

## Dokumentation

Die Pflegedokumentation, ob in Papierform oder EDV-gestützt, gehört zu den selbstverständlichen Instrumenten der Pflege. Pflegende haben ihre Aufgaben eigenverantwortlich im Sinne des Altenpflege- und Krankenpflegegesetzes sowie der Qualitätssicherung zu erfüllen. Darum auch gewährleistet die Dokumentation eine fachliche und sichere Kommunikation aller an der Pflege und Behandlung beteiligten Leistungserbringer. Eine ausführliche, sorgfältige und vollständige Dokumentation der ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen gehört darüber hinaus zu den selbstverständlichen Pflichtleistungen gegenüber dem Patienten und ist im Interesse des geschlossenen Pflegevertrages. Für die Umsetzung einer einwandfreien Pflegedokumentation hat der Träger der Einrichtung Sorge zu tragen. Auch in strafrechtlichen und zivilrechtlichen Prozessen trägt die Dokumentation wesentlich zur Qualitäts-, Therapie- und Pflegebeweissicherung bei.

Als haftungsrechtliches Beweismittel dient die Dokumentation der Entlastung des Pflegepersonals, wenn sie vollständig, ordnungsgemäß und im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang erstellt wurde. Vor Gericht wird sie als Wahrnehmung der Sorgfaltspflicht gewertet.

Der MDK-Bericht 2007 zur Pflegequalität verweist auf die Hauptmängel im Pflegeprozess und in der Pflegedokumentation. Es sind sowohl Anordnungen pflegerischer- als auch ärztlicherseits schriftlich in der Dokumentation zu fixieren und mit Unterschrift abzuzeichnen. Die Dokumentation darf nur mit dokumentenechtem Kugelschreiber oder in der EDV mit Sicherheitskriterien erfolgen. Fehler werden mit einem waagerechten Strich markiert, so dass der ursprüngliche Text lesbar bleibt. Radierungen, Überklebungen und Überschreibungen sind verboten.

Anordnung und Durchführung von pflegerischen Tätigkeiten sind von der betreffenden Pflegeperson oder dem Arzt mit Datum, Zeit und dem entsprechend zuzuordnenden Handzeichen zu dokumentieren. Früh-, Spät-, und Nachtdienst sollten jeweils farbspezifisch definiert werden. Eine Identitätsliste der Handzeichen mit Namen der Mitarbeiter muss stets parallel zur Dokumentation geführt und später archiviert werden. Die Archivierung sollte zentral über die Pflegedienstleitung erfolgen.

## Anforderungen

### Grundlagen:

- Warum? Qualitätssicherung, Therapiesicherung, Abrechnungssicherung, Beweissicherung, Dokumentation ist Urkunde
- Wer? Jeder, der medizinische oder pflegerische Maßnahmen am Patienten vornimmt
- Wann? Zeitnah
- Wie? Lesbar und verständlich
- Was? Diagnose, Therapie, Pflege (Anamnese, Planung, Maßnahmen, Bericht), Verweis auf Standards, Prophylaxe, atypische Verläufe, Anordnungen, durchgeführte Maßnahmen, Ergebnisse der Maßnahmen und Komplikationen

### Ziele und Wirkung:

- Nachweis von sicherer Pflege
- Nachweis von Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit und der Pflegeleistungen
- Nachweis der Pflegequalität/Qualitätssicherung
- Nachweis der Pflegebedürftigkeit und Pflegeleistung gegenüber dem MDK oder Heimaufsicht
- Sichere Überleitung des Patienten an die weiteren Pflegeeinheiten (Überleitungsdokumentation)
- Umsetzung der Verpflichtung aus den §§ 3 des Krankenpflegegesetzes und Altenpflegegesetzes
- Ermittlung des qualitativen und quantitativen Pflegebedarfs
- Sicherung der fachlichen Kommunikation und Information zwischen den verschiedenen Leistungserbringern, Arbeitsgruppen und Bereichen
- Risikoerhebung
- Koordinationsinstrument der Pflegeplanung/des Pflegeprozesses
- Urkunde Pflegedokumentation
- Beweissicherung

### Rechtliche Grundlagen:

- Krankenversicherungsgesetz §§ 112, 137, 294
- Pflegeversicherungsgesetz §§ 80, 104, 105
- Krankenpflegegesetz § 3, Abs. 2,1
- Altenpflegegesetz § 3

- Heimgesetz §§ 11, 13
- Vertragsrecht in Gestalt des Pflegevertrages
- BGH, Urteil vom 27.06.1976
- BGH, Urteil vom 18.03.1986 AZ VI ZR 215/84
- BGH, Urteil vom 18.12.1990 AZ VI ZR 169/90
- OLG Düsseldorf, Urteil vom 16.06.2004 AZ I-15 U 160/03
- § 267 StGB (Urkundenfälschung)

### Mögliche Rechtsfolgen:

- Strafrechtlich (Körperverletzung, fahrlässige Tötung)
- Zivilrechtlich (delektischer Schadenersatz, vertraglicher Schadenersatz)
- Arbeitsrechtlich (Abmahnung, verhaltensbedingte Kündigung, außerordentliche, fristlose Kündigung)

Die Pflegedienstleitung (Organisations- bzw. Anordnungsverantwortung) hat dafür Sorge zu tragen, dass Pflegedokumentationen sorgfältig, vollständig und richtig erstellt werden. Jede Pflegeperson, die eine Pflegemaßnahme beim Patienten anordnet oder durchführt, verpflichtet sich, diese Maßnahme zu dokumentieren (Anordnungs- und Durchführungsverantwortung). Die durchgeführten Maßnahmen oder Beobachtungen am Patienten sollten unverzüglich dokumentiert werden, damit später nicht die Korrektheit der Aufzeichnung in Frage gestellt werden kann/muss, falls es zu einer Zeitverzögerung kommt.

### Umfang:

Bei Pflegeanamnese, -diagnose und -maßnahmen sind folgende Module zu beachten:

- Name des Patienten/Bewohners
- Durchzuführende Maßnahme
  - Art
  - Form
  - Zeitpunkt
- Durchführender
- Anordnender
- Handzeichen des Durchführenden

**Bestandteile:**

- Stammblatt  
Pflegeanamnese mit Darstellung der pflegerischen Leistungen  
bezogen auf den Pflegebedarf des Patienten
- Pflegeplanung  
Mit Ressourcen, Problemen, Pflegezielen und geplanten Maßnahmen  
Bewertung der Maßnahmen
- Pflegebericht  
mit Darstellung des aktuellen Zustandes des Patienten  
mit Empfehlung weiterer Maßnahmen
- Ärztliches Verordnungsblatt
- Durchführungsnachweis  
mit Dokumentationen der allgemeinen, speziellen Pflege und Ausführung ärztlicher Verordnungen
- Überwachungsbogen  
mit Protokoll der Vitalzeichen
- Risikodokumentation  
z. B. bei Dekubitus, Mangelernährung, Sturz, Thrombose

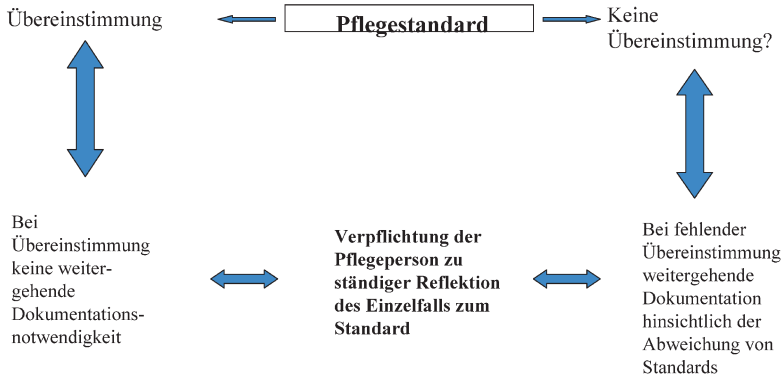
**Einzelfalldokumentation und Pflegestandard**

Liegen für die verschiedenen Pflegemaßnahmen umfangreiche Standards vor, so braucht in der Dokumentation bei der Formulierung von Anforderungen nur auf den jeweils angewandten Standard verwiesen zu werden. Ausführlich beschrieben werden müssen lediglich begründete Abweichungen vom Standard im konkreten Fall. Liegen jedoch keine Standards für die Durchführung bestimmter Maßnahmen in der allgemeinen und speziellen Pflege vor, so müssen die jeweiligen Tätigkeiten, die am Patienten ausgeführt werden, ausführlich beschrieben und dokumentiert werden. In der Dokumentation sollten die Beweggründe für eine bestimmte Maßnahme erläutert werden, außerdem unbedingt Uhrzeit, Name der/des Durchführenden und ein Handzeichen aufgeführt sein (■ Abb. 4).

**Fotodokumentation**

Im Straf- und Zivilprozess werden Schadens- und Unfallfotos der Ermittlungsbehörden, u. a. der Polizei, als Urkundenbeweis verwertet, die aktuell digital erfasst und aufgezeichnet sind. Beweissicherheit für das digital übermittelte medizinische Dokument lässt sich nur durch den Sicherheitsstan-

## Einzelfalldokumentation bei vorliegendem Pflegestandard



■ **Abb. 4.** Einzelfalldokumentation bei vorliegendem Pflegestandard

dard eines digitalen Signaturverfahrens (Verschlüsselungsverfahren) verwirklichen. Beim Transport von Dokumenten in digitale Netze, z. B. beim Datenaustausch, schützt eine verschlüsselte Übertragung vor dem Zugriff Unbefugter. Das am 01.08.1997 in Kraft getretene Signaturgesetz regelt als Teil des Informations- und Kommunikationsdienstegesetzes (BGBl. 1997 I, S. 1870ff.) die Mindestvoraussetzungen für das digitale Signieren mit elektronischen Schlüsseln.

### ➤ Tipps

Im Sinne des Strafgesetzbuches (§ 201a) wird empfohlen, das Einverständnis des Patienten zur Erstellung und Weitergabe der Fotodokumentation als Einwilligungserklärung der Dokumentation beizufügen.

### Nachträgliche Änderungen

Die Pflegedokumentation als Bestandteil der Krankenakte ist mit den patientenbezogenen Daten als Urkunde anzusehen. Sie enthält konkret auf den Patienten definierte Erkenntnisse aus dem zeitlichen Bezug. Eine nachträgliche

Änderung durch Streichung und/oder Ergänzung wäre im Sinne des § 267 Abs. 1 StGB eine Urkundenfälschung. Wenn Ärzte und Pflegepersonal als Aussteller der ärztlichen und pflegerischen Dokumentation gelten, so haben sie kein Recht, diesen Inhalt jederzeit zu verändern.

### ➤ Tipps

Sollte eine nachträgliche Veränderung der Dokumentation erforderlich sein, so muss nachvollziehbar sein:

- Warum?
- Wann?
- Wer?

Was stand vorher?

### § 267 Strafgesetzbuch

- (1) Wer zur Täuschung im Rechtsverkehr eine echte Urkunde verfälscht oder eine unechte oder verfälschte Urkunde gebraucht, wird mit einer Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren oder mit einer Geldstrafe bestraft.
- (2) Der Versuch ist strafbar.
- (3) In besonders schweren Fällen ist die Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr.

### Aufbewahrung

Die Pflegedokumentation ist Bestandteil der Krankendokumentation. Sie dient dem klagenden Patienten vor Gericht als Beweiserleichterung, wenn es zu beweisrechtlichen Konsequenzen im Rahmen von Behandlungs- und Pflegefehlern kommen sollte. Dies kann u. U. sogar bis hin zur Umkehr der Beweislast führen. Dieses wurde u. a. in dem BGH-Urteil vom 18.03.1986 (AZ: VIZR215/84) bestätigt. Die Krankenunterlagen einschließlich der Pflegedokumentation müssen für die Dauer von 30 Jahren aufbewahrt werden, damit in einem Schadenersatzprozess die Beweislage aus den gegebenen Umständen auf Grundlage der Dokumente erfolgen kann (BGB § 199). Eine Aufbewahrung muss mindestens so lange bestehen, bis feststeht, dass aufgrund der Behandlung und Pflege durch den Patienten keine Schadenersatzansprüche mehr erhoben werden können.

Werden die Akten vorzeitig vernichtet, fehlt bei Schadenersatzansprüchen ein wesentliches Beweismittel für den beklagten Pflegedienst.

Von Fall zu Fall - Ambulante Pflege im Recht  
Rechtsfragen in der ambulanten Pflege von A-Z  
Höfert, R.; Meißner, Th.  
2008, XI, 310 S., Softcover  
ISBN: 978-3-540-75598-2