



Foto: Werner Krüper

Juristisch wasserdicht

Rechtssicherheit ist einer der Hauptgründe für den ausufernden Dokumentationsaufwand. Doch die Sorge, dass weniger dokumentieren weniger Sicherheit bedeutet, ist aus juristischer Sicht schnell widerlegt.

Text: Peter Frings, Jörn Bachem & Dr. Karlheinz Börner

> Bei einer Pflegedokumentation handelt es sich im rechtlichen Sinne um eine Urkunde. Sie dient auch der Beweissicherung und dem Leistungsnachweis. Die Dokumentationspflicht ergibt sich aus verschiedenen Grundlagen, z. B. aus einem Gesetz (u. a. aus § 630f BGB, §§ 112 ff. SGB XI, § 13 HeimG bzw. entsprechenden landesheimrechtlichen Vorschriften etc.) oder auch als sogenannte Nebenpflicht aus einem Vertrag.

Die Dokumentation hat daher richtig, vollständig, zeitnah und kontinuierlich zu erfolgen und dabei den Grundsätzen der Wahrheit und Klarheit zu folgen. Zudem stellt die Dokumentation vor allem ein unerlässliches innerbetriebliches Kommunikationsinstrument dar und dient als Gedächtnisstütze. Mit ihrer Hilfe soll zielgerichtet die Einheitlichkeit und Kontinuität der pflegerischen Versorgung hergestellt werden.

Die Dokumentationspflicht erstreckt sich nur auf die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie auf die wesentlichen Verlaufsdaten. Nicht dokumentiert werden müssen Routinemaßnahmen (!) und Selbstverständlichkeiten.

Pflege- und auch Leitungskräfte gehen jedoch häufig davon aus, dass aus rechtlichen Gründen tatsächlich jede Leistung umfangreich dokumentiert werden müsse. Ursache dieser Dokumentationskultur ist die Annahme, dass das, was nicht dokumentiert ist, als nicht gemacht gelte. Diese Annahme ist so pauschal nicht richtig.

Im Ergebnis gilt es, eine differenzierte Sichtweise einzunehmen, eine effektive und systematische Herangehensweise umzusetzen sowie insbesondere auf die Fachlichkeit der Pflegekräfte zu setzen.

Aspekte des Haftungsrechts

Eine Haftung für Pflegefehler setzt nach den allgemeinen zivilrechtlichen Regeln voraus, dass

- die Pflegekraft eine Sorgfaltspflicht verletzt hat,
- ein Schaden des Pflegebedürftigen entstanden ist,
- die Pflichtverletzung für den Schaden des Pflegebedürftigen ursächlich war und
- die Pflegekraft schuldhaft gehandelt hat – einfache Fahrlässigkeit reicht hier schon aus.

Die Verletzung von Sorgfaltspflichten bei der pflegerischen Versorgung kann zu zivilrechtlichen Ansprüchen gegen die Pflegekraft bzw. den Träger

der Einrichtung führen. Schuldner vertraglicher Haftungsansprüche ist regelmäßig der Einrichtungsträger als Vertragspartner, da er für das Verschulden der Pflegekraft – die selbst regelmäßig nicht Vertragspartner ist – nach § 278 BGB einstehen muss. Schuldner deliktischer Haftungsansprüche (§§ 823 ff. BGB) können grundsätzlich sowohl die Pflegekraft als auch die Trägereinrichtung sein. Das heißt zunächst, dass ein Verstoß gegen Dokumentationspflichten nicht automatisch zu einem Haftungsfall führt. Voraussetzung ist nämlich ein tatsächlicher, schuldhaft ver-

ursachter Schaden, z. B. ein durch die Pflegekraft schuldhaft verursachter Dekubitus bei einer pflegebedürftigen Person.

Tritt ein Gesundheitsschaden bei einer pflegebedürftigen Person auf und liegt kein Verschulden der Einrichtung vor, spielt die Beweissicherung eine entscheidende Rolle. Grundsätzlich hat der, der einen Anspruch geltend macht, auch die Beweise vorzubringen. Wenn die notwendigen Leistungen zu dokumentieren sind, findet dieser Grundsatz nur mit besonderen Einschränkungen Anwendung. Nach den Beweislastgrundsätzen der Rechtsprechung zur zivilgerichtlichen Haftung im Medizin- und Pflegebereich führt eine mangelhafte Dokumentation dokumentationspflichtiger Pflegemaßnahmen zu Veränderungen hinsichtlich der Beweislast. Es gilt hier der Rechtsgrundsatz, dass eine unvollständige oder fehlende Dokumentation nachzuweisender Behandlungsmaßnahmen zu Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr führt.

Der Dokumentationsmangel hat die Konsequenz, dass nach der Rechtsprechung vom Dokumentationsmangel auf eine unterlassene und damit fehlerhafte Handlung zu schließen ist. Liegt ein Dokumentationsmangel vor, kann er allerdings widerlegt werden, z. B. durch Zeugenbeweis oder durch den so genannten Immer-so-Beweis. Dabei wird ein Zeuge dazu vernommen, wie in der Einrichtung üblicherweise in derartigen Situationen vorgegangen wird.

Der Immer-so-Beweis dient dem Nachweis, dass die grundpflegerischen Elemente in ihrem Ob und Wie beschrieben werden können. Es ist in diesem Kontext also ausreichend, dass alle Mitarbeiter, die mit der Versorgung von Pflegedürftigen betraut sind, in die individuelle Pflegeplanung eingeführt wurden – wenn Handlungsbeschreibungen im QM hinterlegt sind und es regelmäßige Schulungen hierzu gibt.

Die Annahme, dass das, was nicht dokumentiert ist, als nicht gemacht gilt, ist so pauschal nicht richtig.



Foto: Werner Krüper

Damit kann dann einem Dokumentationsmangel fachlich und organisatorisch begegnet werden. Urteile belegen, dass unter diesen Voraussetzungen die beweisrechtliche Situation nicht verschlechtert ist.

Aus haftungsrechtlicher Sicht ist eine knappe, aussagekräftige Dokumentation ausreichend.

Im Gegenteil fällt es jeder Pflegekraft vor Gericht leichter, sich an das konkrete, regelmäßige Erbringen einer bestimmten Leistung zu erinnern, als unter Bezugnahme

auf die hinterlegte Handlungsbeschreibung auszusagen, dass sie und ihre Kollegen diese Leistung immer so, wie sie beschrieben ist, erbringen. Gedächtnislücken spielen keine Rolle mehr.

Es gilt der Grundsatz: Nur Besonderheiten werden dokumentiert

Im Rahmen der Behandlungspflege ist es sinnvoll und notwendig, an einer umfassenden Dokumen-

tation in Gestalt einer fortlaufenden Abzeichnung der durchgeführten Maßnahmen durch die Person, die sie erbracht hat, festzuhalten. Hier ist es meistens von großer Bedeutung, ob eine Maßnahme, z. B. das Verabreichen eines lebenswichtigen Medikamentes, tatsächlich erfolgt ist oder nicht. Im Bereich der Grundpflege mit ihren regelmäßig wiederkehrenden Versorgungsabläufen ist diese detaillierte Dokumentation insbesondere in Bezug auf die Einzelleistungsnachweise im stationären Bereich jedoch nicht als sinnvoll und notwendig zu erachten. Das betrifft auch die täglichen schichtbezogenen Eintragungen im Pflegebericht, die keine Änderungen, sondern nur einen Zustand wiedergeben.

Voraussetzung für den Verzicht auf die Dokumentation von Routinemaßnahmen ist jedoch, dass die zu erbringenden Leistungen auf einer individuellen und strukturierten Informationssammlung sowie einer daraus abgeleiteten Pflegeplanung beruhen. Mit der Ausnahme, dass Abweichungen von

dieser Planung selbstverständlich dokumentiert werden müssen.

Aus haftungsrechtlicher Sicht ist eine knappe, aussagekräftige Dokumentation ausreichend. Aufzeichnungen im Pflegebericht dürfen sich auf die Abweichung von der Routineversorgung beschränken. Selbstverständlich sind aber akute Ereignisse und ihre Folgehandlungen zu erfassen.

Anforderungen aus dem Qualitätsmanagement

Ähnlich wie die Landesheimgesetze verpflichtet das SGB XI die Einrichtungen recht abstrakt zu einem Qualitätsmanagement und zur Dokumentation bzw. zur Aufzeichnung der Pflegeverläufe; insbesondere der Medikation und der behandlungspflegerischen Maßnahmen. Qualitätsmanagement und Pflegedokumentation sind voneinander nicht zu trennen. Das SGB XI enthält zur Dokumentation keine differenzierten Aussagen, sondern beauftragt seit 2008 in § 113 Abs. 1 SGB XI die Pflege-Selbstverwaltung damit, das Nähere zu regeln, nämlich insbesondere „Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen.“

Das Problem der Über-Dokumentation ist also bekannt und der Gesetzgeber fordert ausdrücklich, Maß zu halten. Die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Leistungserbringer haben sich auch deshalb in den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung nach § 113 SGB XI (MuG) auf weiterhin sehr abstrakte Grundlinien beschränkt. Dabei mussten sie beachten, dass sie den

Einrichtungen kein Pflegemodell oder Dokumentationssystem vorschreiben durften. Denn beides liegt nach allen gesetzlichen Bestimmungen in der Verantwortung der Einrichtungen. So heißt es in Ziffer 3.1.3 der vollstationären MuG im Kern, dass die Entwicklung des Pflegeprozesses kontinuierlich zu aktualisieren ist. Die Pflegedokumentation muss sich daher am Pflegeprozess orientieren. Veränderungen des Pflegezustandes sind spätestens bis zur nächsten Übergabe zu dokumentieren.

Im Rahmen der Behandlungspflege ist es sinnvoll und notwendig, die durchgeführten Maßnahmen weiterhin abzuzeichnen.

Für die behandlungspflegerischen Maßnahmen ist der ärztliche Therapieplan maßgeblich, d. h. fortlaufende Abzeichnung der durchgeführten Maßnahmen durch die Person, die sie erbracht hat. Zur Pflegeplanung machen die MuG noch weitere Vorgaben. Sie alle ergeben sich aber aus der Fachlichkeit. Jedes Pflegedokumentationssystem, das fachlich geeignet ist und die Funktion der Informationserfassung und -weitergabe erfüllt, entspricht damit auch den sozialrechtlichen Anforderungen. Unterschiede zur haftungsrechtlichen Situation bestehen nicht.

Hat die Einrichtung im Rahmen des Qualitätsmanagements die Durchführung von Routinemaßnahmen in Form einer übergeordneten Leistungsbeschreibung festgelegt und liegt eine individuelle sowie fachgerechte Informationssammlung und Pflegeplanung vor, ist die Dokumentation der entsprechenden Einzelleistungen nicht erforderlich.

Kasseler Erklärung

Stellungnahme: In der sogenannten Kasseler Erklärung hatte eine Gruppe von Juristinnen und Juristen im Januar 2014 zu den Anforderungen an die Pflegedokumentation aus haftungsrechtlicher Sicht Stellung genommen. Die Autoren des Beitrags waren Mitglieder dieser Gruppe, die die Ombudsfrau Elisabeth Beikirch zur Thematik beraten und eigene Initiativen für eine die Pflegekräfte entlastende und zugleich rechtssichere Pflegedokumentation ergriffen haben.

Aussage: Das zentrale Fazit der Kasseler Erklärung lautet: *Die Dokumentationspflicht erstreckt sich nur auf die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie auf die wesentlichen Verlaufsdaten. Nicht dokumentiert werden müssen insbesondere Routinemaßnahmen und standardisierte Zwischenschritte. Im stationären Bereich kann daher – unter den o. a. Voraussetzungen – grundsätzlich auf Einzelleistungsnachweise hinsichtlich der grundpflegerischen Leistungen verzichtet werden. Für den ambulanten Bereich kann dieses Vorgehen bezogen auf die Einzelleistungsnachweise nicht gelten, da diese gleichzeitig als „Abrechnungsbelege“ dienen.*

Download: Die vollständige Pressemitteilung vom 21. Januar 2014 zur Kasseler Erklärung ist im Internet zu finden unter www.wiso.hs-osnabrueck.de/fileadmin/users/762/upload/Pressemitteilung.pdf



Foto: Werner Krüper

Kongresse

Das Strukturmodell steht auch auf dem Programm der Altenpflege-Kongresse ab Oktober 2015.
www.ap-kongress.de

Wo die MuG einen Leistungsnachweis verlangen, wird damit nicht vorgeschrieben, auf welche Weise er zu erbringen ist. Immer-so-Beweis und Fachgespräch sind gesetzlich zulässig. Die Spitzenverbände der Kostenträger und der Leistungserbringer wollen den Einrichtungen, die das Strukturmodell umsetzen, rechtliche Sicherheit in den Qualitätsprüfungen geben. Sie haben deshalb als Ergänzung zu den MuG am 4. Juli 2014 zur Klarstellung den Beschluss gefasst, dass das Strukturmodell den Anforderungen des SGB XI entspricht. Wer es also entsprechend der Handlungsanleitung in der Praxis umsetzt, ist auch in sozialrechtlicher Hinsicht bestens aufgestellt.

Maßgeblicher Treiber der Dokumentation waren in der Vergangenheit nicht das SGB XI und die MuG, sondern die Regelungen zur Qualitätsprüfung, wie sie die Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR) und die Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTV) aufgestellt haben. Um in Prüfungen gut abzuschneiden, haben die Einrichtungen sich mehr und mehr der Art und Weise angepasst, wie der MDK geprüft hat – und seine Prüfungen fixierten sich auf die Dokumentation.

Der Gesetzgeber hat darauf bereits reagiert. Seit 2013 stellt § 114a Abs. 3 SGB XI bei den Prüfungen den Nachweis fachgerecht erbrachter Leistungen durch eine Befragung der Pflegebedürftigen sowie insbesondere durch ein Fachgespräch zwischen dem Prüfer und der Pflegekraft dem Nachweis durch die Dokumentation gleich. Spätestens damit kann auch hier der Immer-so-Beweis ohne weiteres geführt werden; daneben lassen sich Lücken der Dokumentation im Zuge der Prüfung im Dialog erklären und aufklären. Die neue stationäre PTV berücksichtigt das bereits an vielen Stellen. Seit dem Selbstverwaltungsbeschluss vom 4. Juli 2014 ist klar, dass die Anwendung des Strukturmodells keinen Nachteil bei der Prüfung bringen darf.

Bei den Leistungsnachweisen gelten ambulant andere Vorgaben als stationär

Das ambulante Vergütungsrecht fordert nach wie vor, dass Leistungsnachweise für grundpflegerische Maßnahmen geführt werden. Darauf kann nicht verzichtet werden, weil sie Grundlage der Abrechnung der vom Kunden beauftragten Leistungen sind.

In stationären Einrichtungen erfolgt – jenseits der Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI – keine Abrechnung von Einzelleistungen. Ebenso wenig müssen Pflegeheime Entgeltminderungen nach § 10 WBVG mit der Begründung fürchten, Grundpflegemaßnahmen seien unterlassen worden.

Die Umsetzung des neuen Strukturmodells ist auch aus dem Blickwinkel des Rechts der Pflege-Qualitätssicherung ohne Weiteres und ohne Nachteile möglich. Damit entfallen Fehlerquellen, denn wo viel geschrieben wird, kommt es unter den Bedingungen des Alltags schnell zu Lücken, obwohl Leistungen fachgerecht erbracht wurden. Wo eine Pflegedokumentation schlank und übersichtlich ist und wieder als Kommunikationsplattform zwischen den am Pflegeprozess Beteiligten genutzt wird, steigen die Qualität der Dokumentation, der Pflege und die Rechtssicherheit gleichermaßen.

Wie die Pflegedokumentation auf ein vernünftiges Maß zurückgeführt werden kann, zeigen eindrucksvoll die Praxisergebnisse. Aus juristischer Sicht sind sie sehr zu begrüßen

**Peter Frings**

ist Justiziar beim Caritasverband für die Diözese Münster e. V.

**Jörn Bachem**

ist Rechtsanwalt, Fachanwalt für Verwaltungsrecht, Kanzlei Iffland Wischnewski, Darmstadt

**Dr. Karlheinz Börner**

ist stellv. Amtsleiter des Hessischen Amtes für Versorgung und Soziales in Wiesbaden und juristischer Leiter der dortigen Betreuungs- und Pflegeaufsicht