

03.14

SGb

61. Jahrgang
März 2014
Seiten 113–168

Die Sozial- gerichtsbarkeit

www.DieSozialgerichtsbarkeit.de

Zeitschrift für
das aktuelle Sozialrecht

Herausgeber:

Prof. Dr. Peter Becker
Richter am BSG

Prof. Dr. Dr. h. c. Eberhard Eichenhofer
Friedrich-Schiller-Universität Jena

Prof. em. Dr. Dr. h. c. Wolfgang Gitter
Bayreuth

Prof. Dr. Otto Ernst Krasney
Vizepräsident des BSG a. D.

Peter Masuch
Präsident des BSG

Prof. Dr. Dr. h. c. Ulrich Preis
Universität zu Köln

Prof. Dr. Peter Udsching
Vorsitzender Richter am BSG a. D.

Prof. Dr. Thomas Voelzke
Vorsitzender Richter am BSG

Dr. h. c. Matthias von Wulffen
Präsident des BSG a. D.

Aufsätze

T. Breitzkreuz/J. O. Merten

Die beiden Anwendungsfälle des § 44 Abs. 1 Satz 1 SGB X im Lichte rechtsstaatlich gebotener Bestandskraft

R. Buchner

Das obligatorische Schlichtungsverfahren als Klagevoraussetzung in Streitigkeiten über Krankenhausvergütungen nach § 17c KHG

C. Stotz

Vererblichkeit von Ansprüchen auf Sozialleistungen – Ausnahmen bei Ansprüchen auf Leistungen nach dem SGB XII und SGB II?

J. Bachem/K. Börner/P. Frings/A. Jorzig/J. Kamm/A. Philipp/M. Plantholz/P. Udsching/T. Weiß

Notwendiger Umfang der Pflegedokumentation aus haftungsrechtlicher Sicht

Rechtsprechung mit Anmerkungen

BSG, Aufrechnung/Beitragsforderung/Geldleistung
(*Anm. A. Pflüger*)

BSG, Gründungszuschuss/Ausland
(*Anm. H. A. Petzold*)

BSG, Bedarfsgemeinschaft/Pflegeheimbewohner
(*Anm. V. Warendorf*)

BSG, Erstattung/Betreutes Wohnen
(*Anm. M. Fleuß*)

BSG, Erstattung/Präjudiziabilität
(*Anm. M. Bolay*)

Notwendiger Umfang der Pflegedokumentation aus haftungsrechtlicher Sicht

Jörn Bachem, Darmstadt · Dr. Karlheinz Börner, Wiesbaden · Peter Frings, Münster ·
Dr. Alexandra Jorzig, Düsseldorf · Johannes Kamm, Hamburg · Dr. Albrecht Philipp, München ·
Dr. Markus Plantholz, Hamburg · Prof. Dr. Peter Udsching, Göttingen · Prof. Dr. Thomas Weiß, Kiel

Das Thema „Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ ist hochaktuell. Nach wie vor müssen die Pflegekräfte in ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen einen großen Teil ihrer Arbeitszeit für Dokumentationsaufgaben aufwenden. Es besteht in der Fachwelt weitgehend Einigkeit, dass die Zeit für die eigentliche Pflege und die Zuwendung zu den pflegebedürftigen Menschen dadurch zu stark verkürzt wird. Erst jüngst hat die Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder aus diesem Anlass die Bundesregierung aufgefordert, ihre Bemühungen um die Entbürokratisierung der Pflege fortzusetzen. Konkrete und praxisnahe Leitlinien für eine fachgerechte und effiziente Pflegedokumentation sollen danach erarbeitet und erprobt werden.

I. Einleitung

Bereits seit Herbst 2013 läuft ein Praxistest „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“, der von der Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege im Bundesministerium für Gesundheit angestoßen wurde. An ihm nehmen ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen teil. Dieser Praxistest knüpft an Projekte in Bayern 2002/2003 und in Schleswig-Holstein 2002–2004 an, die mit vergleichbarem Grundansatz durchgeführt und haftungsrechtlich als unbedenklich bewertet wurden. Ein wesentlicher Bestandteil dieses Tests ist der Verzicht auf die ständige Abzeichnung von Maßnahmen der Grundpflege, die zur täglichen Routine gehören und in der Pflegeplanung nach Art und Häufigkeit beschrieben sind. Umgekehrt werden im Rahmen der Projekte und dieses Tests von den Pflegekräften nur noch Ereignisse schriftlich niedergelegt, die eine Abweichung von der Pflegeplanung des jeweiligen Menschen mit Pflegebedarf bedeuten. Diese Ergebnisse, an die auch der folgende Text anknüpft, haben sich in der Fachwelt jedoch noch nicht hinreichend verbreitet.

Die Erfahrungen in allen Projekten zur Vereinfachung der Pflegedokumentation haben die Notwendigkeit einer fundierten rechtlichen Bewertung, namentlich aus haftungsrechtlicher Sicht gezeigt. Pflegekräfte befürchten weiterhin, gegen einen (vermeintlichen) Grundsatz „Was nicht dokumentiert ist, ist nicht durchgeführt worden“ zu verstoßen. Eine Gruppe von Juristinnen und Juristen mit breiter Erfahrung und Spezialisierung im Pflege- und Medizinrecht hat die Fragestellung daher nochmals ausführlich mit Pflegewissenschaftlern sowie weiteren einschlägigen Expertinnen und Experten diskutiert. Sie ist zu folgender Bewertung gelangt.

II. Ausgangslage

Derzeit besteht die unbefriedigende Situation, dass Pflegekräfte davon ausgehen, dass aus sozial- wie haftungsrechtlichen Grün-

den alles, was täglich in der Pflege geleistet wird, auch in der Pflegedokumentation festgehalten werden müsse. Es wird bei der Dokumentation nicht zwischen Grund- und Behandlungspflege differenziert, sondern stets pauschal „alles“ dokumentiert. Hintergrund dieser Verfahrenspraxis ist sicherlich die immer wieder verbreitete/vertretene Sichtweise bzw. Annahme, dass das, „was nicht dokumentiert ist, als nicht gemacht gilt“.

Richtig ist, dass diese Annahme aus haftungsrechtlicher Sicht grundsätzlich bzw. regelhaft im medizinischen Bereich hinsichtlich der Dokumentation gilt. Ein Verstoß dagegen führt jedoch nicht dazu, dass dieses Versäumnis automatisch zu einer Haftung führt (d.h. ein Haftungsfall eintritt). Zu einer Haftung kann nur ein tatsächlicher schuldhaft verursachter (Körper- bzw. Gesundheits-) Schaden führen, wie z.B. ein durch die Pflegeeinrichtung/den Pflegedienst bzw. eine Pflegefachkraft schuldhaft verursachter Dekubitus bei einer pflegebedürftigen Person.

Liegt ein solches Verschulden nicht vor, dient die Pflegedokumentation insbesondere dazu, dies in einem etwaigen Haftungsprozess nachvollziehbar unter Beweis stellen zu können. Sofern nicht oder nicht ausreichend dokumentiert wurde, kann dies jedoch dazu führen, dass genau dieser Beweis nicht zu erbringen ist und somit (negative) haftungsrechtliche Konsequenzen für die Pflegeeinrichtung/den ambulanten Pflegedienst und/oder Mitarbeiter/Mitarbeiterin nach sich ziehen kann.

Es gilt dabei zunächst das rechtliche Prinzip, dass der Geschädigte beweisen muss, dass der „vermeintliche“ Schädiger auch tatsächlich den Schaden verursacht hat. Bei unzureichender Dokumentation kann es im Einzelfall jedoch zu einer sog. Beweislastumkehr kommen, d.h., dass nunmehr der „vermeintliche“ Schädiger beweisen muss, dass er den Gesundheitsschaden nicht verursacht hat.

Insofern wird es im Rahmen der *Behandlungspflege* für sinnvoll und notwendig erachtet, an der eingangs erwähnten umfassenden Verfahrensweise (fortlaufende Abzeichnung der durchgeführten Maßnahmen durch diejenige Person, die sie erbracht hat und ggf.

entsprechende ergänzende Hinweise im Pflegebericht) festzuhalten.

Im Bereich der *Grundpflege* (regelmäßig wiederkehrende Versorgungsabläufe) wird diese Verfahrensweise grundsätzlich bzw. regelhaft in Bezug auf die sogenannten Einzelleistungsnachweise im stationären Bereich (und täglichen schichtbezogenen Eintragungen im Pflegebericht) jedoch für *nicht* sinnvoll und notwendig erachtet. Und zwar aus folgenden Erwägungen:

III. Grundsätzliche Erwägungen zur Pflegedokumentation

Nicht nur Ärzten, sondern auch Pflegekräften obliegt die Pflicht zur Dokumentation. Sie ergibt sich aus verschiedensten Grundlagen, wie z. B. aus einem Gesetz (u. a. aus § 630f des Bürgerlichen Gesetzbuches – BGB, §§ 112 ff. des Elften Sozialgesetzbuches – SGB XI, § 13 des Heimgesetzes – HeimG bzw. nunmehr entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften etc.) oder auch als sog. Nebenpflicht aus einem Vertrag.

Ziel dieser Ausführungen ist die ausschließliche *haftungsrechtliche* Betrachtungsweise. Grundsätzlich soll die Pflegedokumentation der Sicherheit des pflegebedürftigen Menschen dienen und selbstverständlich als sinnvolles Arbeitsmittel u. a. für die Betreuungs- und Pflegekräfte genutzt werden können (Stichworte: Kommunikation, Information und Qualitätssicherung). Aufgrund des arbeitsteiligen Versorgungsablaufs soll durch Einsicht in die Pflegedokumentation stets sichergestellt werden, dass eine angemessene Versorgung bzw. Betreuung des pflegebedürftigen Menschen unproblematisch erbracht werden kann. Es sind dabei nur solche Maßnahmen zu dokumentieren, die notwendig sind, um das Pflegepersonal und auch die Ärzte über den Verlauf des Betreuungs- bzw. Pflegebedarfs im Hinblick auf notwendige oder zu überdenkende pflegefachliche/betreuende und medizinische Entscheidungen ausreichend zu informieren.

Dokumentationslücken bzw. -fehler führen, wie oben bereits erwähnt, jedoch nicht automatisch dazu, dass ein sog. Haftungsfall eintritt, sondern können bei Eintritt eines Gesundheitsschadens zu Beweislastproblemen führen¹.

Liegt dennoch ein Dokumentationsmangel vor, so kann dieser widerlegt werden, z. B. durch Zeugenbeweis in unmittelbarer Form oder durch den sog. ‚Immer-so-Beweis‘, indem ein Zeuge dazu vernommen wird, wie üblicherweise in derartigen Situationen vorgegangen wird (dazu unten).

IV. Lösungsmöglichkeiten

Aufgrund des Vorgesagten ist es deshalb ausreichend, wenn die erbrachten Leistungen der Grundpflege (wiederkehrende Routinemaßnahmen im Versorgungsablauf), die auf der Grundlage einer individuell strukturierten Informationssammlung und daraus abzuleitenden Pflegeplanungen beruhen, sodann nicht mehr explizit täglich oder schichtbezogen neu dokumentiert werden brauchen. Ausnahme: Abweichungen von dieser Pflegeplanung müssen

selbstverständlich dokumentiert werden. Etwas anderes gilt bei der Behandlungspflege (vgl. oben).

Die Dokumentationspflicht erstreckt sich also nur auf die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie auf die wesentlichen Verlaufsdaten². Nicht dokumentiert werden müssen insbesondere Routinemaßnahmen und standardisierte Zwischenschritte³.

Die Grundpflege setzt sich in der Regel aus Routinemaßnahmen zusammen. Wie bereits oben ausgeführt, sind Routinemaßnahmen aus rechtlicher Sicht, durch eine Vielzahl an Urteilen bestätigt, nicht zu dokumentieren. Um hier jedoch noch in gewisser Form dem Grundsatz „was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht gemacht“ und den damit verbundenen Sorgen zu begegnen, wird aus haftungsrechtlicher Sicht auf folgendes Prozedere hingewiesen:

Die Grundpflege mit ihren Routinemaßnahmen ist einmal in Form einer (übergeordneten) Leistungsbeschreibung schriftlich niedergelegt und die Durchführung der Maßnahmen ist beschrieben. Hierüber sind die Pflege- und Betreuungskräfte informiert und deren Kenntnisnahme davon durch Gegenzeichnung ist im Rahmen der Organisationsverantwortung hinterlegt. Im Qualitätsmanagement sind die organisatorischen Strukturen und Abläufe (im jeweiligen Versorgungssegment) sichergestellt. Zu dokumentieren ist weiter, wie oben erwähnt, eine individuell strukturierte Informationssammlung und daraus abzuleitende Pflegeplanung ggf. Abweichungen davon sowie spätere Evaluationsergebnisse und etwaige sich daraus ergebende Planungsänderungen.

Bei Vorliegen dieser Instrumentarien kann sodann in einem möglichen Haftungsprozess einem etwaigen vorgeworfenen Dokumentationsmangel – in Bezug auf nicht schriftlich geführte Einzelleistungsnachweise – zunächst damit begegnet werden, dass eine detaillierte übergeordnete Leistungsbeschreibung, die die einzelnen grundpflegerischen Elemente darlegt, vorgelegt wird.

Im Zusammenhang mit einem Zeugenbeweis kann dann belegt werden, dass täglich entsprechende grundpflegerische Elemente stets so ausgeführt wurden (sog. „Immer-so“-Beweis). Der sog. „Immer-so“-Beweis dient dem Nachweis, dass die grundpflegerischen Elemente in ihrem Ob und Wie beschrieben werden können. Damit kann dann einem etwaigen Dokumentationsmangel fachlich und organisatorisch begegnet werden.

Zahlreiche Urteile belegen, dass unter diesen Voraussetzungen die beweisrechtliche Situation nicht verschlechtert ist⁴.

V. Fazit

Im Ergebnis kann deshalb festgestellt werden, dass im stationären Bereich – unter den o. a. Voraussetzungen – grundsätzlich auf Einzelleistungsnachweise hinsichtlich der grundpflegerischen Leistungen verzichtet werden kann.

² Vgl. hierzu Rechtsprechung aus dem Arzthaftungsrecht: OLG Brandenburg, OLG-Report 2005, 489, 491; OLG Düsseldorf, MedR 1996, 79.

³ Vgl. OLG Hamm, AHR III 6450/319; OLG München, VersR 2007, 652 (653); OLG Frankfurt, VersR 2007, 1276, 1377; OLG Hamburg, OLG-Report 2002, 255 OLG Köln, NJW 1999, 1790; BGH, NJW 1993, 2375.

⁴ Vgl. Grundsatzentscheidung des BGH, Urt. v. 18.3.1986 – IV-ZR 215/84; BGH, Urt. v. 2.6.1987 – IV-ZR 174/86; OLG Hamm, Urt. v. 21.4.2009 – 26 U 151/08; OLG Düsseldorf, Urt. v. 16.6.2004 – I-15 U 160/03; LG Bonn, Urt. v. 23.12.2011 – 9 O 364/08.

¹ Selbstverständlichkeiten sind nicht dokumentationspflichtig (vgl. BGH, VersR 1994, 386 (387); BGH, NJW 1986, 2365; BGH, Urt. v. 2.6.1987 – IV-ZR 174/86; OLG Braunschweig, Urt. v. 10.11.2011 – 1 U 29/09; OLG Oldenburg, Urt. v. 30.1.2008, RDG 2008, 242 ff.; Brandenburgisches OLG, Urt. v. 8.11.2007 – 12 U 53/07; OLG Hamm, Urt. v. 17.12.2007 – I-3 U 102/07; OLG Oldenburg, Urt. v. 20.12.2006 – 5 U 108/05; OLG Düsseldorf, Urt. v. 15.5.2004 – I-15 U 60/03; Schmid, NJW 1987, 681 (683)).

Für den ambulanten Bereich kann dieses Vorgehen bezogen auf die Einzelleistungsnachweise nicht gelten, da diese gleichzeitig als „Abrechnungsbelege“ dienen.

Gleichwohl gilt dort, wie natürlich auch im stationären Bereich, dass aus haftungsrechtlicher Sicht eine knappe und aussagekräftige Pflegedokumentation ausreichend ist und Aufzeichnungen im Pflegebericht sich auf die Abweichung von der grundpflegerischen Routineversorgung beschränken und/oder selbstverständlich auf eventuelle akute Ereignisse.