

Worauf es beim Dokumentieren ankommt

Von Gedankenstütze zum Beweismittel Viele Faktoren führen dazu, dass Dokumentationen sehr unterschiedlich ausfallen – vom Dokumentationswahn bis hin zur Minimal-Dokumentation. Das gesunde Mittelmaß zu finden ist nicht einfach. Hilfreich kann sein, sich mit den Funktionen einer Dokumentation zu beschäftigen – was muss, was sollte man festhalten und was ist überflüssig.

Bis in die Mitte der 1970er Jahre galt die Dokumentation als reine Gedankenstütze und diente insbesondere der Ärzteschaft, um sich an den Patienten und bei ihm bereits vorgenommene Maßnahmen zu erinnern. Was Ärzte aufschrieben und was nicht, stand in ihrem Belieben und war nicht für die Augen des Patienten bestimmt. Am 14.03.1978 kam es aber zu einer wegweisenden Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) im Rahmen eines Prozesses wegen eines Behandlungsfehlers. Der BGH befand, dass sich die Ärzte entlasten können müssen und dafür gerade die Dokumentation geeignet sei. Dazu seien allerdings inhaltlich etwa bei der Gefahr eines Dekubitus die Gefahrenlage und die ärztlich angeordneten Vorbeugungsmaßnahmen zu dokumentieren. Eine genaue und verständliche Dokumentation war die logische Forderung. Erstmals wurde die Dokumentation damit als geeignetes Beweismittel anerkannt, jedoch nur im Sinne einer Vermutung für die Richtigkeit dessen, was dokumentiert wurde. Dies mündete 2013 in der erstmaligen Regelung in § 630f BGB. Mittels anderer Beweise kann bis heute die fehlende oder unvollständige Dokumentation ergänzt werden. Zugleich aber kam der Gedanke der „Waffengleichheit“ auf – auch der Patient soll die Dokumentation für sich nutzen können. § 630g BGB gibt ihm dafür ein „unverzüglich“ zu gewährendes Einsichtsrecht. Jederzeit darf der Patient in seine Akten hineinschauen und darf nicht erst grundlos auf einen späteren Zeitpunkt vertröstet werden. Allerdings wurde auch das therapeutische Privileg normiert, wonach dieses Recht des Patienten beschränkt werden kann, soweit der Einsichtnahme erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Schon vor 2013 tauchte die Dokumentation in Einzelnormen auf. Das Kranken- und das Altenpflegegesetz regeln den umfassenden Pflegebegriff, wonach in einem beliebigen Pflegeablauf alle Tätigkeiten selbstständig durchgeführt werden müssten, was eine geplante Pflege bedinge. Dies wiederum erfordere die Dokumentation. Das SGB V verlangt indirekt die Dokumentation, um Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Krankenhaus für vergleichende Prüfungen auszugestalten. Das SGB XI schreibt dieses zum Zwecke der Überprüfung durch den Medizinischen Dienst vor.

Gesetzliche Regelung

§ 630f BGB verpflichtet heute die Behandlerseite, die Dokumentation in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang zu erstellen. Schon zuvor war anerkannt, dass diese Tätigkeit stets in ein und derselben Schicht zu erfolgen habe und nicht erst in einer der nächsten Arbeitseinheiten. Zum einen vergisst man eben doch sehr schnell etwas zu dokumentieren, zum ändern – ganz nüchtern betrachtet – kann man nie sicher sein, dass man die nächste Schicht auch wird wahrnehmen können – Unfälle und andere Ereignisse reißen einen aus dem gewohnten Ablauf heraus und schon entstehen Lücken in der Dokumentation.

Schon immer kritisch betrachtet wurden Berichtigungen. Der Gesetzgeber lässt diese zwar ausdrücklich zu, allerdings nur, wenn der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleibt und das Datum der Berichtigung klar bezeichnet ist. Denn leider besteht gerade dann die Versuchung, etwas zu „berichtigen“, wenn ein Fehler passiert ist. Und nicht immer bleibt es dabei – Dokumentationen werden gefälscht. Der Nachweis einer solchen als Urkundenfälschung strafbaren Handlung ist nicht immer einfach. Die heutige elektronische Dokumentation macht es zwar um einiges leichter, doch wenn von vornherein Umstände eingetragen werden, die unrichtig sind, kann das auch eine Software nicht erkennen.

Was „wesentlich“ ist, lässt das Gesetz offen

Inhaltlich verlangt der Gesetzgeber, dass sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und Ergebnisse (insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen) festgehalten werden. Letztlich geht es um Fragen der Behandlung. Nicht geregelt ist, was ggfs. zusätzlich zu dokumentieren wäre, insbesondere im Hinblick auf die Abrechnung. Was „wesentlich“ ist, lässt das Gesetz offen – aufgrund der Vielzahl der Behandlungskonstellationen ist dies aber auch kaum anders regelbar. Gängig ist es, an dieser Stelle in die Grund- und Behandlungspflege zu unterscheiden.

Aus rechtlicher Sicht sind Eintragungen zur Grundpflege nur begrenzt erforderlich. Routine-Aufgaben bedürfen regelmäßig keiner Dokumentation. Besondere Vorfälle wie Sturzereignisse anlässlich derartiger Tätigkeiten sind natürlich zu dokumentieren. Aus Gründen der Abrechnung kann es allerdings notwendig sein, auch Routinemaßnahmen festzuhalten, da hier erhebliche Unterschiede bestehen können, was mit welchem Betrag bezahlt wird; denken wir nur an die verschiedenen Inkontinenzhilfen. Bei der Behandlungspflege ist dagegen ein Mehr an Dokumentation angezeigt. Ärztliche Anordnungen und Therapiemaßnahmen nebst der Medikation und der Pflegeplanung gehören ebenso dazu wie oft auf Zusatzblättern verzeichnete Umstände zu einer Diät, Trinkprotokolle, Fieberkurven oder Wunden. Schließlich sind noch Arztbriefe in die Dokumentation aufzunehmen, welche grundsätzlich zehn Jahre aufzubewahren ist.

Beweiskraft entscheidend

Grundsätzlich ist die Dokumentation eine persönliche Pflicht, d.h. von demjenigen durchzuführen, der eine Aufgabe erledigt oder einen Umstand festhalten möchte. Einzig der Arzt darf an eine Pflegekraft delegieren.

Der wohl wichtigste Aspekt der Dokumentation ist ihre Beweiskraft. Alles, was dokumentiert wurde, gilt als richtig. Damit besteht eine Vermutung für die Vollständigkeit und Richtigkeit. Andererseits ist sie insbesondere durch den Patienten widerlegbar, wenn er mit geeigneten anderen Beweismitteln wie etwa Zeugen glaubhaft darlegen kann, dass etwas nicht gemacht wurde, was dokumentiert wurde. Aus rechtlicher Sicht sollte der Patient daher nie allein sein, wenn es um wesentliche Fragen seiner Behandlung oder auch um eine Aufklärung geht. Das Zwei- oder Mehrbettzimmer kann hier deutliche Vorteile bringen und bei Gesprächen mit Ärzten wäre es immer sinnvoll, wenn eine Vertrauensperson anwesend wäre. Unbestritten ist, dass Dokumentationen missbräuchlich nachträglich geändert, insbesondere ergänzt werden, vor allem, wenn sich Komplikationen ergeben haben. Der Patient wird regelmäßig nicht in der Lage sein, die Vermutung der Richtigkeit zu widerlegen, wenn er niemanden hat, der seine Sicht der Dinge bestätigen kann. Auf der anderen Seite kann eine unvollständige Dokumentation jederzeit ergänzt werden, wozu seitens des Arztes oder der Pflege auch wiederum Beweisankträge über Zeugen oder andere Varianten erforderlich sind.

Für alle Beteiligten lesbar und verständlich

Damit die Vermutung der Richtigkeit und Vollständigkeit auch möglichst sicher zur Geltung kommen kann, ist neben der gesetzlich erforderlichen, zeitnahen Dokumentation auch die Angabe der Uhrzeit ratsam. Wertfreie und möglichst objektive Formulierungen helfen sehr, eine seriöse Aufzeichnung zu erstellen. Jedoch darf eine Fachsprache verwendet werden. Der Patient hat zwar jederzeit das Recht, die Dokumentation einzusehen, aber sie muss deswegen nicht in „einfacher Sprache“ verfasst werden. Hier stellt sich zugleich die Frage, ob auch eine ausländische Sprache in Betracht käme. Mittlerweile haben wir sehr viele Ärzte und Pflegekräfte, die aus dem Ausland kommen, natürlich ein bestimmtes Niveau der deutschen Sprache beherrschen müssen, aber sich manches Mal wesentlich leichter tun würden, es in ihrer Herkunftssprache nie-

derzuschreiben. Das Gesetz regelt diese Frage nicht, aber von Sinn und Zweck her ergibt sich, dass die Dokumentation komplett in deutscher Sprache bzw. in einer Sprache, die alle in der Einrichtung sprechen, verfasst sein muss, sodass alle an der Pflege Beteiligten auch alles lesen und verstehen können.

Foto- und Video-Dokumentation rechtlich heikel

Rechtlich nicht ganz einfach ist die Fotodokumentation, heute teilweise auch eine Video-Dokumentation. Hier geht es auch wieder um Patientenrechte. Aus dem allgemeinen, auf Art. 1 GG beruhenden Persönlichkeitsrecht ergibt sich ein Recht am Bild. Fotos dürfen also nicht ohne weiteres angefertigt und schon gar nicht „verwendet“ werden. Gerade dies geschieht aber, wenn Fotos zum Zwecke der Dokumentation angefertigt werden, etwa um den Status eines Dekubitus zu sichern. Auch wenn das Gesicht des Patienten nicht erkennbar ist, muss er mit der Ablichtung einverstanden sein. Klinikaufnahme- und Heimverträge beinhalten heute häufig die dazu erforderliche Einwilligung. Allerdings kann sie jederzeit widerrufen werden und fehlt z.B. bei notfallmäßig eingelieferten Patienten. Mit dem Ziel eines papierlosen Krankenhauses werden heute bereits Aufklärungsgespräche und Einwilligungserklärungen als Video aufgezeichnet, aber der Patient muss dies auch wissen und wollen. Vielfach läuft im OP-Saal eine Kamera mit, auch dies muss der Patient wissen und wollen. Andernfalls können Fotos und Videos insbesondere vor Gericht nicht verwendbar sein.

Insgesamt aber ist die Dokumentation nicht nur wegen der Beweiserleichterung ein überaus wichtiges Instrument für eine moderne Gesundheitsversorgung. Sie sollte daher sorgfältig und mit Bedacht, aber nicht übertrieben umfangreich erfolgen. ►►

PFLEGE EINFACH MACHEN

Grundsätzlich ist die Dokumentation eine persönliche Pflicht, d.h. von demjenigen durchzuführen, der eine Aufgabe erledigt oder einen Umstand festhalten möchte.

Der wohl wichtigste Aspekt der Dokumentation ist ihre Beweiskraft. Alles, was dokumentiert wurde, gilt als richtig.

Die Dokumentation sollte sorgfältig und mit Bedacht, aber nicht übertrieben umfangreich erfolgen.

Schlüsselwörter: Dokumentation, Beweiskraft, Fotodokumentation



Ass.-jur. Michael Irmeler

Praxis für Konfliktarbeit und Mediation
Lehrinstitut am Ersberg
Ersbergstraße 16, 72622 Nürtingen
mediation@ersberg.de