstimmen.</p>
	<p>Können alle relevanten Informationen mit dem angewandten Pflegedokumentationssystem erfasst werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stammdaten</li> <li>• Pflegeanamnese/Informationssammlung</li> <li>• Biografie</li> <li>• Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten, Ziele und geplante Maßnahmen sowie die Evaluation der Ergebnisse</li> <li>• Verordnete medizinische Behandlungspflege</li> <li>• Gabe verordneter Medikamente</li> <li>• Durchführungsnachweis</li> </ul>	<p>Der MDK prüft, ob die Pflegeeinrichtung ein Pflegedokumentationssystem vorhält, mit dem alle relevanten Informationen dokumentiert werden können. In den Qualitätsprüfungs-Richtlinien ist hierzu geschrieben:</p> <p>„Ein Pflegedokumentationssystem soll die übersichtliche und jederzeit nachvollziehbare Dokumentation der Stammdaten sowie des Pflegeprozesses in all seinen Schritten ermöglichen.</p> <p>Pflegedokumentationssysteme werden in der Regel unterteilt in die Elemente Stammbblatt, Pflegeanamnese, Pflegeplanung, Pflegedurchführungsnachweis (bzw. Leistungsnachweis) sowie Pflegebericht.“</p>

<sup>10</sup> Hinweis: In den Qualitätsprüfungs-Richtlinien des MDS wird dieser Aspekt wie folgt erläutert: „Die bisher vom DNQP entwickelten Expertenstandards konkretisieren den Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und sind bis zu einem Aktualisierungsbeschluss bzw. Einführungsbeschluss eines neuen Expertenstandards nach § 113a SGB XI relevant.“

T	Prüffrage	Erläuterung
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegebericht</li> <li>• Bewegungs- bzw. Lagerungsplan</li> <li>• Trink-/Bilanzierungsplan</li> <li>• Ernährungsplan</li> <li>• Überleitungsbogen</li> <li>• Wunddokumentation</li> <li>• Dekubitusrisiko/Dekubitusrisiko-skala</li> <li>• Fixierung</li> <li>• Gewichtsverlauf</li> <li>• Miktionsprotokoll</li> <li>• Sturzrisiko</li> <li>• Sonstiges</li> </ul>	
	<p>Ist bei einer computergestützten Pflegedokumentation durch die Vergabe von Zugriffsrechten eine eindeutige Zuordnung von Eingaben in den PC zu Mitarbeitern möglich?</p> <p>Zugriffsrechte für alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter eindeutig geregelt</p> <p>Eintragungen sind Mitarbeitern zugeordnet</p> <p>Nachträgliche Eintragungen/Änderungen werden als solche gekennzeichnet</p>	<p>Jeder Mitarbeiter, der Eintragungen in der EDV-gestützten Dokumentation vornimmt, muss über ein Passwort den Zugriff auf die Dokumentation erhalten. Jede Eintragung muss einem Mitarbeiter eindeutig zuzuordnen sein.</p>
T	<p>Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?</p>	<p>Der Nachweis über die aktive Kommunikation erfolgt über Einträge in der Pflegedokumentation (z.B. im Pflegebericht).</p> <p>Grundsätzlich müssen dem Arzt mitgeteilt werden (mit entsprechender Dokumentation):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relevante Normabweichungen</li> <li>• Notfallsituationen</li> <li>• Andere unmittelbar mit der verordneten Leistung zeitlich und inhaltlich zusammenhängende relevante Gesundheitszustandsveränderungen, die Auswirkungen auf Umfang, Inhalt, Dauer oder Art der ärztlich verordneten Leistungen haben.</li> </ul>
	<p>Wird mit dem Absaugen von Versicherten sachgerecht umgegangen?</p>	<p>In der Pflegedokumentation (z.B. im Pflegebericht) ist die Beschaffenheit des abgesaugten Sekrets zu dokumentieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menge</li> <li>• Aussehen</li> <li>• Häufigkeit</li> <li>• Blutbeimengungen</li> </ul> <p>Der MDK empfiehlt, abhängig von der Häufigkeit des Absaugens, ggf. ein gesondertes Absaugprotokoll zu führen.</p>

T	Prüffrage	Erläuterung
	Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen?	<p>Dabei müssen im Rahmen der Pflegedokumentation folgende Aspekte berücksichtigt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beatmungsform (kontrolliert oder assistiert) und Beatmungsparameter sind zu dokumentieren.</li> <li>• Vitalparameter und Schwellenwerte, bei denen weitere pflegerische bzw. behandlungsrelevante Interventionen erfolgen müssen, müssen dokumentiert sein.</li> <li>• Erforderliche Hilfsmittel zur Durchführung einer maschinellen Beatmung müssen dokumentiert sein.</li> <li>• Wechsel- und Reinigungsintervalle der erforderlichen Hilfsmittel sind zu dokumentieren.</li> <li>• Die Durchführung der verordneten Maßnahmen ist nachvollziehbar dargestellt.</li> <li>• Der Informationsaustausch mit dem behandelnden Arzt ist in der Pflegedokumentation nachvollziehbar.</li> <li>• Kontaktadressen von externen Supportunternehmen (Homecare-Unternehmen) sind in der Pflegedokumentation aufgeführt.</li> </ul>
	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?	Hierbei ist in der Pflegedokumentation zu berücksichtigen, dass die durchgeführten Maßnahmen der Verordnung des Arztes entsprechen und eine gezielte Informationssammlung nachzuvollziehen ist.
T	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	Die Blutdruckmessung muss dokumentiert werden. Ggf. (bei Abweichungen) muss die Informationsweitergabe an den behandelnden Arzt ebenso nachvollziehbar sein (z.B. Eintragung im Pflegebericht).
T	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	Die Blutzuckermessung muss dokumentiert werden. Ggf. (bei Abweichungen) muss die Informationsweitergabe an den behandelnden Arzt ebenso nachvollziehbar sein (z.B. Eintragung im Pflegebericht).
	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?	Dabei ist zu dokumentieren, um welche Drainage es sich handelt und wann diese gelegt wurde. Außerdem muss nachvollziehbar sein, wann das geschlossene Wunddrainagesystem gewechselt wurde.
T	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	<p>In der Pflegedokumentation muss die Medikamentengabe entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar sein. Eine fachgerechte und vollständige Dokumentation ist gegeben, wenn sie folgende Aspekte enthält:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Applikationsform</li> <li>• Vollständiger Medikamentenname</li> <li>• Dosierung und Häufigkeit</li> <li>• Tageszeitliche Zuordnung der Gabe</li> </ul> <p>Handelt es sich um eine Bedarfsmedikation, muss in der Pflegedokumentation festgehalten sein, wann welches Medikament in welcher Dosierung verabreicht worden ist.</p>