

Pflegedokumentation

Rechtspflichten und Rechtsfragen

Malte Jörg Uffeln

**Magister der Verwaltungswissenschaften
Rechtsanwalt Mediator (DAA) Lehrbeauftragter**

www.uffeln.eu

ra-uffeln@t-online.de

ON bei facebook unter Malte Jörg Uffeln

Die Situation

*** keine umfassende gesetzliche Regelung**

*** „ Dokumentation“ = vertragliche
Nebenpflicht des Heimvertrages gem. WBVG;
ambulanten Dienstvertrages**

**BGH(NJW 2002, 507)
„ unselbstständige Nebenpflicht“**

Funktionen der Dokumentation

- * interne – eigene – Gedächtnisstütze**
- * Grundlage der Abrechnung nach GOÄ**
- * Nachweis sachgerechter, korrekter Pflege**

**(Dekubitus-Urteile des BGH in NJW
1986,2365; 1988, 762)**

Kurz und knapp

- * Gedächtnisstütze**
- * Kommunikationsunterstützung**
- * Beweissicherung**

Dokumentation

- 1. Instrument der Qualitätssicherung**
- 2. Instrument der Risikovorsorge
(Vermeidung von Patientenschäden)**

- * ärztliche Dokumentation**
- * pflegerische Dokumentation**

Dokumentation durch den Arzt

- * unselbstständige Nebenpflicht aus
Behandlungsvertrag**
- * Berufspflicht nach § 10 Abs. 1 MBO
„ die erforderlichen Aufzeichnungen“**
- * Sicherung der ordnungsgemäßen
Behandlung**

Dokumentation durch den Arzt Inhalte

- * Aufklärung**
- * Anamnese**
- * Diagnostik (objektiv; subjektiv)**
- * Therapie**
- * Personalien, Behandlungszeit, -
dauer**

Dokumentation durch die Pflege(fach)kraft

- * Aufklärung**
- * Anamnese**
- * Diagnose**
- * Planung**
- * Durchführung**
- * Personalien**
- * Pflegezeit / -dauer**

Dokumentation durch Pfleger

*** Grundpflege
(Empfehlung)**

**Behandlungspflege
(Pflicht)**

Dokumentation ist subsidiär!

Pflege hat „immer“ Vorrang !

Kommunikation Arzt ./.. Pfleger

**Gegenzeichnungspflicht des Arztes
=
doppelte Qualitätssicherung**

rechtliche Funktion der Gegenzeichnung

- * Beweislast für Pflegefehler liegt beim Patienten**
 - * Selbstschutz des Personals**
- * Urkundencharakter der Dokumentation**

Dokumentationsleistung

Funktionen

*** Waffengleichheit Patient ./.. Träger/Arzt**

*** Qualitätssicherung und Kontrolle**

*** Leistungsnachweis der Pflege**

(W- Fragen: Wer ? Was ?, Wann ?, Wo ?

Warum ?)

*** Dokumentationswahrheit**

*** Dokumentationsklarheit**

Schreibdisziplin

- * Grundsatz der Wesentlichkeit
(Reduktion von Komplexität)
- * Symbole und Abkürzungen zulässig
(Häschenstellung, BGH NJW 1984,1403)
- * Arzt kann delegieren, Pfleger nicht !
 - * „ Deutsch“
 - * keine „ Vor- Dokumentation“
- * Tipp- Ex und Klebeetiketten vermeiden
 - * kein Überschreiben von Texten

Sprachdisziplin

- * gutes Deutsch**
- * Patientenebene miteinbeziehen**
 - * klare Begriffe und Symbole**
- * keine unbestimmten Rechtsbegriffe**
 - * kein Epos**

Grundsatz der Vollständigkeit

- * sämtliche Pflegehandlungen**
- * sämtliche ärztliche Diagnostik- und
Behandlungsschritte**

Nicht:

- * Pflegedetails**
- * Routinemaßnahmen**

TIPP:

**Pflegedokumentationsempfehlung der
DKG**

<http://www.dkgev.de/>

Pflegedokumentationsempfehlung der DKG

- * Stammblatt / Pflegeanamese**
 - * Pflegeplanung**
 - * Pflegebericht**
- * ärztliches Verordnungsblatt**
 - * Durchführungsnachweis**
- * Beobachtungs- und Überwachungsbogen**
 - * Quote der Leistungen**

BGH NJW 1988, 2949

Vermutung des Unterbleibens

**Das Fehlen eines Vermerks einer
aufzeichnungspflichtigen Maßnahme in der
Pflegedokumentation **indiziert**, dass
diese Maßnahmen von der Pflege(fach)kraft
nicht durchgeführt wurde**

Fälle aus der Praxis

- * Ruhigstellung nicht dokumentiert**
 - * Dekubitusbereich**

- Diagnose / Medikation / Anweisung**
 - Kontrolle der Anweisung**

Rechtsfragen und Rechtsprobleme

Zivilrecht

Beweislast

Beweismittel

Sachverständigenbeweis

Augenschein

Parteivernehmung

Urkundenbeweis

Zeugen

Dokumentation = Urkundenbeweis

§ 420 ZPO

Vorlegung durch Beweisführer; Beweisantritt

**Der Beweis wird durch die Vorlegung der
Urkunde angetreten.**

Arten der Dokumentation

*** EDV- Dokumentation**

*** Mikroverfilmung von Krankenunterlagen**

Beweislastverteilung

**Objektive Pflegefehler = Patient
(Nachweis der Abweichung IST vom SOLL)**

Grobe Pflegefehler = Pflege(fach)kraft / Arzt

Das Beweisdilemma des Patienten....

Umfassende Krankenunterlagen werden benötigt, wie u.a.

**Pflegeberichte, Patientenkarteen,
Krankenblätter, Organisationsberichte,
Röntgenaufnahmen, EKG...**

**Mangelhafte Dokumentation kann zur Umkehr
der Beweislast führen**

**Pflicht zur
Dokumentationsschulung im
Rahmen des QM- Managements**

Strafrecht

Pflegedokumentation

=

Urkunde i.S.d. § 276 I StGB

Grundsatz
„In dubio pro reo“

Manipulation der Dokumentation
=
Urkundenfälschung

Fälle:

- (1) Verfälschen einer echten Urkunde**
- (2) Herstellen einer unechten Urkunde**

Vernichten der Pflegedokumentation

=

**Urkundenunterdrückung
(§ 274 I 1 StGB)**

Nachträgliche Vorlage

veränderter Krankenunterlagen

=/ggf.

versuchter Betrug gem. § 263 I StGB

Pflegedokumentation ist keine

**Abrechnungsunterlage gem. § 105 SGB XI
(Pflegekassen), § 363 SGB V (Krankenkassen)**

**maßgebend:
Individueller Leistungsnachweis**

Manipulation der
Pflegedokumentation

=

Kündigungsgrund

(ausserordentliche Kündigung aus wichtigem
Grund ; § 626 II BGB)

Patient hat Einsichtsrecht in Pflegedokumentation

(abl. § 810 BGB)

ab 26.2.2013

**Patientenrechtegesetz
§ 630 g BGB**

*** Kopien können auf eigene Kosten verlangt werden**

*** objektive physische Befunde**

*** Berichte über Behandlungsmaßnahmen
(bspw, EKG, EEG, Computertomographie,
Röntgenaufnahmen, OP- Berichte,
Diagnosen...)**

Streitig, unklar....

- * Anamnese**
- * Verdachtsdiagnose**
- * psychiatrische Krankenunterlagen**

**Vielen
Dank für ihr Interesse und
ihre
Aufmerksamkeit**

**Ihr
Malte Jörg Uffeln
www.uffeln.eu
ra-uffeln@t-online.de
ON bei facebook unter Malte Jörg
Uffeln**