



Sicher dokumentieren

Rechtliche Aspekte der Pflegedokumentation

Von Heinz R. Sträßner

Im ärztlichen und pflegerischen Bereich gab es ursprünglich keine umfassende gesetzliche Regelung der Dokumentationspflicht. Bei der Überarbeitung des Krankenpflege-, Altenpflege-, Heim- und Pflegequalitätssicherungsgesetzes wurde darauf geachtet, dass die Pflicht zur Pflegedokumentation aufgegriffen wurde. Die Pflegedokumentation ist heute als unselbständige vertragliche Nebenpflicht anerkannt. Demnach gilt: dort, wo Pflegeleistungen erbracht werden, muss eine begleitende Pflegedokumentation erfolgen.

Entwicklung des Dokumentationsrechts

Die Entwicklung des Dokumentationsrechts ist jung; die rechtliche Bewertung der ärztlichen Dokumentation wurde erstmals in einem Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 27. Juli 1976 deutlich. Während der BGH früher die ärztliche Dokumentation als interne Gedächtnisstütze bewertete, legte er dem Arzt und dem Krankenhaus im Rahmen des Behandlungsvertrages die Pflicht zur Dokumentation auf. Wenn der Krankenhausträger Vertragspartner des Patienten im Rahmen eines totalen Kran-

kenhausaufnahmevertrages war, hatte der Krankenhausträger die Pflicht zur Dokumentation. Krankenhausärzte wurden insoweit als Erfüllungsgehilfen des Krankenhausträgers tätig.

Im sogenannten „Dammschnitturteil“ forderte dann der BGH darüber hinaus, dass der Arzt im Haftungsprozess anhand der Patientenakten beweisen musste, dass er den Patienten kunstgerecht behandelt hatte.

Diese Entwicklung wurde dann für den pflegerischen Bereich durch den BGH in Urteilen vom 18.03.1986 und dem Urteil vom 02.06.1987 ergänzt, wonach die sach-

gerechte Pflege, Betreuung und Versorgung des Patienten durch eine geeignete Pflegedokumentation darzulegen und zu beweisen ist.

Pflicht: schriftliche Dokumentation

Ärztliche und pflegerische Dokumentation stehen gleichwertig und gleichzeitig nebeneinander. Die ausführlichen pflegerischen und ärztlichen Dokumentationen sind als Informationsquellen unerlässlich. Unterschiedliche funktionelle Zuständigkeitsbereiche, Schichtarbeit, Krankheits- und

Ausfallzeiten gebieten es, dass die notwendigen Informationen zur Absicherung einer angemessenen Versorgung vorliegen. Ohne eine schriftliche Dokumentation kann die erforderliche Qualität der Behandlung und Pflege nicht sichergestellt werden. Deshalb ist die schriftliche Dokumentation der ärztlichen und pflegerischen Leistung eine unabdingbare therapeutische Pflicht. Um die Entwicklung und Bedeutung der pflegerischen Dokumentation (aus juristischer Perspektive) zu verstehen, wird zunächst ein Blick auf die ärztliche Dokumentationspflicht geworfen.

Was müssen Ärzte dokumentieren?

Die ärztliche Pflicht zur Dokumentation einer ärztlichen Leistung hat mehrere Voraussetzungen:

- Dokumentation ist eine vertragliche Nebenpflicht
- Dokumentation ist eine allgemeine Berufspflicht
- Dokumentation hat eine gesetzliche Grundlage
- Dokumentation hat vertragsärztliche Vorgaben

Ärztliche Dokumentationspflicht. Der Arzt ist zum einen aufgrund des Behandlungsvertrages im Rahmen der unselbständigen Nebenpflicht zur Dokumentation verpflichtet, zum anderen aufgrund seines Dienstvertrags. Mit der Verpflichtung zur Behandlung des Patienten übernimmt der Arzt, ohne dass dies ausdrücklich zwischen den Beteiligten vereinbart sein muss, auch die Verpflichtung zur Dokumentation. Dies gilt sowohl für privat- wie auch vertragsärztliche Leistungen. Die Verpflichtung zur Dokumentation ergibt sich als Berufspflicht aus § 10 Abs. 1 MBO. Die Musterberufsordnung sieht vor, dass der Arzt über die in Ausübung seines Berufs gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen „die erforderlichen Aufzeichnungen“ macht.

Länderrechtliche Vorschriften. Daneben gibt es landesgesetzliche Vorschriften in den Heilberufen und in den Krankenhausgesetzen der Länder. Die Landeskrankenhausgesetze sehen vor, dass im Krankenhaus über jeden Patienten für die Zeit des Krankenhausaufenthaltes eine Patientenakte und eine Pflegedokumentation zu führen ist. Einzelne Länder, z. B. das Land Berlin, gehen so weit, die Einzelheiten zur Führung der Dokumentation

und der Archivierung in einer sogenannten „Krankengeschichtenverordnung“ zu regeln.

Was müssen Ärzte dokumentieren? Der Inhalt ärztlicher Dokumentation bezieht sich auf folgende Bereiche:

- Aufklärung
- Anamnese
- Diagnostik
- Therapie
- Personalien des Patienten
- Behandlungszeit/-dauer

Ärztliche Anamnese. Der Inhalt der ärztlichen Dokumentation hat sich patientenorientiert nach der Behandlung des Patienten zu richten. Der Patient muss über die Dokumentation zweifelsfrei identifiziert werden können: dazu gehören Name, Vorname, Geburtsdatum und die Adresse. Zur ordnungsgemäßen Dokumentation gehört die Anamnese, damit stets nachvollziehbar ist, von welchen Fakten der behandelnde Arzt ausgegangen ist.

Diagnostik. Im Bereich der Diagnostik sollen nicht nur die objektiv erhobenen Befunde, sondern auch die subjektiven Wertungen des Arztes festgehalten werden. Dokumentationspflichtig ist schließlich die veranlassete Therapie, d. h. jede einzelne Maßnahme, z. B. die Form der Medikation mit Namen und Dosierungsanweisung.

Ärztliche Aufklärung. Im Bereich der Aufklärung ist festzuhalten, in welchem Umfang und mit welchen Inhalten die Aufklärung angelegt ist. So sind z. B. die Inhalte einer

drohenden Selbstgefährdung im Bereich der Aufklärung zu dokumentieren.

»Beispiel. Der Hinweis an einen gerade ambulant operierten Patienten, dass er aufgrund der Nachwirkung der Narkose für einen bestimmten Zeitraum kein Kraftfahrzeug führen darf, ist aufklärungsbedürftig und zu dokumentieren. Das Gleiche gilt für richtiges Verhalten nach der Gabe von Medikamenten, wenn Fahrunfähigkeit oder sonstige Unsicherheiten bestehen. Die fehlende Einwilligung des Patienten muss dokumentiert werden. Wird der Patient erst im Nachhinein aufgeklärt, so muss dokumentiert werden, in welcher Weise er aufgeklärt wurde.«

Wie ausführlich dokumentiert werden muss, ist situationsabhängig: Bei kleineren therapeutischen Maßnahmen ist nur der Umstand der Aufklärung zu notieren. In anderen Fällen muss die Art und Weise der Aufklärung, wann und durch wen sie erfolgt ist, unbedingt festgehalten werden. Dabei können vorbereitete Aufklärungsformulare verwendet werden. Diese Aufklärungsformulare können jedoch nicht das Aufklärungsgespräch ersetzen.

Was müssen Pflegende dokumentieren?

Die pflegerische Dokumentation orientiert sich an der Pflege, Betreuung und Versorgung des Patienten. Inhaltlich bezieht sich die Dokumentation auf:

- Pflegeaufklärung
- Pflegeanamnese

Die akute
Versorgung
des Patienten
hat immer
Vorrang



- Pflegediagnose
- Pflegeplanung
- Pflegedurchführung
- Personalien des Patienten/Heimbewohners
- Pflegezeit/-dauer

Aus Sicht des Patienten sind ärztliche und pflegerische Dokumentationen nebeneinander zu führen. Hinsichtlich pflegerischer Leistung ist in der Vergangenheit zweifelhaft gewesen, ob und in welchem Umfang Pflegeleistungen zu dokumentieren waren. Aus juristischer Sicht sind die Dokumentationsanforderungen im Bereich der Grund- und Behandlungspflege bzw. der allgemeinen und speziellen Pflege unterschiedlich ausgeprägt.

Während hinsichtlich der Grundpflege (gemeint sind die Körperpflege, Essen reichen usw.) keine Dokumentationsverpflichtung besteht – soweit nicht der Einzelfall aus medizinischen oder pflegerischen Gründen besonderen Anlass hierfür gibt – ist die Behandlungspflege (z. B. Medikamentengabe, Injektionen usw.) zu dokumentieren. Auch wenn für die Grundpflege grundsätzlich keine Dokumentationspflicht besteht, wird trotzdem eine Dokumentation dieser Leistungen im Krankenhaus empfohlen.

Die juristische Bewertung von Dokumentationsnotwendigkeiten greift dabei naturgemäß die zwischenzeitlichen Differenzierungen in Pflegewissenschaft und -forschung nicht immer korrekt auf. Entscheidend ist jedoch, dass nach dem Wesentlichkeitsgrundsatz eine Dokumentationsdurchführung zu erfolgen hat. Der Wesentlichkeitsgrundsatz bedeutet, dass nicht Selbstverständlichkeiten und Routinearbeiten dokumentiert werden, sondern Besonderheiten, Auffälligkeiten und Abweichungen von normalen Versorgungsabläufen. Dabei kann aus Gründen der Dokumentationserleichterung auf übliche Arbeitsweisen zurückgegriffen werden.

Dokumentation ist nachrangig. Die ärztliche und pflegerische Dokumentation ist nachrangig gegenüber anderen Verrichtungen. Die akute Versorgung des Patienten hat immer Vorrang. Durch Dokumentationsleistungen darf keine Unter- oder Nichtversorgung des Patienten entstehen. Je komplizierter, schwieriger und atypischer ein Fall verläuft, desto mehr und desto genauer ist zu dokumentieren.

Arzt hat Gegenzeichnungspflicht

Die im Nachhinein getätigte Gegenzeichnung sorgt für eine nachträgliche Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle des eigenen Anordnungs- bzw. Ordnungsverhalten des Arztes. Mit der Gegenzeichnung setzt sich der Arzt mit der Durchführungsqualität der Pflegekraft hinsichtlich der von ihm getätigten Anordnungen und Verordnungen auseinander. Er kontrolliert die Richtigkeit, Vollständigkeit und zeitliche Nähe der pflegerischen Dokumentationsleistung. Dies hat zur Folge, dass eine doppelte Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle sowohl im Anordnungs-/Verordnungsbereich wie auch im Durchführungsbereich erfolgen.

Stichwort: telefonische Anordnung durch den Arzt

Die telefonische Anordnung ist Anlass für eine Dokumentationsleistung der Pflegekraft, die zum einen die telefonische Anordnung festhält, zum anderen die Pflicht des Arztes zur Gegenzeichnung auslöst.

Die Gegenzeichnung durch den Arzt stellt einen Vertrauensstatbestand dar. Der Arzt bestätigt mit seiner Unterschrift die Durchführung der (telefonischen) Anordnung. Die Gegenzeichnung ist wie ein Leistungsnachweis anzusehen. Das bedeutet auch, dass bei einer haftungsrechtlichen Auseinandersetzung der Patient den Fehler beweisen muss. Die Gegenzeichnung bedeutet nämlich die Bestätigung ordnungsgemäßen Verhaltens mit der Folge der Zuweisung von Behauptungs-, Beweis- und Darlegungslasten in den Patientenbereich. Die Dokumentationsleistung der Pflegekraft hat wegen ihres Urkundencharakters die Vermutung der Vollständigkeit und Richtigkeit so lange für sich, bis sie widerlegt ist.

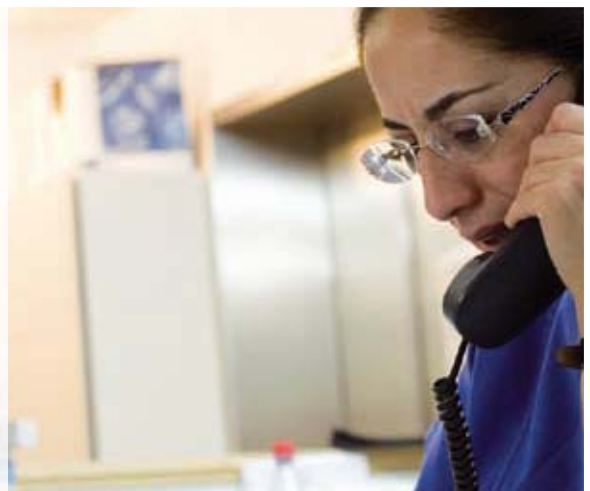
Die Gegenzeichnung löst einen haftungsrechtlichen Selbstschutz von ärztlichem und pflegerischem Personal aus. Die Pflegekraft wiederholt die telefonische Anordnung des Arztes aus Gründen der Inhalts- und Verständniskontrolle, damit ein gesicherter Anordnungsrahmen ausgelöst werden kann. Die telefonische Anordnung führt zur Pflicht der zeitnahen Dokumentation der telefonischen Anordnung und der Dokumentation pflegerischer Durchführung. Der Arzt hat eine Pflicht zur Gegenzeichnung. Das Unterlassen der Gegenzeichnung ist ein Verstoß gegen die Pflicht zur vertrauensvollen Zusammenarbeit, da die Pflegekraft einen Anspruch darauf hat, eine Bestätigung der Richtigkeit und Vollständigkeit ihrer erbrachten Arbeitsleistung zu erfahren.

Tipps zur telefonischen Anordnung

- Wiederholen der ärztlichen Anordnung
- schriftliche Fixierung der ärztlichen Anordnung
- Lautsprecher einschalten, um Mithören zu ermöglichen
- zeitnah dokumentieren
- zeitnah abzeichnen (Arzt)

Die zeitlich nahe Dokumentation und Abzeichnung erfolgt nach der Durchführung der jeweiligen Patienten bezogenen Maßnahme und sollte in der jeweiligen Schicht oder am Folgetag abgeschlossen sein, um Verwechslungen, Vergessen oder sonstige Dokumentationsdefizite zu vermeiden, da eine Dokumentationsleistung richtig und vollständig zu sein hat.

Der Arzt hat eine Pflicht zur Gegenzeichnung



Empfehlungen für die Anwendung von Dokumentationsmaterial. Sämtliche Pflegehandlungen und ärztliche Diagnostik- und Behandlungsschritte müssen dokumentiert werden. Dadurch wird es möglich, schnell und vollständig alle notwendigen Informationen über den Pflegebedarf, die Pflegeziele, die Pflegemaßnahmen sowie die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu erhalten. Eine solcherart geführte Dokumentation sichert die Darstellung der Pflegeleistung im Schichtbetrieb über 24 Stunden. Die folgenden Punkte zählen auf, welches Dokumentationsmaterial sich für die Kommunikation im Krankenhausbetrieb eignet:

- das Stammbblatt/die Pflegeanamnese dient der Erhebung des Pflegebedarfs und damit pflegerischen Leistungen
- in der Pflegeplanung werden die Ressourcen, Probleme, Pflegeziele und geplante Maßnahmen sowie eine Bewertung der Maßnahmen festgehalten
- im Pflegebericht wird der aktuelle Zustand des Patienten festgehalten
- aus dem ärztlichen Verordnungsblatt ergeben sich die Pflegemaßnahmen der speziellen Pflege
- der Durchführungsnachweis, in dem die Tätigkeiten der allgemeinen und speziellen Pflege abgezeichnet werden
- gegebenenfalls einen Beobachtungs- bzw. Überwachungsbogen, mit dem z. B. Vitalzeichenkontrollen aufgezeichnet werden
- die Quote, in der vor allem diagnostische und therapeutische Leistungen aufgeführt werden

Funktion der Dokumentation

Dokumentation ist die Sammlung, Ordnung, Speicherung und Auswertung von Daten. Die Pflegedokumentation dient der Gedächtnisstütze, der Kommunikationsunterstützung und der Beweissicherung. Es wird für die Fachöffentlichkeit dokumentiert und nicht für den Patienten, auch wenn dieser möglicherweise im Rahmen eines später auszuübenden Einsichtsrechtes Zugriff auf die Patientenakte hat (→ Seite 15). Der Dokumentationsumfang bestimmt sich nach der Beteiligung von anordnendem

Arzt/Pflegekraft, durchführender Pflegekraft und betroffenem Patienten.

Dokumentationsumfang

1. Name des Patienten
2. Anordnender
3. Durchführender
4. Maßnahmen:
 - Art
 - Durchführungsform
 - Zeitpunkt/Zeitdauer der Durchführung
5. Handzeichen Durchführender
6. Handzeichen Anordnender (Gegenzeichnung)

Die Rechtsprechung hat mehrere Funktionen der Dokumentation herausgearbeitet. Die Dokumentation:

- stellt die sogenannte „Waffengleichheit“ zwischen Patient und Träger sowie dem beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Personal dar (zur Erläuterung s. den folgenden Abschnitt).
- ist ein Mittel der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle.

Die Pflegedokumentation dient der Gedächtnisstütze, der Kommunikationsunterstützung und der Beweissicherung.

- ist ein Leistungsnachweis über durchgeführte Tätigkeiten.
- ist ein Mittel zur Effizienzsteigerung der Kommunikation über den Patienten.
- ist ein Mittel des haftungsrechtlichen Selbstschutzes im Streitfall.

Diese Funktionen sollen nachfolgend erläutert werden.

Schaffung von „Waffengleichheit“

Warum hat der Patient das Recht, in seine Akte Einsicht zu nehmen? Die Rechtsprechung erkennt den Anspruch des Patienten auf Einsicht in seine Patientenakte schon vor dem Prozess an. In Abstimmung mit dem ärztlichen Dienst hat der Patient das Recht, Einsicht in seine Akte zu nehmen. Die Patientenakte bleibt aber das Eigentum des Trägers. Möchte der Patient eine Vervielfältigung, so muss er das auf eigene Kosten anfordern. Das Einsichtsrecht beschränkt sich auf objektive Befunde und

bezieht sich nicht auf subjektive Wertungen. Die Abgrenzung ist im Einzelfall schwierig. Der Patient hat Anspruch auf lesbare, nicht jedoch auf verständliche Unterlagen, da sich die Dokumentation an die medizinische und pflegerische Fachöffentlichkeit richtet. Soweit er Fachausdrücke nicht versteht, hat er selbst für eine entsprechende Erläuterung und Abklärung zu sorgen. Bei der Ausübung des Einsichtsrechtes darf nur der Patient oder eine durch ihn bevollmächtigte Person Einsicht in seine Akte nehmen.

Wann können Dritte Einsicht in die Patientenakte bekommen? Dritte – z. B. Angehörige oder Erben des Patienten – können nur bei Nachweis einer besonderen Bevollmächtigung, ihrer gesetzlichen Vertretungsbefugnis oder eines eigenen nachgewiesenen Rechtsschutzinteresses Einsicht erhalten. Ein Rechtsschutzinteresse liegt dann vor, wenn eigene Interessen geltend gemacht werden können.

Ob ein Einsichtsrecht aus Gründen der Fürsorgepflicht („Therapeutisches Privileg“) bei drohender Selbstgefährdung zu versagen ist, muss im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen des Arztes entschieden werden.

»Beispiel. Ein schwerkranker Patient wird über den wahrscheinlichen akuten Verlauf seiner Krebskrankheit informiert. Durch Einsichtnahme in die ärztliche und pflegerische Dokumentation wird eine suizidale Tendenz bei diesem Patienten verstärkt.«

Die sogenannte „Waffengleichheit“ soll unter Beachtung des informationellen Selbstbestimmungsrechtes dem Patienten ermöglichen, seiner eigenen Darlegungs- und Beweislast im Zivilrechtsstreit gerecht zu werden. Der Patient hat einen Anspruch auf die Darstellung der sach- und fachkundigen Arbeitsleistung des Krankenhausträgers und seiner Mitarbeiter. Der Zugriff auf die in der Patientenakte dokumentierten pflegerischen und ärztlichen Leistungen ist notwendig, weil die allgemeine Regel des Beweisrechtes (Jede Partei hat im Prozess die ihr günstigen Umstände zu behaupten und zu beweisen!) den Patienten in erhebliche Beweisprobleme stürzen kann. Durch die Gewährung der Einsicht soll für den Patienten der Beweisvorteil des Krankenhauses und der beteiligten Mitarbeiter ausgeglichen werden.

Qualitätssicherung und -kontrolle in der Pflege

Die Pflegedokumentation hat in der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle einen hohen Stellenwert, da mittels Pflegeprozessmethode der Pflegebedarf mit dem Pflegeergebnis abgeglichen werden kann. Der Ist- und Sollzustand in der Patientenversorgung lässt sich über die Pflegedokumentation so abbilden, dass den in der Anamnese erfassten Defizite und Ressourcen durch steuernde Pflegemaßnahmen begegnet werden kann und das zu erreichende Pflegeziel definiert wird.

Leistungsnachweis der Pflege

Die Dokumentation gilt als wichtiger Nachweis für die Entscheidung, warum eine ärztliche oder pflegerische Maßnahme gemacht wurde oder nicht. Mit der Dokumentation werden alle therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen schriftlich festgehalten.

Im Bereich der Pflegedokumentation hat der Träger durch Schulung und Überwachung seiner Mitarbeiter sicherzustellen, dass der Pflegeverlauf in den wesentlichen Grundzügen nachvollziehbar dargestellt wird. Aus juristischer Sicht wird unter Pflegedokumentation das Protokoll über den Pflegezustand eines Patienten und an diesem praktizierte Pflege verstanden. Die Pflegedokumentation muss als Einzelfalldokumentation die Beantwortung der sogenannten „W-Fragen“ leisten. Verantwortungsbereiche, in denen „W-Fragen“ beantwortet werden müssen, sind:

- Anordnungsverantwortung
- Durchführungsverantwortung
- Kontrollverantwortung
- Kommunikationsverantwortung
- Dokumentationsverantwortung

Die sogenannten „W-Fragen“ führen zur Individualisierung der Maßnahme durch Rückgriff auf die beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter. Dieser Zugriff auf die Mitarbeiter ist nicht nur während der Behandlung und Pflege des Patienten notwendig. Er leistet eine nachträgliche historische Rekonstruktion von patientenbezogenen Dienstleistungen nach zu klärender Verantwortung. Der Prüfungsumfang der sogenannten „W-Fragen“ ergibt sich aus dem nachstehenden Überblick (→ Tab. 1).

Grundsätze der Dokumentation: Wahrheit und Klarheit

Eine Dokumentation muss richtig, vollständig, zeitlich nah und kontinuierlich erfolgt

Tab. 1 „W-Fragen“ als Leitfaden zur Pflegedokumentation

WER?	Patientenbezogene Abklärung der arbeitsteiligen Beteiligung von Arzt und Pflegekraft <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anordnungsverantwortung: Arzt, vorgesetzte Pflegekraft ▪ Durchführungsverantwortung: nachgeordnete Pflegekraft ▪ Kontrollverantwortung: Arzt, vorgesetzte Pflegekraft, nachgeordnete Pflegekraft ▪ Kommunikationsverantwortung: Arzt, vorgesetzte Pflegekraft, nachgeordnete Pflegekraft ▪ Dokumentationsverantwortung: Arzt, vorgesetzte Pflegekraft, nachgeordnete Pflegekraft
WARUM?	Dokumentationsbegründung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätssicherung ▪ Therapiesicherung ▪ Kommunikationssicherung ▪ Beweissicherung
WIE?	Dokumentationsqualität: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokumentationswahrheit ▪ Dokumentationsklarheit ▪ Lesbarkeit ▪ Verständlichkeit
WAS?	Dokumentationswesentlichkeit: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anordnung ▪ durchgeführte Maßnahme ▪ Diagnose ▪ Therapie ▪ Einwilligung ▪ patientenbezogene Kommunikation ▪ atypische Verläufe
WIE LANGE?	Begleitung des Handlungs- und Pflegeprozesses
WEN BETREFFEND?	Patienten- und Heimbewohnerbezug
FÜR WEN?	Medizinische und pflegerische Fachöffentlichkeit
IN WELCHEM UMFANG?	Nach Einzelfall und Standardbezug
WANN?	Sicherung von zeitlicher Nähe (innerhalb Schicht) der Dokumentationsleistung zur Dienstleistung
WO?	Einrichtungsinternes Dokumentationssystem

sein. Die Pflegedokumentation hat dabei den Grundsätzen der Dokumentationswahrheit und der Dokumentationsklarheit zu folgen.

Richtig. Unter Dokumentationswahrheit versteht man das Verbot der schriftlichen Lüge. Eine Dokumentationsleistung ist eine Urkunde für den Rechtsverkehr im stationären und ambulanten Bereich. Urkunden haben regelmäßig die Vermutung der Richtigkeit und Vollständigkeit für sich. Es gilt das Gebot objektiver Wahrheitigkeit.

Vollständig. Unter Vollständigkeit der Dokumentationsleistung versteht man die Erfassung wesentlicher Tatsachen. Routinemaßnahmen und Selbstverständlichkeiten sind nicht zu dokumentieren.

Zeitlich nah. Zeitliche Nähe bedeutet, dass nicht nach jedem Arbeitsschritt, jedoch bis spätestens zum Abschluss der Schicht Dokumentationsleistungen erfolgen. Sinnvoll wäre es, wenn nach jeder Pflegehandlung sofort dokumentiert werden könnte. Diese Dokumentationsleistung muss die Pflegekraft selbst vornehmen, sie kann nicht delegiert werden.

Pflegerische Dokumentation kann nicht delegiert werden.



Kontinuierlich. Zeitlich kontinuierlich ist eine Dokumentationsleistung, wenn sie begleitend zur Pflege, Betreuung, Versorgung und Behandlung des Patienten ihre positive Beweiskraft durch vollzogene Dokumentationsleistungen entwickelt.

Der Träger muss seine Mitarbeiter im Umgang mit dem Dokumentationssystem schulen, damit Dokumentationsklarheit entsteht. Dabei können sich in der Praxis folgende Probleme ergeben:

- Einhaltung der Schreibdisziplin
- Einhaltung der Strukturdisziplin
- Einhaltung der Sprachdisziplin

Pflegerische Dokumentation kann nicht delegiert werden

Wesentlicher Unterschied zum pflegerischen Dokumentationsrecht ist, dass der Arzt seine ärztliche Dokumentationspflicht delegieren kann. Keine Bedenken bestehen, dass Eintragungen durch Dritte vorgenommen werden.

Demgegenüber kann die pflegerische Dokumentation nicht delegiert werden. Dort ist der Grundsatz der Eigenhändigkeit zu beachten. Der Grundsatz der ärztlichen Eigenverantwortlichkeit bedeutet, dass eine fremde Dokumentationsleistung vom Arzt in ihrer Richtigkeit nachträglich gegengezeichnet wird (siehe hierzu den Abschnitt zur Gegenzeichnungspflicht).

Zeitpunkt und Material

Eine Dokumentation erfolgt regelmäßig erst im Nachhinein. Eine Dokumentation

durch vorweggenommene Eintragungen ist unzulässig. Die Dokumentation erfolgt retrospektiv, d. h. erst im Nachhinein. Bleistiftvoreintragungen sind möglich, aber im Nachhinein dokumentationsrecht zu überschreiben.

Soweit im Nachhinein ergänzende und berichtigende Nachträge notwendig werden, sind diese zulässig, aber in der vorbezeichnenden Weise zu kennzeichnen, das bedeutet:

- Ergänzungen oder Berichtigungen erfolgen zeitnah.
- Eine Verwendung von „Tipp-Ex“ und Klebeetiketten ist wegen der Gefährdung des Urkundencharakters verboten.
- Verschriebene Textpassagen werden lediglich durchgestrichen und nicht gelöscht.
- Ein Überschreiben von Texten verbietet sich von selbst, da der unterschriebene oder überschriebene Text nicht mehr auseinander gehalten werden kann.

Schreibdisziplin

Ein Mitarbeiter einer Klinik sollte wissen, dass er für eine arbeitsteilige Fachöffentlichkeit in der Einrichtung dokumentieren muss. Diese Verpflichtung ergibt sich aus dem Kranken- und Pflegeversicherungsrecht. Der Mitarbeiter soll wesentliche Sachverhalte gedanklich erfassen (sogenannte Reduktion von Komplexität) und niederschreiben. Dabei muss er auf die Lesbarkeit des Textes achten. Seine Dokumentationsleistung gibt in klar gegliederter Form Aufschluss über die oben bezeichne-

ten „W-Fragen“ mit Datum, Uhrzeit, Namenszeichen. Dabei wird das Namenszeichen in der vom Träger festgelegten Form verwendet. Namenszeichen sind zu erfassen und im jeweiligen Organisationsbereich zu speichern.

Nachträgliche Berichtigungen und Ergänzungen sind als solche zu kennzeichnen und dürfen nur zeitnah vollzogen werden. Die Verwendung von Symbolen oder Abkürzungen ist zulässig.

»Beispiel. Die Rechtsprechung hat z. B. als Dokumentation im Bereich der Operationslagerung die „Häschenstellung“ durch symbolhafte Zeichnung von zwei Hasenohren als ausreichend erachtet. Gleichzeitig kann für ein normales Aufklärungsgespräch die bloße Eintragung eines „A“ genügen.«

Lücken oder Unklarheiten einer Dokumentation können im Prozess durch Zeugenvernehmung, insbesondere auch zur Bedeutung der Dokumentation, oder auch durch sonstige geeignete Beweismittel geschlossen werden.

Träger gewährleisten Standards. Der Träger muss sicherstellen, dass seine Mitarbeiter die chronologische und inhaltliche Struktur des jeweiligen Dokumentationssystems zwingend einhalten. Die Mitarbeiter, die hierüber die Fachaufsicht führen, müssen durch Einarbeitung ihrer Kollegen und Stichproben dafür sorgen, dass Aufbau und inhaltliche Abfolge von Eintragungen den Vorgaben der Dokumentationssysteme

me (wie z. B. Kardex, Optiplan, Dan usw.) entsprechen.

Fachsprache verwenden. Die Dokumentationsprache orientiert sich an der Fachöffentlichkeit des beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Dienstes.

- Soweit die Fachöffentlichkeit angesprochen wird, ist ein einheitlicher Sprachgebrauch in der stationären und ambulanten Einrichtung sicherzustellen.
- Eine eindeutige Begriffs- und Symbolverwendung muss gewährleistet sein.
- Abkürzungen und Symbole sind zulässig, diese müssen jedoch inhaltlich festgelegt und von allen Mitarbeitern einheitlich angewandt werden.

Sachverhalte sind so darzustellen, dass sie bestimmt und präzise sind:

»Beispiel.

- Unbestimmt: „Der Patient klagt über Schmerzen.“
- Bestimmt: „Der Patient klagt über stechende Schmerzen im linken Oberbauchbereich.““

Der jeweilige Sachverhalt ist quantitativ und qualitativ aufzubereiten und darzustellen. Eine verkürzte Darstellung sollte vermieden werden, da damit unnötige Kommunikationsdefizite verbunden sind. Gleichzeitig ist jedoch eine erzählende Darstellung von Sachverhalten aus der Vergangenheit unnötig.

Sprachebene des Patienten einbringen. Gleichzeitig muss die Sprachebene des Patienten selbst in die Dokumentationsleistung eingebracht werden. Es muss in jedem Falle sichergestellt sein, dass das für die Kommunikation über den Patienten Wesentliche vermittelt wird. Der Patient selbst wird in seinem Äußerungs- und Beschwerdeverhalten zitiert. Eine Zensur dieses Verhaltens findet nicht statt.

Bei der Sprachdisziplin ist festzuhalten, dass der Mitarbeiter die verschiedenen Sprachebenen im Umgang mit dem Patienten und mit der Fachöffentlichkeit richtig gewichtet.

Effizienzsteigerung der Kommunikation über den Patienten

Durch die schriftliche Dokumentation wird die mündliche Kommunikation ergänzt und verbessert. Die Kommunikationswege können zwischen den beteiligten Diensten

durch einen zentralisierten Zugriff auf die Patientenakte abgekürzt werden. Weitere Effizienzsteigerungen sind durch die Verknüpfung von Einzelfalldokumentationen und innerbetrieblichem Standard möglich.

Bezieht der Mitarbeiter die innerbetrieblichen Pflegestandards bei der Dokumentation mit ein, erleichtert dies die Schreibarbeit und hat positive Auswirkungen auf die Qualitätssicherung. Voraussetzung dafür ist, dass der Mitarbeiter in den Standards geschult ist.

Die Dokumentation ist nicht nur bei der Übergabe als Arbeits- und Informationshilfe heranzuziehen. Auch bevor ein Mitarbeiter seine Arbeit aufnimmt, muss er sich darüber informieren, was bisher dokumentiert wurde. Das heißt aber nicht, dass die mündliche Übergabe dadurch ersetzt werden könnte.

Bildmaterial zur Dokumentation verwenden. Die Bilddokumentation hat neben der Wortdokumentation ihren eigenen Stellenwert, sie ist rechtlich zulässig. Die Bilddokumentation verstößt nicht gegen das Persönlichkeitsrecht des Patienten, soweit sachlich notwendige Aufnahmen gemacht werden müssen. Auf der Bilddokumentation müssen

- Zeitpunkt
- Patientendaten sowie auch
- der Hersteller des Bildes erfasst werden.

Eine Bilddokumentation darf nicht zum Nachteil des Patienten verwendet werden. Schon gar nicht dürfen pornografische Aufnahmen von einem Patienten gefertigt werden. Unter Wahrung des Persönlichkeitsrechts der Patienten sind gleichzeitig deren Interessen genauso zu fördern wie die des Trägers.

Anhand der Bilddokumentation können Fort- oder Rückschritte eines Pflegeprozesses leichter dokumentiert werden, da ein Bild „tausend Worte ersetzen“ kann. Mit welchem Kameratypus (z. B. Digitalkamera oder Polaroid-Kamera) Aufnahmen gemacht werden, ist unerheblich, da man bei Fälschungsabsichten davon ausgehen kann, dass jede Aufnahme gefälscht sein könnte.

Haftungsrechtlicher Selbstschutz von Träger, Arzt und Pflege

Da bei einer Dokumentation immer davon ausgegangen wird, dass sie richtig und vollständig erbracht wurde, bringt sie einen

haftungsrechtlichen Selbstschutz für Träger und Mitarbeiter mit sich. Es wird auf der Grundlage der Dokumentation vermutet, dass die dokumentierten Leistungen richtig und vollständig unter Beachtung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt durchgeführt worden sind.

Diese Vermutung gilt solange, bis der Patient den Gegenbeweis geführt hat, dann wird die Beweislast dem Träger bzw. seinen Mitarbeitern übertragen. M. a. W.: Sofern die Dokumentationspflicht vom Träger bzw. seinen Mitarbeitern nicht eingehalten wurde, führt dies zur Beweislastumkehr zugunsten des Patienten. Zu haftungsrechtlichen Fragen erfahren Sie mehr im zweiten Beitrag dieser Lerneinheit.

Infoservice

Autor

Heinz Sträßner

Rechtsanwalt in Stuttgart. Langjährige Beschäftigung mit Krankenhaus- und Pflegerecht.

Seit 1980 Lehraufträge in der Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften bei verschiedenen Fortbildungsträgern im gesamten deutschen Raum.

Leiter des „Zentrum für ambulantes und stationäres Pflegerecht“ in Stuttgart.

Literatur

Sträßner H. Das Recht der Stationsleitung. 2. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer; 2003

Sträßner H. Das Recht in der Pflegeausbildung. Stuttgart: Kohlhammer; 2004

Sträßner H. Haftungsrecht in der Pflege. Stuttgart: Kohlhammer; 2006

Sträßner H. Das Recht der Hebamme. Stuttgart: Kohlhammer; 2007

Sträßner H. Das Recht der ambulanten Pflegedienstleitung. Stuttgart: Kohlhammer; 2007

CNE

In den Zusatzinformationen zu dieser Lerneinheit auf CNE.online erhalten Sie praktische Tipps für das Formulieren einer Pflegedokumentation. Darüber hinaus erfahren Sie, wie die Fixierung eines Patienten rechtlich korrekt dokumentiert wird.