

## Es steht geschrieben

Die Prüfkriterien des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zu Umfang und Inhalt der Pflegedokumentation decken sich nicht immer mit der gängigen **Rechtsprechung**. Allerdings werden in den Einrichtungen selbst oft Fehler gemacht, die vermeidbar wären

VON CHRISTIAN HENNING

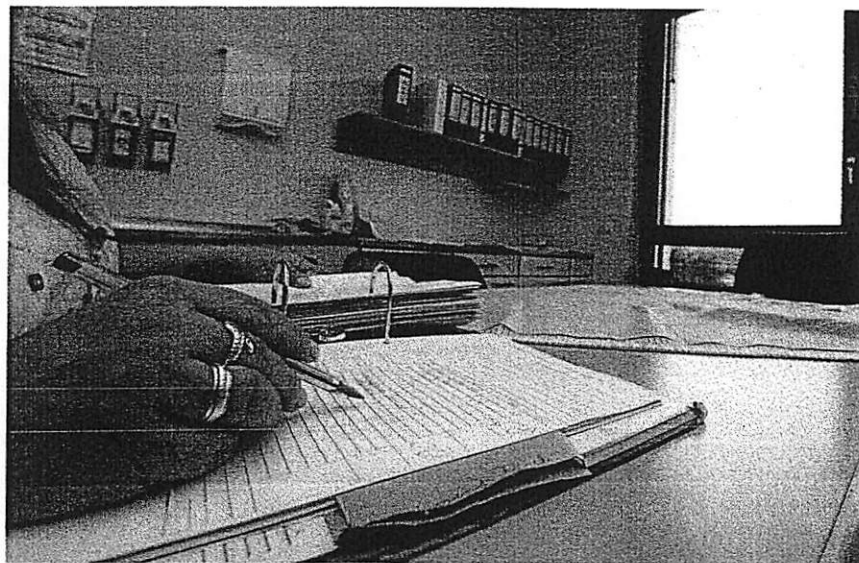
**D**ie Argumentation des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), dass alles, was nicht aufgeschrieben worden ist, als nicht vollzogen zu gelten habe, ist zu pauschal und wird den Anforderungen der Rechtsprechung nicht gerecht. Die hat im Laufe von 30 Jahren zahllose Urteile zur ärztlichen und pflegerischen Dokumentationspflicht gefällt, die eine differenziertere Betrachtung dieses Themas erfordern. Da sich noch zu wenige Einrichtungen gegen die Prüfmaßstäbe des MDK wehren, glauben die Prüfer offensichtlich, dass ihre Kriterien rechtlich Bestand haben.

### Waffengleichheit herstellen

Die Rechtsprechung zum Umfang und Inhalt der Pflegedokumentation wird immer wieder in eklatanter Weise juristisch fehlerhaft gewertet, da sie den wenigsten tatsächlich bekannt ist. Warum wird die Qualität der Pflege überhaupt am Inhalt und Umfang der Dokumentation gemessen?

Die Dokumentationspflicht des Arztes und der Pflegekräfte ist vor 30 Jahren im Krankenhauswesen entwickelt worden. Davor war die Dokumentation lediglich eine Gedächtnisstütze des pflegerischen und ärztlichen Personals. Die Folge für den Patienten war, dass er sich beim Nachweis von Behandlungsfehlern stets einer „Beweisnot“ ausgesetzt sah. Der Anspruchsteller hatte nämlich der Gegenseite (Ärzte, Pflegepersonal) minutiös den Behandlungsfehler darzulegen, was sehr schwierig ist, da es kaum Zeugen gibt, die sich nach einem längeren Zeitraum noch an eine bestimmte Behandlungsmaßnahme erinnern können.

Um diesem erheblichen Nachteil in der Beweisführung Rechnung zu tragen, hat



Absichern: Nach der Rechtsprechung muss so dokumentiert werden, dass ein Sachverständiger prüfen kann, ob die Betreuung sachgerecht war

FOTO: WERNER KRÜPER

die Rechtsprechung zunächst Mitte der Siebzigerjahre entschieden, dass Arzt und Pflegepersonal den gesamten Krankheits- und Heilverlauf zu dokumentieren haben. Hintergrund war, dass der nachfolgende Dienst die medizinischen Eckdaten auf einen Blick reflektieren konnte. Zudem sollte der Patient erstmals die Möglichkeit haben, durch Einsicht in die Dokumentationsunterlagen herauszubekommen,

- wie sich der Krankheits- und Heilverlauf darstellte,
- welche Behandlungsmaßnahmen durchgeführt wurden,
- welche ärztlichen Anordnungen und Verordnungen gemacht worden sind,
- welche ärztlichen Befunde erhoben und
- welche Pflegemaßnahmen am Patienten durchgeführt wurden.

Dadurch sollte die „Waffengleichheit“ – so der Bundesgerichtshof (BGH) wört-

lich – zwischen Arzt und Pflegepersonal auf der einen und dem Patienten auf der anderen Seite wiederhergestellt werden. Dies gilt auch für die Altenpflege. Hier wird das Augenmerk im Besonderen auf den Bereich der Sozialanamnese und des persönlichen Umgangs gelegt. Hinzu kommt, dass die Tätigkeitsnachweise gesondert zu vermerken sind.

### Schreibaufwand vereinfachen

Nach ständiger Rechtsprechung und einhelliger Meinung in der juristischen Fachliteratur müssen Ärzte und das Pflegepersonal alle wesentlichen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen in einer für den Fachmann hinreichend nachvollziehbaren Form dokumentieren. Das heißt, ein Fachkundiger muss anhand der Dokumentationsunterlagen den kompletten Krankheits- und Heilverlauf nachvollziehen können. Diese Dokumentationspflicht wird jedoch in mehreren Punkten durch die Rechtsprechung ein-

geschränkt. Hintergrund hierfür ist, dass die Rechtsprechung sehr wohl erkannt hat, dass es angesichts des immensen Arbeitsaufwandes gar nicht möglich ist, sämtliche Maßnahmen „kleinschrittig“ zu dokumentieren. Die Rechtsprechung sagt zur Frage des allgemeinen Umfangs der Dokumentation im Wesentlichen Folgendes:

► *Es besteht keine Dokumentationspflicht für Kontrolluntersuchungen, die ohne positiven Befund geblieben sind.*

Nur dann, wenn sich tatsächlich Änderungen im Krankheitsbild zeigen, müssen Änderungen vermerkt werden. Leider verlangt der MDK mit Hinweis auf den Versorgungsvertrag, den so genannten Rahmenvertrag und die damit verbundenen Qualitätskriterien immer wieder, dass in jeder Schicht eine Eintragung zu erfolgen hat. Damit verbunden ist, dass sämtliche Routinemaßnahmen als Leistungsnachweise zu vermerken sind. Nur so könne belegt werden, dass Grundpflegemaßnahmen tatsächlich komplett vollzogen worden seien. Dem ist aber nicht so!

Sofern durch Pflegestandards und eine genaue Arbeitsablauforganisation festgelegt ist, dass die Maßnahmen in jedem Falle routinemäßig und standardisiert durchgeführt werden, sind die Leistungsnachweise an sich entbehrlich. Häufig wird dann argumentiert, dass dies im Krankenhaus ja ebenfalls so sei. Im Rahmen der DRGs bestehe eine parallele Dokumentationspflicht. Auch im Krankenhaus müsste ein minutiöser Nachweis über sämtliche Maßnahmen erfolgen können. Dies ist gerade nicht so! Um diesen exorbitanten Arbeits- und Schreibaufwand zu vermeiden, sollen gerade detaillierte Standards und Leistungskataloge definiert werden, nach denen jede Pflegekraft zwingend zu pflegen hat. Wer dies sachdienlich macht, erspart sich sehr viel Arbeit.

► *Es ist also allgemein anerkannt, dass sämtliche Routinemaßnahmen, die regelmäßig in der Pflege durchgeführt werden, aus Gründen der Vereinfachung nicht dokumentiert werden müssen. Dies wäre eine sinnlose „Förmelei“ und unnötige Arbeitsbelastung des Personals.*

### **Büchtipp**

Angelika Mahlberg-Breuer/  
Ursula Mybes:  
**Pflegedokumentation stationär.**  
Vincentz Network, Hannover, 2007

Petra Keitel: **Handlungsorientierte  
Pflegedokumentation.**  
Kohlhammer, Stuttgart, 2007

Jutta König: **100 Fehler bei der  
Pflegedokumentation und was Sie  
dagegen tun können.**  
Schlütersche, Hannover, 2007

Beate Swoboda:  
**Formulieren wie ein Profi.**  
Vincentz Network, Hannover, 2005

Dazu ein Beispiel: Sofern der Arzt in seinen Unterlagen „o.B.“ – also „ohne Befund“ – einträgt, dokumentiert er damit, dass er das gesamte routinemäßig durchzuführende Diagnosemuster durchlaufen hat. Niemand würde von ihm verlangen, dass er jedwede Untersuchungsmaßnahme, sofern diese ohne positiven Befund geblieben ist, genau aufzuschreiben hat. Stimmen Sie daher mit Ihren Heimaufsichten und dem MDK ab, ob diese Vorgehensweise nicht konsensfähig ist. Wenn sich am Krankheitsbild eines Bewohners nichts ändert und Sie in jeder Schicht erneut dokumentieren sollen, dass sich nichts geändert hat, so kann man dies im Prinzip auch weglassen.

► *Maßstab für den Umfang der zu dokumentierenden Fakten ist die reine medizinisch-pflegerische bzw. soziale Erforderlichkeit. Es ist das medizinisch-pflegerische bzw. soziale Wissen zu dokumentieren, dass der nachfolgende Dienst unbedingt zur sachgerechten Therapie und Pflege benötigt. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass täglich mehrfach zwischen den Schichten Übergaben erfolgen, in denen ebenfalls wichtiges Behandlungswissen weitergegeben werden kann.*

Natürlich ist die Pflegeplanung im besonderen Maße wichtig. Die Pflegeplanung dient Ihnen zur Ablaufoptimierung, daher muss sie besonders detailliert und auf den Einzelfall bezogen sein, da in Ihren Einrichtungen nicht ausschließlich

Fachpflegepersonal zum Einsatz kommt. Gerade deshalb ist es wichtig, dass dem nicht examinierten Pflegepersonal genau an die Hand gegeben wird, worauf es bei dem jeweiligen Bewohner zu achten hat, also welche Symptome bzw. Veränderungen in jedem Falle berücksichtigt werden müssen.

Selbstverständlich gibt es die Rechtsprechung zum Umfang und Inhalt der Dokumentation. Der MDK muss hier aber endlich konstatieren, dass dies erheblich eingeschränkt wird. Man möge sich z.B. die Dokumentation eines Zahnarztes ansehen. Diese besteht im Wesentlichen nur aus Kürzeln. Hier reicht es völlig aus, dass auf ein Kürzelsystem zurückgegriffen wird. Ausführliche Sätze, die für jeden verständlich sind, verlangt in der Rechtsprechung und Literatur niemand.

► *Sofern schriftliche und verbindliche Pflegestandards vorgehalten werden, reicht in der Dokumentation der bloße Hinweis auf die Behandlung nach dem bezeichneten Pflegestandard aus, um so eine Vereinfachung des Schreibaufwandes zu bewirken.*

Trotz dieser Einschränkungen durch die Rechtsprechung verlangt der MDK immer noch, dass sämtliche Maßnahmen, die am Heimbewohner vollzogen worden sind, auch dokumentiert werden müssen. In einem gewissen Umfang sind die Pflegekräfte hierzu verpflichtet, da durch Versorgungs- bzw. Rahmenverträge vereinbart wurde, dass für die einzelnen Maßnahmen auch einzelne Leistungsnachweise zu erbringen sind. Doch auch unter Zugrundelegung dieser Grundsätze überspannt der MDK den Rahmen bei Weitem.

### **Besonderheiten erfassen**

Die Dokumentation soll einzelfallbezogen sein und gerade die Besonderheiten erfassen. Das heißt, es sollen die Beobachtungen sowie die Pflegemaßnahmen dokumentiert werden, die sich auf das konkrete Krankheitsbild bzw. den Zustand des Bewohners beziehen. Hier sind die Pflegedienstleitungen gefragt, die Krankheitsbilder genau im Hinblick auf die zu fertigenden Aufzeichnungen zu analysieren. Es gilt folgende Faustformel:

Geht es dem Bewohner gut – kurz und knapp dokumentieren. Geht es dem Bewohner schlechter – dann umso genauer und in zeitlich kürzeren Abständen dokumentieren.

Das Pflegepersonal ist häufig bei besonders schwer kranken und instabilen Bewohnern unsicher, was genau dokumentiert werden soll und was nicht. Gerade in dieser Phase muss die Dokumentation möglichst genau und umfassend sein. Durch eine detailgenaue Dokumentation kann bei Bewohnern mit infauster Prognose – d.h. ohne Aussicht auf Heilung – im Nachhinein dargelegt werden, dass der Bewohner im Sterben lag bzw. der Krankheitsverlauf sich unänderbar und unumkehrbar im Fluss befand. Dies ist gerade für die persönliche Absicherung der Pflegenden wichtig. Immer wieder versuchen Angehörige von verstorbenen Bewohnern im Nachhinein, Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche wegen Pflegemängeln geltend zu machen. Dies gilt es zu vermeiden.

Die Dokumentation soll auch wahrheitsgemäß geführt werden. Gerade dann, wenn schonungslos offen dokumentiert wird, greift der Vorwurf des Pflegefehlers fast nie. Die Pflegekräfte haben mit alternenden Mitmenschen umzugehen, die zum Teil schwer krank sind und bei denen ein langsamer körperlicher Verfall stattfindet. Verschlimmerungen der Beschwerden können nicht immer vermieden werden und sind meist Folge des Alterns. Die Entwicklung muss

aber erkennbar sein. Es muss aus der Dokumentation klar werden, dass der Dekubitus bzw. die Kontraktur Folge der Grunderkrankung ist:

- „Patient lehnt Krankengymnastik ab, so Dr. X. Mehrfach mit Bewohner bzw. Angehörigen gesprochen und auf Komplikationen hingewiesen.“
- „Dr. X darauf hingewiesen, dass ... Er sieht keinen Handlungsbedarf. Nächste Woche nochmals Dr. X ansprechen.“
- „Trotz mehrfacher Hinweise erscheint Dr. X nicht.“
- „Frau Y scheint die Therapie gut anzunehmen ...“
- „Herr Z lässt sich nicht waschen/ ist heute nicht zugänglich/will nichts trinken. Dr. X informiert.“
- „Frau Y nimmt die Medikamente nicht regelmäßig ein, Dr. X informiert.“

Jeder kann mit seinem Körper tun und lassen, was er will. Es muss nur klar sein, dass auftretende Komplikationen nicht durch die Pflege hervorgerufen wurden. Kommt es zu Komplikationen oder Besonderheiten oder ist ein Bewohner besonders aggressiv bzw. schwierig, so sind diese Vorkommnisse auch genau zu beschreiben.

#### **Rechtlich absichern**

Zu häufig stöhnt das Personal, dass es überlastet sei. Der Dokumentation ist aber oft nicht zu entnehmen, dass die Pflegemaßnahmen nur sehr verlangsamt durchgeführt werden können, weil sich beispielsweise ein Heimbewohner nur schwer anziehen lässt und damit wichtige Zeitressourcen bindet. Wichtig ist auch zu wissen, wie lange eine Maßnahme gedauert hat, etwa um eine Höherstufung durchzusetzen.

Hier zeigt sich, wie wichtig das Medium der Dokumentation ist. Es stellt gerade nicht eine zusätzliche Belastung des Personals dar, sondern eine Entlastung: Dokumentiere ich die relevanten Punkte, erreiche ich eine rechtliche Absicherung. Ich kann den Verlauf sachgerecht nachvollziehen. Sofern der erhöhte pflegerische Bedarf deutlich wird, der sich insbesondere nach der Zeit berechnet,

wird eine Höherstufung des Heimbewohners erreicht. Infolgedessen kann bei der nächsten Pflegesatzverhandlung ein besserer Personalschlüssel verhandelt werden.

Vermieden werden sollte, immer wieder zu schreiben: „Bewohner geht es gut/ Bewohner ist traurig, ...“ Gerade am Formulierungsreichtum der Aufzeichnungen lässt sich erkennen, dass man sich um eine sachgerechte Betreuung des Bewohners bemüht. Es reichen kurze Stichworte aus, die dem Fachmann verständlich sind. Nach der Rechtsprechung muss so dokumentiert werden, dass ein Sachverständiger prüfen kann, ob die Betreuung sachgerecht oder nicht mehr vertretbar war.

Was ist zu tun, wenn die Dokumentation bei problematischen Behandlungsverläufen dennoch einmal lückenhaft geführt worden ist oder wichtige Unterlagen fehlen? Hier sagt nun die ständige Rechtsprechung des BGH: Unterbleibt die Dokumentation einer wichtigen Behandlungsmaßnahme oder ist sie unvollständig, so kann unterstellt werden, dass die Maßnahme unterblieben ist.

Nach Auffassung der Rechtsprechung muss derjenige, der den Heimbewohner derart in seiner Beweisführung erschwert, auch die Konsequenzen des Zurückhaltens von Unterlagen bzw. einer schlampig geführten Dokumentation tragen. Hier greifen dann die Grundsätze zur Umkehr der Beweislast.

Die Rechtsprechung über Beweiserleichterungen bis hin zur Umkehr der Beweislast ist außerordentlich umfangreich und kompliziert. Um es aber deutlich zu sagen: Die Anforderungen für Beweiserleichterungen auf Grund einer mangelhaften Dokumentation sind sehr hoch. Jedenfalls kommen sie nicht in Betracht, wenn die Dokumentation im Großen und Ganzen in Ordnung ist. Es müssen vielmehr krasse und erhebliche Lücken vorliegen, z. B. komplett fehlende ärztliche bzw. pflegerische Aufzeichnungen über die Behandlung und Therapie, aus der Dokumentation herausgerissene Seiten, vernichtetes Beweismaterial oder verschwundene bzw. unleserliche Dokumentationsmappen.

Dreht sich tatsächlich einmal die Beweislast, ist der Fall aber noch nicht

#### **Bildung**

##### **Die Pflegeplanung nach MDK-Kriterien**

8. Mai 2008, Essen  
Caritasverband für das Bistum Essen e.V.  
Tel.: 02 01 - 81 02 85 18

##### **Pflegeplanung und Pflegedokumentation**

5. Juni 2008, Hamburg  
Albertinen-Akademie Hamburg  
Tel.: 0 40 - 55 81 17 76

##### **Pflegedokumentation**

11. November 2008, Münchenberg  
AWO-Bildungsstätte Münchenberg  
Tel.: 0 92 51 - 92 80 56

entschieden. Der Pflegeeinrichtung steht es jederzeit frei, durch Zeugenaussagen darzulegen, dass die Maßnahmen durchgeführt wurden. Es kann sogar nach geraumer Zeit noch beweisfest nachdokumentiert werden, wenn genügend Anhaltspunkte vorhanden sind, dass sich der Nachdokumentierende noch ausreichend erinnert. Allerdings muss selbstverständlich offengelegt werden, dass die Dokumentation erst zu einem sehr viel späteren Zeitpunkt (Datum) erfolgte.

Sofern Sie also Mängel in der Dokumentation haben und der MDK Ihnen dies vorwirft, können Sie wie folgt vorgehen: Sie fertigen nachträglich umfangreiche Berichte, um die fehlenden Ausführungen in der Dokumentation nachzubessern. Diese Unterlagen werden dann zu den Dokumentationsmappen genommen. Dem MDK wird dies im Rahmen der Anhörung ausführlich dargelegt. Damit sind zum Zeitpunkt der Anhörung die Mängel in den Dokumentationen beseitigt.

Der MDK kann dann natürlich immer noch darlegen, dass es in der Vergangenheit schwer wiegende Unterschreitungen der vertraglichen Standards gab, und für die Prognoseentscheidung Zweifel hegen, dass sich dies nun bessert. Man muss Ihnen dann aber zumindest noch einmal im Wege einer Auflage die Möglichkeit eröffnen, diesen Punkt nachhaltig zu verbessern. Das Recht zur Kündigung besteht dann nur in Ausnahmefällen, sofern schwer wiegende Pflegeschäden tatsächlich zu konstatieren sind.

#### Unterlagen vorhalten

Der MDK beachtet dies aber nicht und argumentiert, dass alles, was nicht aufgeschrieben ist, als nicht gemacht gilt. Finden sich Komplikationen bei Bewohnern, so sei dies offensichtlich auf Pflegefehler zurückzuführen, da sich nichts anderes aus der Dokumentation ergebe. So wird dies in den Gutachten ausgeführt. Der MDK darf aber in den Gutachten nur darauf hinweisen, dass Mängel in der Dokumentation festgestellt worden sind. Die Einrichtung ist hierzu ergänzend zu befragen.

Erst wenn es der Pflegeeinrichtung nicht gelingt, Mängel in der Dokumentation aufzuklären und die Lücken zu schließen, kann an Beweiserleichterungen gedacht werden. Hierzu ist aber das Anhörungsverfahren nach § 24 SGB V abzuwarten, um zu klären, was die Einrichtung noch an Erklärungen vorbringt.

Der MDK konstruiert aus derartigen Lücken in der Dokumentation nicht selten einen eigenen Haftungstatbestand. Es wird rechtsfehlerhaft mit Unterstellungen gearbeitet. In zahlreichen Fällen hat die Rechtsprechung hierzu Stellung genommen und ausgeführt, dass Mängel in der Dokumentation gerade keinen eigenen Haftungstatbestand eröffnen.

Auch wird immer wieder das Argument vorgebracht, dass sich das spezielle Leistungsniveau aus dem Rahmenvertrag ergebe. Aus pflegfachlicher Sicht sei es geboten, derart engmaschig zu dokumentieren. Die Pflegequalität habe sich gerade auch an der Dokumentation

zu messen. Wird dieses Qualitätsniveau nicht eingehalten, liegen schwer wiegende Mängel vor.

Dazu Folgendes: Das Leistungsniveau der Pflege hat sich immer am Pflegesatz zu orientieren. Die Pflegekassen können nicht auf der einen Seite die Pflegesätze im Hinblick auf die Beitragsstabilität niedrig zu halten versuchen und auf der anderen Seite überzogene Leistungsanforderungen stellen. Daher ist es von außerordentlicher Wichtigkeit, dass man sich im Rahmen der MDK-Gutachten genauestens damit auseinander setzt, ob tatsächlich Dokumentationsmängel vorliegen, die es erlauben, die Grundsätze der Beweislastumkehr Platz greifen zu lassen. Das dürfte aber nur sehr selten der Fall sein.

Fest steht, dass selbstverständlich Dokumentationsunterlagen, Pflegepläne etc. vorgehalten werden müssen. Will ein Bewohner nicht mehr trinken oder etwas essen, so ist dies das Selbstbestimmungsrecht eines jeden. Ich muss dies dann aber nachvollziehbar in der Dokumentation darlegen. Hier trauen sich immer noch zu wenige Pflegekräfte, klar und deutlich die tatsächlichen Umstände niederzulegen.

#### Christian Henning



ist Rechtsanwalt und Geschäftsführer eines sozialpsychiatrischen Wohn- und Pflegezentrums in Bimöhlen/Schleswig-Holstein

## Schutz vor gefährlichen Krankheitserregern

Das oro® Hygienesystem bietet den

### Hygienekorb – ambulante Pflege

- **B 30 Schnelldesinfektion**  
(750-ml-Spritzflasche)
- **B 60 Desinfektionstücher**  
(1 Dose à 90 Tücher)
- **C 20 Hände- u. Hautdesinfektion**  
(400-ml-Flasche + Dosierpumpe)
- **C 40 Waschlotion**  
(400-ml-Flasche)
- **C 50 Pflege lotion**  
(400-ml-Flasche)
- **Inkl. Tragekorb**  
und Desinfektionsplan als kostenlose Zugabe

Besuchen Sie orochemie auf der **Halle 4, Stand Nr. A80**  
**PFLGE & REHA Stuttgart - 8. - 10. 04. 2008**

Paketpreis: **€ 27,95 netto**



Bestellung und Infos: Tel. 07154/130846,  
[www.orochemie.de](http://www.orochemie.de) (Webshop)

B 30 und B 60 sicher verwenden. Vor Gebrauch stets Kennzeichnung und Produktinformation lesen.  
Zusammensetzung: C 20 2-Propanol 70 % (V/V) - Arzneilich wirksame Bestandteile: 100 g Lösung enthalten 2-Propanol 62,8 g. Sonstige Bestandteile: Gereinigtes Wasser. Anwendungsgebiete: Hygienische und chirurgische Händedesinfektion, Hautdesinfektion vor einfachen Injektionen und Punktionen peripherer Gefäße, Hautdesinfektion vor Operationen und vor Punktionen von Gelenken, Desinfektion talgdrüsenreicher Haut, Kühlumschläge. Gegenanzeigen: C 20 ist nicht zur Desinfektion offener Wunden geeignet. Bei Überempfindlichkeit gegenüber einem der Inhaltsstoffe darf C 20 nicht angewendet werden. Nebenwirkungen: Bei Einreibungen der Haut mit C 20 können Rötungen und leichtes Brennen auftreten. Hinweise: Gut verschlossen aufbewahren. Das Arzneimittel soll nach Ablauf des Verfalldatums nicht mehr angewendet werden. Pharmazeutischer Unternehmer und Hersteller: orochemie, D-70806 Kornwestheim.



orochemie Dürr + Pflug GmbH & Co KG  
Max-Planck-Straße 27 · D-70806 Kornwestheim · Telefon 0 71 54/13 08-0 · Fax 0 71 54/13 08-40 · [info@orochemie.de](mailto:info@orochemie.de) · [www.orochemie.de](http://www.orochemie.de)