

Juristisch nicht zu beanstanden

→ **Bürokratieabbau** Wie schätzen Juristen das Modell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation aus haftungs- und sozialrechtlicher Sicht ein? Um es gleich vorwegzunehmen: Sie haben an dem Strukturmodell absolut nichts auszusetzen. Die tatsächliche rechtliche Bedeutung der Pflegedokumentation wird hier noch einmal gründlich ausgeleuchtet. *Text: Jörn Bachem | Dr. Karlheinz Börner*

Alle Beteiligten sind sich einig, dass der aktuelle Umgang mit der Pflegedokumentation aufgrund des bürokratischen Aufwands häufig sehr unbefriedigend ist. Das gilt besonders für die am unmittelbarsten Betroffenen, nämlich die Pflegekräfte, aber eben auch für die Pflegebedürftigen und deren Angehörige, die Einrichtungsbetreiber, deren Verbände, die Prüfinstitutionen wie Heim-

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

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 § 630 f BGB, §§ 112 ff. SGB XI, § 13 HeimG bzw. nunmehr entsprechenden landesheimrechtlichen Vorschriften etc.) oder auch als so genannte Nebenpflicht aus einem Vertrag.

Bei der Pflegedokumentation handelt es sich um eine Urkunde. Sie dient also (auch) der Beweissicherung und dem Leistungsnachweis. Die Dokumentation hat, um diesen Anforderungen zu genügen, richtig, vollständig, zeitlich nah und kontinuierlich zu erfolgen. Sie hat dabei den Grundsätzen der Dokumentationswahrheit und der Dokumentationsklarheit zu folgen. Urkunden haben regelmäßig die Vermutung der Richtigkeit und Vollständigkeit.

Daneben, eigentlich vor allem anderen, stellt die Pflegedokumentation ein unerlässliches innerbetriebliches Kommunikationsinstrument dar und dient ganz einfach als Gedächtnisstütze. Mit ihrer Hilfe kann und soll zielgerichtet und für alle am Pflegeprozess Beteiligten handlungsleitend 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 insbesondere Routinemaßnahmen (!) und standardisierte Zwischenschritte sowie Selbstverständlichkeiten.

» **„Was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht gemacht“: Diese weit verbreitete Annahme ist so pauschal nicht richtig.**

aufsichten, den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), die Pflegekassen und die politisch Verantwortlichen.

So konstatierte der Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Lutz Stroppe kürzlich auf der Abschlussveranstaltung des vom BMG geförderten Projekts „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“: „Was Pflegekräfte wirklich brauchen, ist Zeit für die Pflege. Wir müssen die bürokratischen Belastungen deshalb auf das Maß reduzieren, das zur Qualitätssicherung wirklich notwendig ist.“

Häufig gehen die Pflege- und auch die Leitungskräfte davon aus, dass aus haftungs- und sozialrechtlichen Gründen tatsächlich jede Leistung umfangreich dokumentiert werden müsse. Es wird dabei nicht zwischen Grund- und Behandlungspflege differenziert. Ursache dieser Dokumentationskultur ist die wohl weit verbreitete Annahme, dass das, „was nicht dokumentiert ist, als nicht gemacht gilt“. Diese Annahme ist so pauschal nicht richtig, wie hier aufgezeigt werden soll.



Leitungs- und Pflegekräfte gehen häufig davon aus, dass aus haftungs- und sozialrechtlichen Gründen tatsächlich jede Leistung umfangreich dokumentiert werden müsse – ohne zwischen Grund- und Behandlungspflege zu unterscheiden.

Foto: Fotolia/Kneschke

Haftungsrechtliche Gesichtspunkte

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 einer Reihe zivilrechtlicher Ansprüche gegen die Pflegekraft bzw. den Träger der pflegerischen Versorgung 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. D.h. zunächst, dass ein Verstoß gegen Dokumentationspflichten nicht automatisch zu einem Haftungsfall führt. Voraussetzung ist nämlich ein tatsächlicher, schuldhaft verursachter (Körper- bzw. Gesundheits-) Schaden, wie z.B. ein durch die Pflegekraft schuldhaft verursachter Dekubitus bei einer pflegebedürftigen Person.

Tritt ein Körper- bzw. Gesundheitsschaden bei einer pflegebedürftigen Person auf und liegt kein Verschulden der Einrichtung bzw. eines Mitarbeiters vor, spielt nun die Beweissicherung eine entscheidende Rolle. Grundsätzlich hat derjenige, der einen Anspruch geltend macht, auch die entsprechenden Beweise vorzubringen. Im Bereich der Dokumentationsmängel 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 Behandlungs- und Pflegemaßnahmen zu Veränderungen hinsichtlich der Beweislast. Es gilt hier der Rechtsgrundsatz, dass eine mangelhafte, weil unvollständige oder fehlende Dokumentation nachzuweisender Behandlungsmaßnahmen zu Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr führt. Der Dokumentationsmangel hat die beweisrechtliche Konsequenz, dass nach der Rechtsprechung vom Dokumentationsmangel auf eine unterlassene und damit fehlerhafte Handlung zu schließen ist. Liegt ein Dokumentationsmangel

» Aus haftungsrechtlicher Sicht ist eine knappe und aussagekräftige Pflegedokumentation ausreichend.

vor, kann er allerdings widerlegt werden, z.B. durch Zeugenbeweis in unmittelbarer Form 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. Damit kann dann einem etwaigen Dokumentationsmangel fachlich und organisatorisch begegnet werden. Zahlreiche Urteile belegen, dass unter diesen Voraussetzungen die beweisrechtliche Situation nicht verschlechtert ist.

Im Rahmen der Behandlungspflege ist grundsätzlich sinnvoll und notwendig, an einer umfassenden Dokumentation in Gestalt einer fortlaufenden Abzeichnung der durchgeführten Maßnahmen durch diejenige Person, die sie erbracht

→

Die Pflegedokumentation dient nicht nur dem Leistungsnachweis, sie stellt auch ein unerlässliches innerbetriebliches Kommunikationsinstrument dar.

Foto: Krückeberg



hat, und ggf. entsprechende ergänzende Hinweise im Pflegebericht festzuhalten. Dieser Bereich ist besonders risikosensibel, hier ist es meistens von herausragender 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 grundsätzlich und insbesondere in Bezug auf die sogenannten Einzelleistungsnachweise im stationären Bereich jedoch

» Auch die MuG sollten weiterentwickelt werden, um den Einrichtungen klipp und klar Sicherheit zu geben.

nicht als sinnvoll und notwendig zu erachten. Das betrifft auch die täglichen sichtbezogenen Eintragungen im Pflegebericht, die nicht Änderungen und Besonderheiten, sondern nur einen regelgerechten Zustand wiedergeben. Voraussetzung für den Verzicht auf die Dokumentation von Routinemaßnahmen der Grundpflege ist jedoch, dass die zu erbringenden Leistungen auf einer individuellen, strukturierten Informationssammlung und einer daraus abgeleiteten Pflegeplanung beruhen. Ausnahme: Abweichungen von dieser Pflegeplanung müssen selbstverständlich dokumentiert werden.

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

Sozialrechtliche Anforderungen an die Pflegedokumentation

Wer Pflegeeinrichtungen betreibt oder in der Pflege tätig ist, muss auch die öffentlich-rechtlichen Vorgaben für die Dokumentation des Leistungsgeschehens im Blick haben. Für die Qualitätsprüfungen sind sie ein weiterhin wichtiger Maßstab. Ähnlich wie die Landesheimgesetze verpflichtet das SGB XI die Einrichtungen recht abstrakt zu einem Qualitätsmanagement und zur Pflegedokumentation bzw. zur Aufzeichnung der Pflegeverläufe und 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 bereits 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 bestimmtes Pflegemodell und -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,

HINTERGRUND: KASSELER ERKLÄRUNG

Die Autoren Jörn Bachem und Dr. Karlheinz Börner waren Mitglieder einer Gruppe von Juristen, die die Ombudsfrau Elisabeth Beikirch zur Thematik beraten haben und eigene Initiativen für eine die Pflegekräfte entlastende und zugleich rechtssichere Pflegedokumentation ergriffen haben – vgl. insoweit auch die Pressemitteilung vom 21.01.2014 zur sogenannten Kasseler Erklärung, zu finden unter www.wiso.hs-osnabrueck.de/fileadmin/users/762/upload/Pressemitteilung.pdf.



Die Umsetzung des neuen Strukturmodells, die im Modellversuch erfolgreich war, ist auch aus dem Blickwinkel des Rechts der Pflege-Qualitätssicherung ohne Weiteres möglich.

Foto: Krüper

dass die Entwicklung des Pflegeprozesses kontinuierlich zu aktualisieren ist. Die Pflegedokumentation muss sich daher am Pflegeprozess orientieren. Veränderungen des Pflegezustandes sind aktuell, spätestens bis zur nächsten Übergabe, zu dokumentieren.

Für die behandlungspflegerischen Maßnahmen ist der ärztliche Therapieplan maßgeblich, sie sind zu dokumentieren – d. h. fortlaufende Abzeichnung der durchgeführten Maßnahmen durch diejenige Person, die sie erbracht hat. Zur Pflegeplanung machen die MuG noch weitere Vorgaben. Sie alle ergeben sich aber, wie die Grundstruktur der Planung und Dokumentation selbst, aus der Fachlichkeit. Jedes Pflegedokumentationssystem, das fachlich geeignet ist und die Funktion der Informationserfassung und -weitergabe erfüllt, ent-

spricht damit auch den sozialrechtlichen Anforderungen. Unterschiede zur haftungsrechtlichen Situation bestehen daher nicht. Hat die Einrichtung im Rahmen des pflegerischen Qualitätsmanagements die Durchführung grundpflegerischer 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.

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. Dennoch wäre es wünschenswert, wenn auch die MuG im Hinblick auf das Strukturmodell weiterentwickelt



Portionsbutter für alle Anwendungen

Ideales Sortiment

- Ansprechende alu-gewickelte Portionen in 10 g oder als unverpackte Rosette in 10 g und 15 g
- Besonders kostengünstig: „Delight“ fettreduzierte Rosetten
- Ideal für Bandverteilung, Tischgruppe oder Buffet

Verlässliche Qualität

- Kerrygold ist Deutschlands beliebteste Buttermarke*
- Streichzarte Butter aus Weidemilch, ohne Zusätze
- Kerrygold Butter hat einen höheren Gehalt an Vitamin A und E, Omega-3-Fettsäuren und Beta-Carotin als andere Buttersorten



Telefon: 02841/88 80-321
eMail: mmeyer@idb-deutschland.de

*Nielsen Company 2013

SO ERREICHEN SIE IM STRUKTURMODELL RECHTLICHE DOKUMENTATIONSSICHERHEIT

Voraussetzung:

- Im Rahmen des pflegerischen Qualitätsmanagements wird die Durchführung **grundpflegerischer Routinemaßnahmen** in Form einer **übergeordneten Leistungsbeschreibung** festgelegt.
- Die Pflegefachkraft erstellt eine individuelle sowie fachgerechte **Informationssammlung und Pflegeplanung**. Ausgenommen Behandlungspflegemaßnahmen, werden die nach der Planung erforderlichen Einzelleistungen nicht mehr dokumentiert (Ausnahme: Abweichungen von der individuellen Pflegeplanung).

Folgen:

- Die **Dokumentation** der entsprechenden **Einzelleistungen** ist nicht erforderlich.
- Die Einrichtung kann im Streitfall den **haftungsrechtlichen „Immer-so-Beweis“** führen.
- Sozialrechtliche und heimrechtliche Vorgaben** werden **eingehalten**.
- Bei der Qualitätsprüfung entstehen keine Nachteile**, weil auf das QM und die Pflegeplanung verwiesen werden und ggf. im Fachgespräch erläutert werden kann, dass nur Abweichungen von der Planung dokumentiert werden.

würden, um den Einrichtungen klipp und klar Sicherheit zu vermitteln. Aus dem Lenkungsgremium des Praxistests ist erfreulicherweise zu vernehmen, dass genau in dieser Richtung der eingeschlagene Weg unterstützt werden soll.

Maßgeblicher Treiber der Dokumentation waren in der Vergangenheit daher auch 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 Prüfungen möglichst mangelfrei absolvieren zu können und gut benotet zu werden, 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 auch (vermeintliche) Lücken der Dokumentation im Zuge Prüfung im Dialog erklären und aufklären. Die neue stationäre PTV berücksichtigt das bereits an vielen Stellen.

Das ambulante Vergütungsrecht erfordert 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 aber jenseits der Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI keine Abrechnung von Einzelleistungen. Ebenso wenig müssen Pflegeheime Ent-

geltminderungen nach § 10 WBVG mit der Begründung fürchten, Grundpflegemaßnahmen seien unterlassen worden. Die Umsetzung des neuen Strukturmodells, die im Modellversuch erfolgreich war, ist also auch aus dem Blickwinkel des Rechts der Pflege-Qualitätssicherung ohne Weiteres und ohne Nachteile möglich. Im Gegenteil entfallen damit Fehlerquellen, denn wo viel geschrieben wird, kommt es unter den Bedingungen des Alltags schnell zu Lücken, obwohl die Leistungen fachgerecht und entsprechend der Planung erbracht wurden.

Wie die Pflegedokumentation auf ein vernünftiges Maß zurückgeführt werden kann, zeigen eindrucksvoll die Praxisergebnisse. Aus juristischer Sicht sind sie nicht zu beanstanden, sondern im Gegenteil zu begrüßen. ▢

MEHR ZUM THEMA

📄 **Download:** Die Literatur- und Quellenangaben zu diesem Beitrag finden Sie unter www.altenheim.net/ Downloads zur Zeitschrift.

📌 **Tipp:** Das ist auch Thema auf dem *Altenheim Rechtstag im Mai in Hannover*: www.ah-rechtstag.de



Jörn Bachem ist Rechtsanwalt und Fachanwalt für Verwaltungsrecht in der Fachkanzlei für die Sozialwirtschaft Iffland Wischnewski Rechtsanwälte in Darmstadt.
info@iffland-wischnewski.de



Dr. Karlheinz Börner leitet die Abteilung Betreuungs- und Pflegeaufsicht im Hessischen Amt für Versorgung und Soziales in Wiesbaden.
hgbp@havs-wie.hessen.de