

**Interprofessioneller  
Pflegekongress**

**Deutsches  
Hygiene-Museum  
Dresden**

**17. April 2015**

Was nicht dokumentiert ist,  
gilt als nicht gemacht –  
wirklich?

Prof. Dr. jur. Thomas Weiß

# Ausgangsfrage:

„Was nicht dokumentiert ist,  
gilt als nicht gemacht“

Wirklich?

Um die **Antwort** vorwegzunehmen:

Nein

# Oder genauer:

Nur dann, wenn es keine weiteren  
Erkenntnisquellen/Beweismittel gibt

# **Juristische Grundlagen der Pflegedokumentation**

Die Verpflichtung zur Dokumentation ergibt sich aus mehreren Rechtsvorschriften, die zum Teil mit unterschiedlichen Zielsetzungen in verschiedenen Rechtsgebieten enthalten sind. Während ursprünglich vor allem zivil- und haftungsrechtliche Gesichtspunkte maßgebend waren, sind in der modernen Pflege auch sozial-, heim- und berufsrechtliche Vorgaben zu erfüllen.

Berufsrecht

Pflegeversicherungs- und  
Krankenversicherungsrecht

Heimrecht

Haftungsrecht

# **Juristische Anforderungen an die Pflegedokumentation**

# Berufsrechtliche Vorschriften I

## Berufsgesetze mit Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen

### § 3 Abs. 2 Nr. 1 a KrPFIG

Krankenpflegekräfte haben

- die folgende Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen:

Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege

### Anlage 1 A Nr. 1.2 zur AltPfiARrV

Auch Altenpflegekräfte müssen die

- Pflege alter Menschen planen, durchführen, dokumentieren und evaluieren



# **Berufsrechtliche Vorschriften II**

## **Berufsordnungen**

### **§ 6 Pflegefachkräfte-Berufsordnung Sachsen**

Dokumentation:

Pflegefachkräfte haben die von ihnen erbrachte Pflegeleistung in strukturierter Form zu dokumentieren. Die Dokumentationen haben vollständig nachvollziehbar, zeit- und handlungsnah, leserlich und fälschungssicher signiert zu erfolgen. Ein im Arbeitsbereich installiertes Dokumentationssystem ist zu verwenden.

# Krankenversicherungsrecht

## SGB V

Das Leistungserbringungsrecht des SGB V enthält keine Konkretisierungen zur Dokumentation, und zwar weder in § 132a selbst noch in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 (dort wird nur das Einsichts- und Eintragungsrecht der Ärzte in „die Pflegedokumentation“ bestimmt, vgl. § 7) noch in der Bundesrahmenempfehlung gem. § 132a Abs. 1 vom 10.12.2013. Die Verträge nach § 132a Abs. 2 SGB V sehen in aller Regel den Einzelleistungsnachweis nur als Abrechnungsgrundlage vor.

# Pflegeversicherungsrecht I

## SGB XI

### § 113 Abs. 1 S. 4 Nr. 1

In den Vereinbarungen (MuG) sind insbesondere auch Anforderungen zu regeln:

... 1. an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen ...

### § 114 a Abs. 3 S. 3 (i. V. m. S. 5)

(3) ... Bei der Beurteilung der Pflegequalität sind die Pflegedokumentation, die Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen und Befragungen der Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen sowie der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der vertretungsberechtigten Personen angemessen zu berücksichtigen. ...

# **Pflegeversicherungsrecht II**

## **Untergesetzliche Regelungen**

### **Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung in der stationären Pflege vom 27.05.2011 (MuG)**

#### 3.1.3 Pflegeplanung und –dokumentation

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung fertigt eine individuelle Pflegeplanung und legt erreichbare Pflegeziele, deren Erreichung überprüft wird, fest. Die Pflegeplanung muss der Entwicklung des Pflegeprozesses entsprechend kontinuierlich aktualisiert werden.

Die Pflegedokumentation dient der Unterstützung des Pflegeprozesses, der Sicherung der Pflegequalität und der Transparenz der Pflegeleistung.

Die Pflegedokumentation muss praxistauglich sein und sich am Pflegeprozess orientieren. Veränderungen des Pflegezustandes sind aktuell (bis zur nächsten Übergabe) zu dokumentieren.

# **Pflegeversicherungsrecht II**

## **Untergesetzliche Regelungen**

### **Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung in der stationären Pflege vom 27.05.2011 (MuG)**

Die Anforderungen an sie und insbesondere an den individuellen Dokumentationsaufwand müssen verhältnismäßig sein und dürfen für die vollstationäre Pflegeeinrichtung über ein vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen.

Das Dokumentationssystem beinhaltet zu den folgenden fünf Bereichen Aussagen, innerhalb dieser Bereiche werden alle für die Erbringung der vereinbarten Leistungen notwendigen Informationen im Rahmen des Pflegeprozesses erfasst und bereitgestellt.

# Pflegeversicherungsrecht II

## Untergesetzliche Regelungen

### Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung in der stationären Pflege vom 27.05.2011 (MuG)

Diese Bereiche sind:

- Stammdaten,
- Pflegeanamnesen/Informationssammlungen inkl. Erfassung von pflegerelevanten Biografiedaten,
- Pflegeplanung,
- Pflegebericht,
- Leistungsnachweis.

Das Dokumentationssystem ist in Abhängigkeit von bestehenden Pflegeproblemen im Rahmen der vereinbarten Leistungen ggf. zu erweitern.

# **Pflegeversicherungsrecht II**

## **Untergesetzliche Regelungen**

**Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und**

**Qualitätssicherung in der stationären Pflege vom 27.05.2011 (MuG)**

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung handelt bei ärztlich verordneten Leistungen im Rahmen des ärztlichen Behandlungs- und Therapieplanes. Diese Leistungen sind in der Pflegedokumentation zu dokumentieren.

Zu Beginn der Versorgung erstellt die vollstationäre Pflegeeinrichtung eine umfassende Informationssammlung über Ressourcen, Risiken, Bedürfnisse, Bedarfe und Fähigkeiten.

# Pflegeversicherungsrecht III

## Untergesetzliche Regelungen

### Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) für die stationäre Pflege

#### 4. Prüfungsverständnis und Durchführung der Prüfung

Informationsquellen/Nachweise zur Prüfung einrichtungsbezogener Kriterien sind:

- die Auswertung der Dokumentation,
- Beobachtungen während der Prüfung,
- Auskunft/Information durch die Mitarbeiter,
- Austritt/Information der Pflegebedürftigen/Bewohner.

„Die Bewertung ... erfolgt schwerpunktmäßig auf Grundlage der Auswertung der Dokumentation und der Beobachtungen in der Einrichtung. Sofern nach deren Auswertung Zweifel an der Erfüllung eines Kriteriums bestehen, werden zusätzlich – soweit möglich – Hinweise von Mitarbeitern und Pflegebedürftigen/Bewohnern mit einbezogen...“



# Pflegeversicherungsrecht IV

## SGB XI

### Untergesetzliche Regelungen

#### Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)

(Anlage zur Schiedsstellenentscheidung der Schiedsstelle Qualitätssicherung Pflege) Anlage 3 (Vorwort zur Ausfüllanleitung)

Die vorliegende Ausfüllanleitung soll beschreiben, wann ein Kriterium durch den Prüfer als erfüllt oder nicht erfüllt zu bewerten ist. ... Zu prüfen und zu bewerten sind die systematische und regelhafte Erfüllung der Kriterien. Pflegeplanung und Dokumentation sichern dabei handlungsleitend die professionelle Tätigkeit der Mitarbeiter in der Pflege.

Die internationale und nationale Forschungslage weist darauf hin, dass die Pflegedokumentation alleine keine geeignete Datengrundlage für die umfassende Bewertung der Qualität pflegerischer Leistungen darstellt, weil Pflegenden ggf. mehr Aktivitäten durchführen als sie dokumentieren. Dies gilt insbesondere für die Darstellung der Unterstützung des Alltagslebens der Bewohner in der stationären Pflegeeinrichtung (z.B. Kommunikation). In den Ausfüllanleitungen werden kriteriumsbezogen alle für die Bewertung infrage kommenden Informationsquellen/Nachweise aufgeführt und in die Prüfung der Qualität einbezogen.

# Pflegeversicherungsrecht IV

## SGB XI

### Untergesetzliche Regelungen

#### Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)

(Anlage zur Schiedsstellenentscheidung der Schiedsstelle Qualitätssicherung Pflege) Anlage 3 (Vorwort zur Ausfüllanleitung)

Offensichtliche Ausnahmefehler in der Planung oder Dokumentation (z. B. fehlendes Handzeichen) führen nicht zu einer negativen Beurteilung des Kriteriums oder der Gesamtbeurteilung der stationären Pflegeeinrichtung, da sie beim pflegebedürftigen Menschen keine Auswirkungen haben. ...

Die Prüfung der bewohnerbezogenen Kriterien erfolgt anhand der Ausfüllanleitungen.

Informationsquellen / Nachweise sind:

- Inaugenscheinnahme des in die Stichprobe einbezogenen pflegebedürftigen Menschen,
- Auswertung der Pflegedokumentation,
- Auskunft / Information / Darlegung (Darstellung und Begründung anhand des konkreten Lebenssachverhalts) durch die Mitarbeiter,
- Auskunft / Information der Bewohner oder teilnehmende Beobachtung. ...

# Pflegeversicherungsrecht IV

## SGB XI

### Untergesetzliche Regelungen

#### Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)

(Anlage zur Schiedsstellenentscheidung der Schiedsstelle Qualitätssicherung Pflege) Anlage 3 (Vorwort zur Ausfüllanleitung)

Die Bewertung der bewohnerbezogenen Kriterien erfolgt schwerpunktmäßig auf Grundlage der Inaugenscheinnahme und der Pflegedokumentation. .... Sofern nach Auswertung der Inaugenscheinnahme bzw. der Dokumentation Zweifel an der Erfüllung eines Kriteriums bestehen, werden zusätzlich - soweit möglich - Hinweise von Mitarbeitern und des Bewohners miteinbezogen.

Die Bewertung der einrichtungsbezogenen Kriterien erfolgt schwerpunktmäßig auf Grundlage der Auswertung der Dokumentation und der Beobachtungen in der stationären Pflegeeinrichtung. Sofern nach deren Auswertung Zweifel an der Erfüllung eines Kriteriums bestehen, werden zusätzlich - soweit möglich - Hinweise von Mitarbeitern und Bewohnern miteinbezogen.

# Pflegeversicherungsrecht IV

## SGB XI

### Untergesetzliche Regelungen

#### Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)

(Anlage zur Schiedsstellenentscheidung der Schiedsstelle Qualitätssicherung Pflege) Anlage 3 (Vorwort zur Ausfüllanleitung)

Unter Berücksichtigung der jeweils in den Ausfüllanleitungen genannten Informationsquellen/Nachweisebenen macht sich der Prüfer ein Gesamtbild und entscheidet, ob das jeweilige Kriterium erfüllt ist oder nicht. ...

Sofern die Pflegedokumentation bei den einzelnen Kriterien als Informationsquelle/Nachweis dient, müssen die darin beinhaltenen Angaben aktuell sein. Aktuell bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Veränderungen des Pflegezustandes und sich daraus ergebende Erfordernisse (z. B. Risikoeinschätzungen oder Anpassung von Maßnahmen) bis zur nächsten Übergabe zu dokumentieren sind. ...

# Pflegeversicherungsrecht V

## SGB XI

### Untergesetzliche Regelungen

#### Begutachtungs-Richtlinien (BRi) zur Pflegebedürftigkeit

Grundsatz: Der Gutachter hat sich ein umfassendes und genaues Bild zu machen.

#### D 2.2 Fremdbefunde

Die vorliegenden Befundberichte sind zu prüfen und auszuwerten, ob sie bedeutsame Aufgaben über ...

- die Art und den Umfang des Pflegebedarfs enthalten.

Hierzu sind im Begutachtungsverfahren vorgelegte Berichte zu berücksichtigen, wie

- Pflegedokumentationen ...

# Pflegeversicherungsrecht VI

## Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege Sachsen

### § 16 Dokumentation und Pflege

(1) Die Pflegeeinrichtung hat auf der Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität in vollstationären Pflegeeinrichtungen gem. § 113 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung ein geeignetes Dokumentationssystem vorzuhalten.

(2) Aufgabe der Pflegedokumentation ist es, die pflegerische Ausgangssituation des Pflegebedürftigen, den Prozess seiner Pflege sowie die bei ihm erzielten Pflegeergebnisse widerzuspiegeln und somit die Grundlage einer internen Kontrolle zu ermöglichen. Mit der Pflegedokumentation ist das Bild der individuellen Pflege des Pflegebedürftigen widerzuspiegeln.

(3) Ziel der Pflegedokumentation ist das schriftliche und nachvollziehbare Abbild einer geplanten, kontinuierlichen Pflege und deren Erbringung.

(4) Die Dokumentation der Pflege muss übersichtlich und aussagefähig sein und von allen in der Pflege, Betreuung und Therapie des Pflegebedürftigen tätigen Personen unter Einbeziehung der behandelnden Ärzte geführt und mit Handzeichen versehen werden.

# Pflegeversicherungsrecht VI

## Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege Sachsen

(5) Bestandteil des Pflegedokumentationssystems sind:

- Stammdaten,
- Pflegeanamnese/Informationssammlung inkl. Erfassung von pflegerelevanten Biographiedaten,
- Pflegeplanung,
- Pflegebericht,
- Leistungsnachweise.

Das Dokumentationssystem ist in Abhängigkeit von besonderen Pflegesituationen im Rahmen der vereinbarten Leistungen ggf. zu erweitern.

(6) Die Aufbewahrung der Pflegedokumentation hat nach den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes zu erfolgen. Die Aufbewahrungsfrist (einschließlich EDV-gestützter Dokumentation) beträgt mindestens drei Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres der Leistungserbringung, sofern nicht andere Rechtsvorschriften zu berücksichtigen sind.

# Pflegeversicherungsrecht VII

## Besonderheiten der Leistungsnachweise

### SGB XI

#### **§ 85 Abs. 3 S. 2 (stationär), §§ 89 Abs. 3, S. 4, 85 Abs. 3 S. 2 (ambulant)**

Die Pflegeeinrichtung hat Art, Inhalt, Umfang und Kosten der Leistungen, für die es eine Vergütung beansprucht, durch Pflegedokumentationen und andere geeignete Nachweise ... darzulegen

#### **§ 105 Abs. 1 Nr. 1**

Die an der Pflegeversorgung teilnehmenden Leistungserbringer sind verpflichtet

1. in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und der Zeit der Leistungserbringung aufzuzeichnen, ...



# Pflegeversicherungsrecht VII

## Besonderheiten der Leistungsnachweise

### Sozialgericht Dortmund

(Az. S 12 KN 31/03 P v. 28.01.2005)

„... kann nicht einfach unterstellt werden, dass Leistungen, die in der Pflegedokumentation nicht dokumentiert worden sind, nicht erbracht wurden. Zwar regelt § 13 des Rahmenvertrags die Dokumentationspflicht des Pflegedienstes. Diese umfasst auch Angaben über Art und Uhrzeit der durchgeführten Pflegeleistungen. ... muss bei verständiger Würdigung davon ausgegangen werden, dass der Leistungsnachweis die entscheidende Unterlage für die Vergütung von Leistungen ist.“

# Heimrecht I

## Sächsisches Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz

### § 3 Abs. 2 Qualitätsanforderungen

Der Träger und die Leitung ... haben sicherzustellen, dass ...

4. die Leistungen nach dem jeweils allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse erbracht werden,  
...
8. für pflegebedürftige Bewohner Pflegeplanungen aufgestellt und deren Umsetzung aufgezeichnet werden,
9. in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung und psychisch kranke Menschen für die Bewohner Förder- und Hilfepläne aufgestellt und deren Umsetzung aufgezeichnet werden,  
...
12. eine fachliche Konzeption verfolgt wird, die gewährleistet, dass die Vorgaben der Nummern 1 bis 11 umgesetzt werden ...

# Heimrecht II

## Sächsisches Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz

### § 6 Abs. 1 Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten

Der Träger hat nach den Grundsätzen einer ordnungsgemäßen Buch- und Aktenführung Aufzeichnungen über den Betrieb zu machen und die Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Ergebnisse so zu dokumentieren, dass der ordnungsgemäße Betrieb festgestellt werden kann. Es müssen insbesondere ersichtlich sein:

4. der Name, der Vorname, das Geburtsdatum, das Geschlecht, der Betreuungsbedarf der Bewohner sowie bei pflegebedürftigen Bewohnern die Pflegestufe,

6. die Pflegeplanung, die Pflegeverläufe sowie die fach- und sachgerechte Pflegedokumentation für pflegebedürftige Bewohner,

9. die freiheitsbeschränkenden und die freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Bewohnern einschließlich der Angabe des für die Anordnung der Maßnahme Verantwortlichen; die Dokumentation der Zustimmung des Bewohners, seines nach § 1896 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) bestellten Betreuers oder seines nach § 1906 Abs. 5 BGB Bevollmächtigten sowie die Genehmigung durch das Betreuungsgericht gemäß § 1906 Abs. 4 in Verbindung mit Abs. 2 BGB

# 1. Zwischenergebnis:

Das Führen der Pflegedokumentation ist berufs-, sozial und heimrechtlich vorgeschrieben. Sie ist die wesentliche Erkenntnisquelle für die zu erbringende und erbrachte Pflege, nicht nur für die (Zusammen-)Arbeit sondern auch für Prüfungen. Sie ist aber weder das einzige noch das allein maßgebende Informationsmittel.

➔ Wenn Pflege erbracht wurde und dies nicht oder nicht vollständig dokumentiert wurde, ist rechtlich nicht automatisch der Schluss berechtigt: Was nicht dokumentiert wurde, gilt als nicht gemacht.

Aber:

Eine ordnungsgemäße Aufgabenerfüllung liegt u. U. auch nicht vor.

**Führt eine solche ggf. mangelhafte  
Aufgabenerfüllung zur Haftung?**

# Haftungsrecht I

## Auswirkungen von Dokumentationsfehlern

- Lücken in der Dokumentation begründen selber keinen Pflege-/Behandlungsvorwurf. Erst ein Schaden ist möglicher Ausgangspunkt für einen Schadensersatzanspruch.
- Der Pflege-/Behandlungsfehler und die Kausalität für den Schaden sind grundsätzlich vom Pflegebedürftigen zu beweisen.
- Eine fehlende oder Lücke in der Dokumentation kann für den Pflegebedürftigen Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr nach sich ziehen.

# Haftungsrecht II

## Beweislast, -erleichterung, -umkehr?

- ➔ Der Geschädigte (der Patient) hat die Beweislast.
- ➔ Lückenhafte Dokumentation kann zur Beweiserleichterung führen.
- ➔ Die Einrichtung muss bei (schweren) Pflege-/Behandlungsfehlern beweisen, dass alles Notwendige zur Vermeidung getan wurde Beweislastumkehr.

# Haftungsrecht III

## Entkräftung von Dokumentationsfehlern durch Zeugenbeweis

### Bundesgerichtshof

(Az. VI ZR 174/86 v. 02.06.1987)

Bei Risikopatienten sind u. a. „die ärztliche Diagnose sowie die ärztlichen Anordnungen hinsichtlich der Wahl der erforderlichen Pflegemaßnahmen festzuhalten, zumal (wenn keine) ... allgemeine schriftliche Anweisung bestanden hat, aus der die erforderlichen prophylaktischen Maßnahmen ersichtlich waren...“. Bei fehlender oder lückenhafter Dokumentation ist dieses Defizit „nach der gebotenen weiteren Aufklärung des Sachverhaltes bei einer erforderlich werdenen Beweiswürdigung zu behaupteten Unterlassen ärztlich gebotener Pflegemaßnahmen“ zu berücksichtigen, wobei einem Patienten „bei dieser Sachlage billigerweise nicht die volle Beweislast“ obliegt. Vielmehr wird die Einrichtung „die indizielle Wirkung fehlender Krankenblatteintragungen zu entkräften haben.“



# Haftungsrecht III

## Entkräftung von Dokumentationsfehlern durch Zeugenbeweis

### Bundesgerichtshof

(Az. VI ZR 215/84 v. 18.03.1986)

„Die Unterlassung der erforderlichen Dokumentation ist ein Indiz dafür, dass im Krankenhaus ... die ernste Gefahr der Entstehung eines Durchliegegeschwürs nicht erkannt und die Durchführung vorbeugender Maßnahme nicht in ausreichender Form angeordnet wurde und daß daher das Pflegepersonal nicht so intensiv auf die Prophylaxe geachtet hat. Bei dieser Sachlage kann der Kl. billigerweise nicht die volle Beweislast für die behaupteten Behandlungsfehler obliegen. Die Bekl. muss vielmehr die indizielle Wirkung der fehlenden Krankenblatteintragungen entkräften.

# Haftungsrecht III

## Entkräftung von Dokumentationsfehlern durch Zeugenbeweis

### Bundesgerichtshof

(Az. VI ZR 215/84 v. 18.03.1986)

Dazu genügen nicht die bisher vorliegenden Aussagen des behandelnden Arztes und der Krankenschwester, die nur dazu etwas bekunden konnte, was im Krankenhaus der Bekl. im allgemeinen bei jedem fest oder länger liegenden Patienten ohne Rücksicht auf seine Beweglichkeit und seine eigene Antriebskraft gegen das Auftreten von Durchliegegeschwüren unternommen wird. Entscheidend ist, ob dem besonderen Pflegebedürfnis der Kl. von Anfang an die erforderliche besondere Aufmerksamkeit gewidmet worden ist, obwohl man es nicht für nötig angesehen hat, diesem Gesichtspunkt in den Krankenblattaufzeichnungen die notwendige Beachtung zu schenken.“

# Haftungsrecht IV

## Entkräftung von Dokumentationsfehlern durch den sog. Immer-So Beweis

### Oberlandesgericht Hamm

(Az. I 3 U 134/09 v. 12.05.2010)

„An den der Behandlerseite obliegenden Beweis der ordnungsgemäßen Aufklärung dürfen keine unbillig hohen Anforderungen gestellt werden ... So kann es zur Überzeugungsbildung des Gerichts ... im Einzelfall anerkanntermaßen ausreichen, wenn die ständige Praxis einer ordnungsgemäßen Aufklärung nachgewiesen wird und Indizien vorliegen, dass dies auch im konkreten Fall so gehandhabt worden ist ...“

# Haftungsrecht IV

## Entkräftung von Dokumentationsfehlern durch den sog. Immer-So Beweis

### Oberlandesgericht München

(Az. 1 U 5334/09 v. 18.11.2010)

Kann ein Zeuge sich „nicht an Einzelheiten des Gesprächs erinnern, sondern nur das damals übliche Vorgehen schildern ... steht dieses einer Beweisführung der Beklagtenseite jedoch nicht entgegen. Nach der Rechtsprechung sind ... keine unbilligen oder übertriebenen Anforderungen zu stellen ... Auch wenn sich der Arzt an das konkrete Aufklärungsgespräch nicht mehr erinnert, er aber eine ständige Übung darlegt und die fragliche Problematik in einem vom Patienten unterzeichneten Aufklärungsbogen enthalten ist, kann das Gericht die Überzeugung gewinnen, dass die Aufklärung in der behaupteten Weise durchgeführt wurde.“

## 2. Zwischenergebnis:

Auch haftungsrechtlich ist die Pflegedokumentation vorgeschrieben. Liegt ein Dokumentationsmangel vor, kann er aber auch im Haftungsrecht widerlegt werden.

- ➔ Wenn ein Schaden bei Pflegebedürftigen vorliegt und Schadensersatzansprüche gestellt werden, obwohl ordnungsgemäße und fachgerechte Pflege erbracht wurde, diese aber nicht oder nicht vollständig dokumentiert wurde, ist die beweisrechtliche Situation nicht verschlechtert. Auch dann gilt rechtlich nicht automatisch: Was nicht dokumentiert wird, gilt als nicht gemacht.

# Fazit:

In der stationären und in der ambulanten Pflege ist eine knappe und aussagekräftige Pflegedokumentation ausreichend.

Es muss nur das dokumentiert werden, was behandlungs- oder pflegerelevant für die an der Versorgung Beteiligten ist. Dabei kann bei ordnungsgemäßer Informationssammlung, klaren Anweisungen und individueller fachgerechter Pflegeplanung im Bereich der Grundpflege auf Einzelnachweise verzichtet werden. Dies gilt nicht bei Abweichungen von der grundpflegerischen Routineversorgung und/oder aufgrund akuter Ereignisse.