

Clearingstelle

der Diözesan-Caritasverbände in NRW
Aachen | Essen | Köln | Münster | Paderborn
für leistungsrechtliche Fragen in der ambulanten Pflege



Geschäftsstelle der Clearingstelle c/o
Diözesan-Caritasverband
für das Erzbistum Köln e.V.
Georgstraße 7
50676 Köln
Telefon: +49 (0)221 2010-332
Fax: +49 (0)221 2010-231
www.caritas-nrw.de/clearingstelle-pflege

INFODIENST 5/2017

(3. überarbeitete Fassung)

Umfang der Pflegeplanung und Dokumentation in der ambulanten Pflege bei der ausschließlichen Durchführung von Behandlungspflege

Eine *detaillierte* Pflegedokumentation ist bei Patienten, die ausschließlich Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V erhalten, grundsätzlich nicht erforderlich. Weder aus dem „Qualitätsrecht“ noch aus dem derzeit gültigen NRW-Rahmenvertrag nach §§ 132, 132 a Abs. 2 SGB V oder dem Haftungsrecht ergibt sich bei ausschließlichen behandlungspflegerischen Maßnahmen eine solche Pflicht zur detaillierten Pflegedokumentation („der Kunde ist nicht pflegebedürftig, sondern bedarf einer medizinischen Behandlung“).

So ist der Grundsatzstellungnahme des MDS und ähnlich auch der Pflege-Transparenzvereinbarung zu entnehmen (Auszug aus der Grundsatzstellungnahme des MDS „Pflegeprozess und Dokumentation“ (Kapitel 2.4.)):

Bei Versicherten, die ausschließlich Behandlungspflege erhalten, handelt die Pflegeeinrichtung im Rahmen des ärztlichen Therapie- und Behandlungsplanes. Die Pflegekraft führt hierüber entsprechende Nachweise, die Dokumentation von Besonderheiten wird gewährleistet und ggf. erfolgt eine Rücksprache mit dem behandelnden Arzt. Eine umfassende Dokumentation aller Schritte des Pflegeprozesses ist hier nicht erforderlich, da der Pflegedienst ausschließlich die Durchführung der Interventionen übernimmt, für die er vom behandelnden Arzt einen entsprechenden Auftrag erhalten hat. Die Verpflichtung zur Dokumentation im Bereich der „häuslichen Krankenpflege“ ergibt sich aus den jeweiligen Verträgen der Krankenkassen.

Der nordrhein-westfälische Landesvertrag gemäß § 132,132 a Abs. 2 SGBV (Stand: April 2010) gibt zwar in § 10 und § 15 vor, dass eine „individuelle, auf den Patienten abgestimmte Pflegeplanung zu führen ist, die der Entwicklung des Pflegeprozesses entsprechend aktualisiert werden muss“, und führt auch entsprechende

Ihre Ansprechpartner der Clearingstelle in den Diözesen:

Caritasverband
für das Bistum
Aachen e.V.

Ferdinand Plum
Fon: +49 (0)241 431 201

Caritasverband
für das Bistum
Essen e.V.

Anika Kottmann
Fon: +49 (0)201 81028 113
Frank Krurse
Fon: +49 (0)201 81028 121

Diözesan-Caritasverband
für das Erzbistum
Köln e.V.

Stefanie Hermanns
Fon: +49 (0)221 2010 332
Monika Jansen
Fon: +49 (0)221 2010 209

Caritasverband
für die Diözese
Münster e.V.

Carina Poneis
Fon: +49 (0)251 8901 246
Margarethe Köckemann
Fon: +49 (0)251 8901 282

Caritasverband
für das Erzbistum
Paderborn e.V.

Esther van Bebber
Fon: +49 (0)5251 209 274
Christoph Menz
Fon: +49 (0)5251 209 220

Clearingstelle

der Diözesan-Caritasverbände in NRW
Aachen | Essen | Köln | Münster | Paderborn
für leistungsrechtliche Fragen in der ambulanten Pflege

Mindestangaben auf (Stammdaten, Strukturierte Informationssammlung, Pflegebericht und Durchführungsnachweis). Der Begriff der strukturierten Informationssammlung ist dabei nicht geschützt. Somit kann jede Form der strukturierten Informationssammlung benutzt werden. Es besteht kein explizierter Bezug zum Strukturmodell nach Beikirch.

Die Pflicht zur detaillierten Pflegeplanung bezieht sich aber nur auf die häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V (Krankenhausvermeidungspflege), sowie die psychiatrischen Krankenpflege. Für die ausschließliche Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V heißt es auch hier: „Bei Versicherten, die ausschließlich Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V erhalten, ist eine umfassende Durchführung aller Schritte des Pflegeprozesses, insbesondere die Pflegeplanung, nicht erforderlich, da der Leistungserbringer ausschließlich im Rahmen des ärztlichen Therapie- und Behandlungsplans handelt, d.h., es ist nur eine - auf die jeweilige Behandlungspflege bezogene - Planung zu erstellen. Im Vergleich zu der umfassenden Pflegeplanung bei SGB XI-Patienten bzw. im Rahmen der Krankenhausvermeidungspflege, bei der üblicherweise sämtliche pflegerische relevante Aspekte (z.B.: AEDLs, Themenfelder Strukturmodell etc.) zu berücksichtigen sind, wird hier die Planung auf nur eine (manchmal auch mehrere) konkrete(n) behandlungspflegerische(n) Maßnahme(n) beschränkt.

Im Rahmen der Medikamentengabe wäre z.B. wie folgt kurz und knapp individuell zu planen:

AEDL Modell (6 Phasen Pflegeprozess)	Strukturmodell (4 Phasen Pflegeprozess)
Problem: durch Demenz nicht sichergestellte Medikamententherapie	Eintrag SIS: Patient kann Medikamententherapie nicht selbstständig durchführen
Ressourcen: Akzeptanz der Einschränkung/ Kooperation bei der Durchführung	Maßnahmenplan: Medikamentengabe nach Verordnung des Arztes sowie Krankenbeobachtung
Ziel: Sicherstellung der ärztlich verordneten Behandlung	
Maßnahmen: <i>Medikamentengabe nach Verordnung des Arztes sowie Krankenbeobachtung</i>	

Eine fachgerechte und vollständige Dokumentation der Medikamente enthält folgende Angaben

- a) die Applikationsform
- b) den vollständigen Medikamentennamen mit Wirkstoff
- c) die Dosierung und Häufigkeit
- d) die tageszeitliche Zuordnung der Medikamentengabe
- e) Angaben zur Bedarfsmedikation

Je nach Medikament und Grunderkrankung bezieht sich die Krankenbeobachtung dann auf die erforderlichen Bereiche. Bei Insulingabe muss z.B. auch das Ernährungsverhalten mit beobachtet werden oder bei blutdrucksenkenden Medikamenten sollte natürlich auch zwischenzeitlich der Blutdruck gemessen werden

Clearingstelle

der Diözesan-Caritasverbände in NRW
Aachen | Essen | Köln | Münster | Paderborn
für leistungsrechtliche Fragen in der ambulanten Pflege

etc. Hier ist Pflegefachlichkeit gefragt! Entsprechend der erforderlichen Bereiche hat durch die Pflegefachkraft eine Beratung zu erfolgen. Diese kann auch im Berichtblatt dokumentiert werden.

Bei der Verwendung eines Generikums muss der Pflegedienst überprüfen, ob das verwendete Präparat dem der ärztlichen Verordnung entspricht (z.B. durch Austauschliste, Dokumentation des Wirkstoffnamens, Kennzeichnung der Generikumspackung mit dem Namen des Originalpräparates).

Darüber hinaus sind die verordneten Leistungen im genehmigten Umfang durchzuführen, zu bewerten und zu dokumentieren. Sofern Besonderheiten oder Komplikationen auftreten, müssen diese sowie die daraus zu ziehenden Konsequenzen und die Informationen an den Arzt ebenfalls dokumentiert werden. Jeder durchgeführte Einsatz ist mit Datum, Uhrzeit und Handzeichen des eingesetzten Personals zu dokumentieren.

Im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege ist stets zu bedenken, dass die von der Pflegeeinrichtung (ambulant wie stationär) übernommenen Leistungen ärztlich delegiert sind. Aus der Haftungsverteilung ergibt sich: der Arzt hat im Rahmen der Behandlungspflege die Anordnungsverantwortung, die Einrichtung die Organisations-verantwortung, die einzelne Pflegekraft die Durchführungsverantwortung.

Alle Beteiligten haben in ihrem Zuständigkeitsbereich entsprechende Sorgfaltspflichten zu beachten. Die Pflegeeinrichtung hat also innerhalb ihrer organisatorischen Verantwortung (und Freiheit) dafür Sorge zu tragen, dass die nötigen Informationen für eine den aktuell wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechende Behandlungspflege aus der Dokumentation hervorgehen, diese auch die vertraglichen Mindestangaben enthält (vgl. § 10 und § 15 des Landesvertrages) und die durchführende Pflegekraft aufgrund einer entsprechenden aktuellen behandlungs-pflegerischen Planung eigenverantwortlich tätig werden kann.