

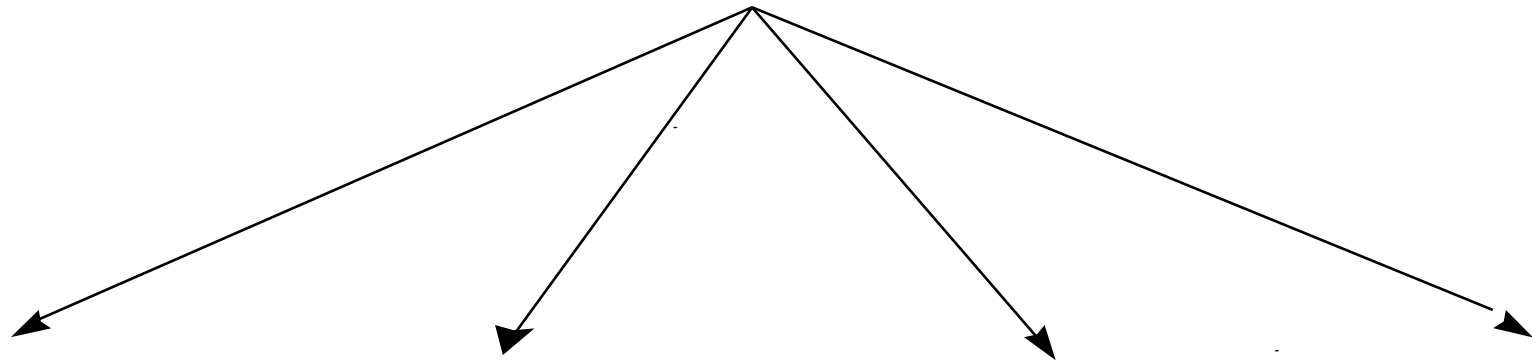
Die pflegerische und ärztliche Dokumentation

RA Hubert Klein, Köln

RAe Prof. Großkopf + Klein
Kathol. Hochschule NRW, Köln
hsg, Hochschule, Bochum

0228 – 9763 9641
hubertklein@t-online.de

Parallel mögliche Konsequenzen aus nur einem med. Fehlhandeln (evtl. Dokufehler)



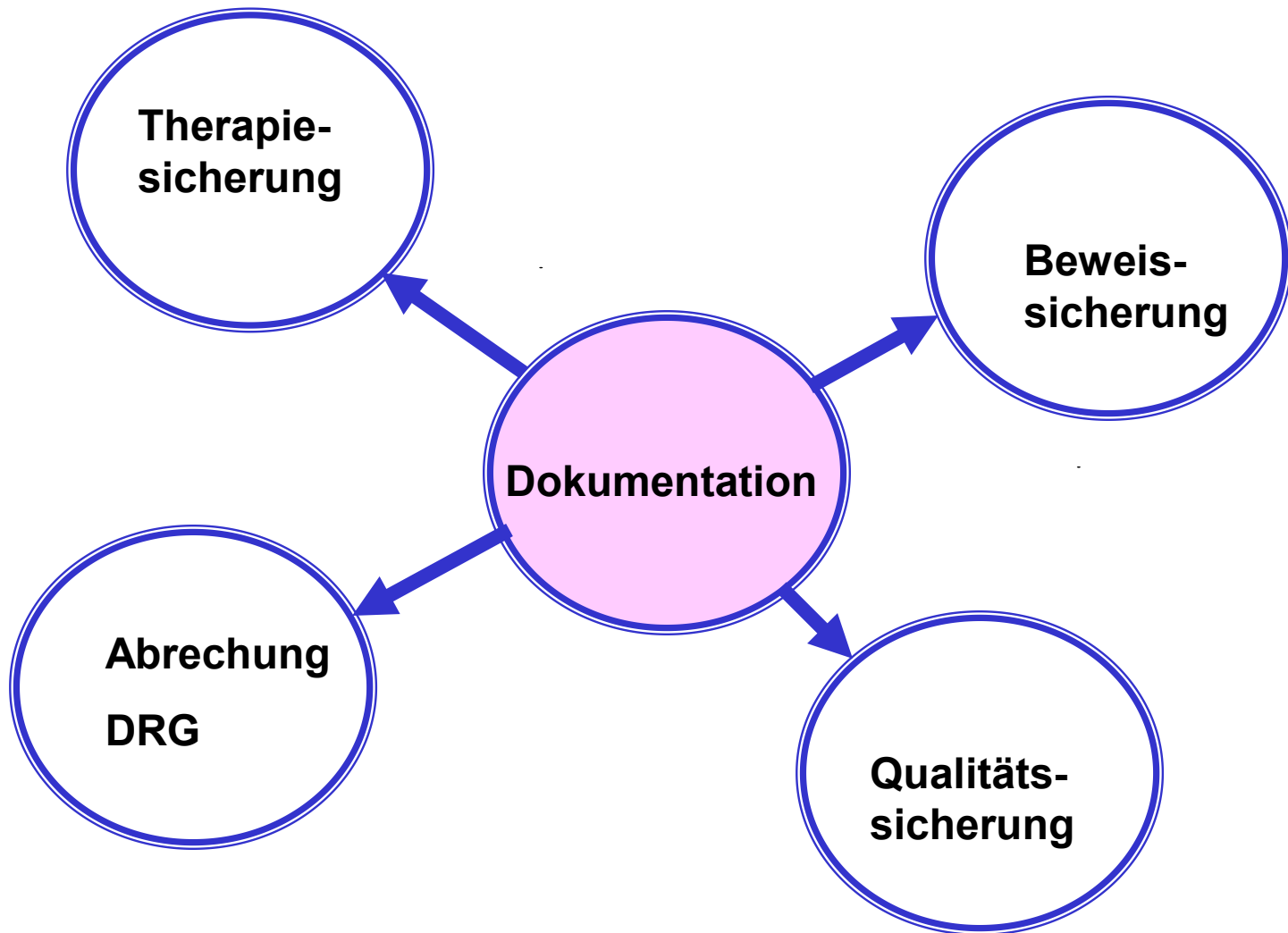
Zivilrechtlich
=
Schadensersatz
Schmerzensgeld

Strafrechtlich
=
Strafe (+ evtl.
Berufsverbot)

SozVersichRecht
=
Verlust der Abrech-
nungsmöglichkeit

Arbeitsrechtlich
=
Abmahnung /
Kündigung

Gründe für die Dokumentation



Die Standard-Lernbrücken zu den Dokumentationsinhalten

- **Warum:** Qualitätssicherung, Therapiesicherung, Beweissicherung, Abrechnung (Dokumentation = Urkunde § 267 StGB)
- **Wer:** Jeder, der medizinische Maßnahmen am Patienten vornimmt, hat die Pflicht, diese zu dokumentieren
- **Wann:** Die Dokumentation hat zeitnah zu erfolgen (Nach-Doku = möglich - aber Handlungs- u Nachdoku-Zeitpunkte angeben; ggfs. auch Grund)
- **Wie:** Die Dokumentation muss lesbar und verständlich sein, und zwar verständlich für Kollegen und Team ,
 - nicht für Fachfremde (z.B. Juristen)
 - **Abkürzungen und Kürzel-Verweise auf hinterlegte Standards = o.k.**
 - + Bei Korrekturen muss Alteintrag lesbar bleiben !
- **Was:** (siehe heute: § 630f. BGB)
 - **Diagnose / - Therapie / - Prophylaxen**
 - **Anordnungen**
 - **Veränderungen**
 - **atypische Verläufe**

Die Dokumentationspflicht

A.) → Verpflichtung teilweise aus Spezialgesetzen:

Berufsordnungen, Röntgenverordnung,

§ 113 SGB XI, § 295 SGB V, Länder-

„Heimgesetze“ ...

Immer wieder mal fragliche Planungen zu einer „Entbürokratisierung“

ABER: Der „unumstößliche doku-bürokratische Kern“

= althergebrachte allg. Sorgfaltpflicht (§ 276 BGB)

+ alte Vertragspflichten (jetzt §§ 630a, 630f BGB)

ALSO: Doku zur Haftungs EIGENABSICHERUNG !!!

§ 630f BGB – Dokumentation der Behandlung

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation **in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang** mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und **Änderungen** von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, **wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind**. Dies ist auch für **elektronisch** geführte Patientenakten sicherzustellen.

§ 630f BGB – Dokumentation der Behandlung

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche **aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen**, insbesondere die **Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen**. **Arztbriefe** sind in die Patientenakte aufzunehmen.

(3) „**Aufbewahrungszeit** (soweit keine Spezialregel) = 10 Jahre.

Besonderheiten aus dem PatRG (§ 630a-h BGB)

§ 630a Abs. 1 BGB: **Der Behandler** = der Vertragspartner des Patienten (Hausarzt, Wahlarzt, die Krankenhaus-GmbH... + Hebammen, Heilpraktiker, Physiotherapeuten ...).

§ 630a Abs. 2, 2. Halbsatz BGB:

(Vereinbarungen zu Abweichungen vom Standard)

Zulässig sind nur vertretbare Abweichungen,
z.B. Neulandversuche /

aber keine unsinnigen körperlichen „Design-Verstümmelungen“;
Medizinisch nicht nötige Schönheits-OPs brauchen
erheblich gesteigerte Aufklärungen +DOKUs

§ 630c Abs. 3 BGB **(Info zu „Eigen-Kosten“)**

Bei Wissen oder Anhaltspunkten zur Nichterstattung von
Kosten braucht's zu Beginn Info / „Kostenvoranschlag“.

630c

Besonderheiten aus dem PatRG (§ 630a-h BGB)

- § 630d BGB **Einwilligung (einholen + dokumentieren)** durch **einwilligungsfähigen** Patienten oder berechtigten Vertreter (od. schon aus Pat.Verfügung).
- § 630e Abs. 2 Satz 2: - **Aufklärung** zur Notwendigkeit + Durchführung (+ Alternative benennen)
Risiken – Erfolgsaussichten – Dringlichkeit
→ **ärztlich – mündlich - rechtzeitig**
- § 630f BGB: **Dokumentation** (auch elektronisch)
zeitnah, kontinuierlich (Änderungen nahvollziehbar)
sprachlich = für Mediziner + Team / „nicht für Juristen“

Besonderheiten aus dem PatRG (§ 630a-h BGB)

- § 630e BGB Abs. 1 Satz 3 BGB:
Bei Aufklärung ist auch auf Behandlungsalternativen hinzuweisen [+ **Doku** dazu].
- § 630e Abs. 2 Satz 2:
Dem Patienten **sind Kopien** des Aufklärungs-/Einwilligungsbogens **mitzugeben**.
- § 630g BGB: **Akteneinsichtsrecht**:
Patient(Erben) hat Anspruch auf gesamte Doku über ihn.
Bei Kopierkostenerstattung – 0,50 € / Blatt

DokuPflicht zur Haftungsvermeidung

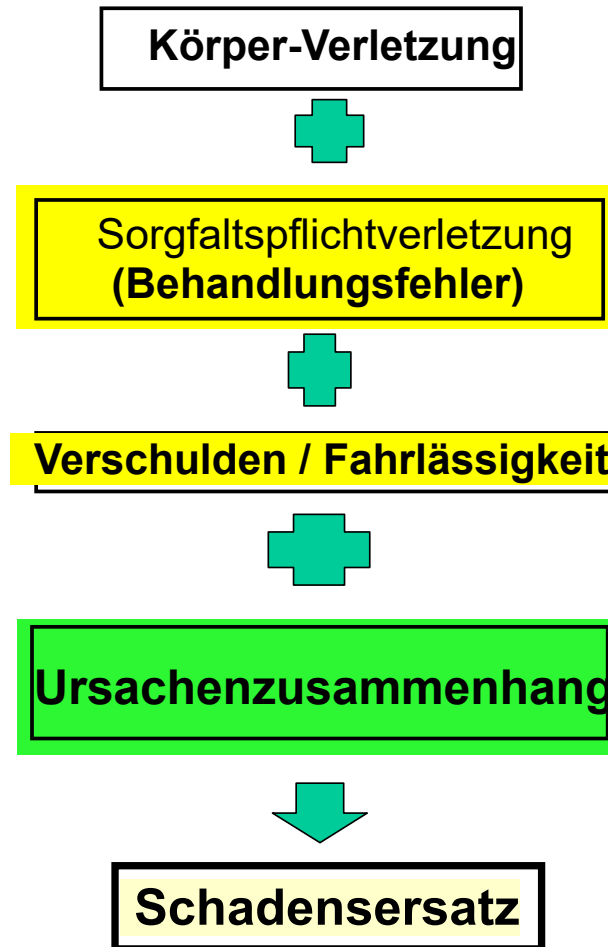
wg drohendem Schadenersatz aus **Delikt / oder Vertrag**

§ 823 BGB (Schadenersatzpflicht)

(1) **Wer vorsätzlich oder fahrlässig** das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen **widerrechtlich verletzt**, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.

§ 280 BGB: = Schadenersatz aus Vertragsverletzung
= aus Vertrags-Sorgfaltspflichtenverletzung

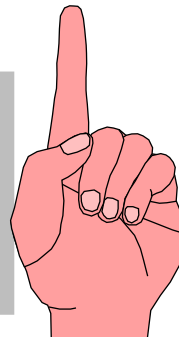
Beweislast: Der Kläger / der Patient muss grundsätzlich alle Schadenersatz begründenden Voraussetzungen beweisen



(„Haupt-“)Rechtfertigungsgrund: **Die Einwilligung**
(hier: **Voraussetzungen einer wirksame Einwilligung**)

1. Vorliegen einer **Einwilligung** (oder Mutmaßung s.u.)
 - + 2. → nach - **ärztlicher** - **mündlicher** - **Aufklärung**
 - + 3. → bei gegebener **Einwilligungsfähigkeit**
- = => nur dann wirksame **Einwilligung** des Patienten

=> Einholen der **Einwilligung** + **Doku** = Arztsache!
+ **Vertrauensgrundsatz(!)** hierfür für die Pflege



Achtg

Patienten-Weigerung: → → Procedere:

- Wiederholg:
1. - **Einwilligung** musste vorliegen:
 2. - nach einer - **ärztlichen** - **mündlicher** - Aufklärung
 3. - bei gegebener Einsichtsfähigkeit

+ mit Vertrauensgrundsatz, dass Arzt die Einwilligung eingeholt hat.



Aber Achtung Pflege (MELDE-Doku):

Logisches Ende des Vertrauens auf vorhandene Einwilligung:
wenn Behandlungs-Verweigerung durch Patient.

- jetzt werden die gleichen Schritte 2. + 3. erforderlich!**
= es braucht alsbald Arzt-Risikoaufklärung an Patienten!
→ Deshalb schnelle Pflege-Info an Ärzte nötig!
+ Doku wann + welcher Arzt informiert wurde

Haftungsgrundsatz + Beweisprobleme:

Im Zivilrecht muss jede Seite die für sie günstigen Voraussetzungen (=Angriffs- oder Verteidigungsmittel) selbst **beweisen!**

Das Gericht **hinterfragt** also immer das Vorliegen aller(!), = sämtlicher „Bausteine“ aus §§ 823 (Haftungsweg Delikt) od. aus §§ 280, 276, 278 BGB (Haftungsweg Vertragsverletzg)

Patient / Bewohner muss u. a. beweisen: → **Kausalität**

Juristische Frage zur Bejahung des **Kausalzusammenhangs** (zwischen Fehlverhalten / Pflichtenverletzung und dem Schaden)

Kausalität (Ursächlichkeit) eines Fehlerverhaltens ist nur gegeben, wenn bei ordnungsgemäßem Vorgehen der Schaden - mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit - nicht eingetreten wäre.

= dies bringt höchste Beweisprobleme für die Geschädigten !
→ in der Regel über schwierige/teure Sachverständigengutachten.

Aber: → drastischer Wandel zu Lasten der Einrichtung/“Täter“ sobald Beweiserleichterungen oder Beweislastumkehr eintritt.

Beweiserleichterungen im Zivilrecht

Beweiserleichterungen

Althergebrachte Rechtsprechung:
DokuMangel kann dem Patienten
Beweiserleichterung erbringen

Indizien

Beweislastumkehr !

- Fehler im voll beherrschbaren Herrschafts- und Organisationsbereich in der Einrichtung
- **Grober Behandlungsfehler**
- **Einsatz nicht hinreichend qualifizierten Personals**

Anscheins-
beweis

Doku-Fehler

= Alte Rsprechung - jetzt § 630h BGB

x

Beweiserleichterungen (neu) nach PatRG § 630h BGB

- § 630h Abs. 1 Satz 3 BGB:
Behandlungsfehler wird vermutet, wenn Schaden aus einem **voll beherrschbarem Risiko** stammt.
- § 630h Abs. 2 BGB:
Beweislast bei Arzt für **ordnungsgemäße Einwilligung**
- **§ 630h Abs. 3 BGB: Vermutung (widerlegbar):
Was nicht dokumentiert ist, wurde auch nicht gemacht.**
- § 630h Abs. 4 BGB: Vermutung für Fehlerkausalität:
bei Schaden aus Behandlg von **nicht befähigtem** Arzt.
- § 630h Abs. 5 BGB: Vermutung für Fehlerkausalität:
Bei **grobem Behandlungsfehler** sowie bei
grob fehlerhafter Unterlassg gebotener **Befunderhebung**

Folgen von Dokumentationsmängeln

**unzulängliche
Dokumentation**

führt zu

Beweiserleichterungen,

Soweit durch den Mangel die Beweisführung
des Patienten erschwert oder vereitelt wird.

Dokumentation (630f BGB)

- Anamnese / Diagnosen / Therapieanordnung
- Eigene Handlungen (Nachweise) + Delegationen
- Therapie- / Prophylaxeanordnungen an Pflege . . .
- **atypische / besondere Verläufe**
- **Warnungen an (renitente / weigernde) Patienten**
- **Entlassungsuntersuchung / + -Verordnungen**

geeignet und sachgerecht

Für Fachleute nachvollziehbar
– nicht (unbedingt) für Juristen

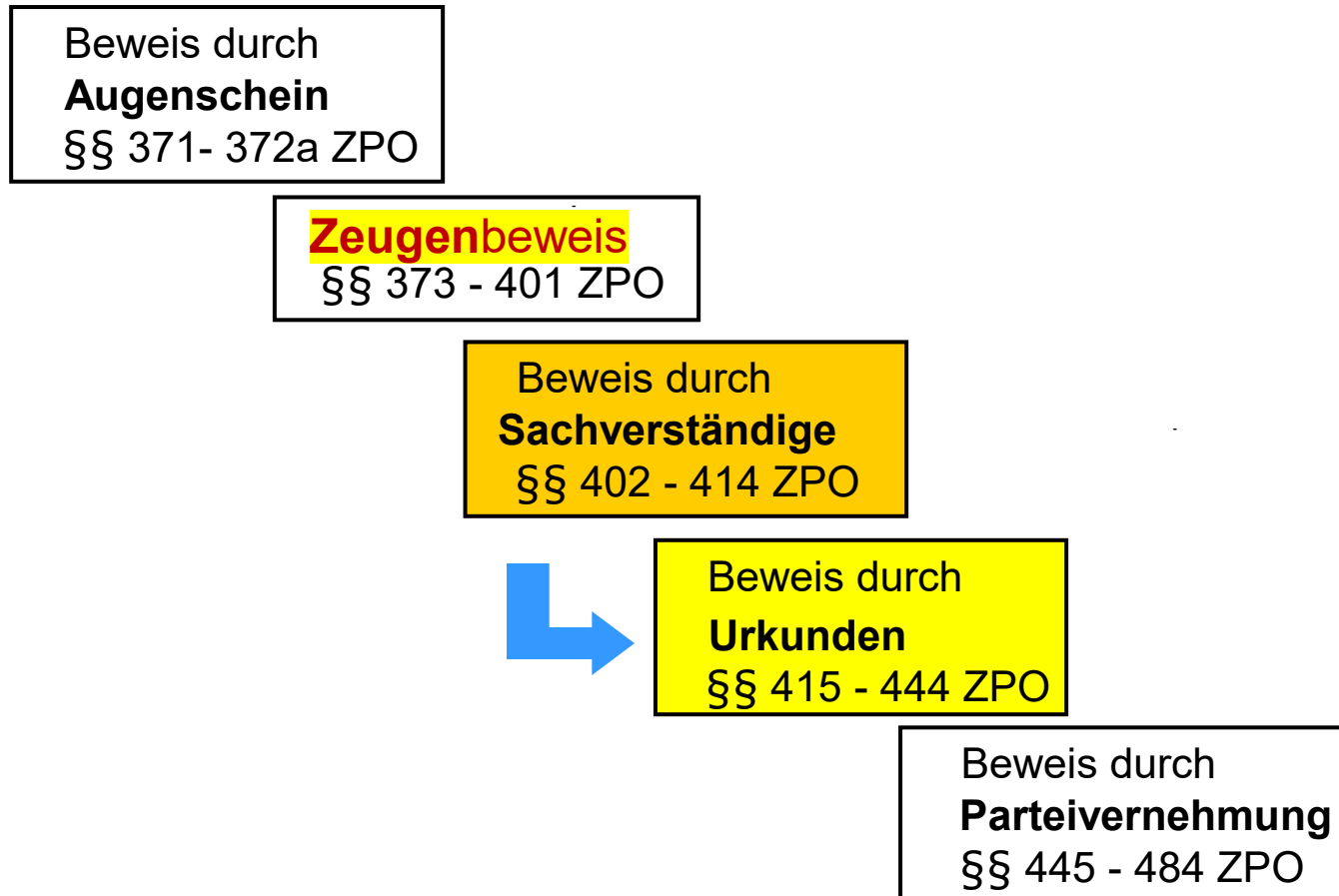
zeitnah und kontinuierlich

Nachträge so benennen
mit neuer Zeitangabe

Doku-Lücken können im Haftungsfall durch Zeugenangaben ergänzt werden!

Die Beweismittel des Zivilprozesses

= Alternativen bzw. Ergänzungen zum Doku-Beweis



**Mängel in der Norm-Doku können evtl. durch Gutachten
oder durch Zeugenaussagen kompensiert werden !**

§ 630g BGB – Einsichtnahme in die Patientenakte

(1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, **soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe** oder sonstige erhebliche Rechte Dritter **entgegenstehen**. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen. „§ 811 gilt auch“.

(2) Der Patient kann auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen. „Alles gegen Kostenerstattung“.

(3) Im Fall des Todes des Patienten stehen die Rechte aus den Absätzen 1 und 2 zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen seinen Erben zu. Gleiches gilt für die nächsten Angehörigen des Patienten, soweit sie immaterielle Interessen geltend machen. **Die Rechte sind ausgeschlossen, soweit der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht.**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit
und
tragen Sie das Wissen bitte weiter!

RA Hubert Klein, Köln/Bonn
0177 – 330 75 08
hubertklein@t-online.de