

SBK-Sektion St. Gallen/Thurgau/beider Appenzell

St. Gallen, St. Katharinen, 10. März 2011

Pflegedokumentation

Die Anforderungen aus juristischer Sicht

Anekdote aus der neuen Fernsehserie „HawthoRNe“; erfahrener Pflegefachmann verabreicht auf nachdrückliche, trotz eindringlicher Nachfrage seinerseits aufrechterhaltene ärztliche Anordnung eine Dosis Insulin, von der er überzeugt ist, dass sie gefährlich hoch ist; Patient erleidet einen Schock und muss reanimiert werden.

Wie die Anfragen, die ich beim Rechtsdienst des SBK erhalte, zeigen, meinen viele Pflegende, „**das Recht**“ (?) gebe klar und eindeutig Auskunft darüber, wie die Pflegedokumentation ausgestaltet zu sein und was sie zu enthalten habe.

Ein Gesetz, das klar, explizit und erschöpfend aufzählen würde, wie eine Pflegedokumentation auszusehen hat und was dokumentiert werden muss, darf oder eben nicht darf, gibt es nicht. Auch der Rechtsprechung, also den Gerichtsentscheidungen, zu dieser Frage, lassen sich nur höchstens **Indizien**, indirekte Hinweise entnehmen.

Deshalb kommen wir nicht darum herum, uns mit einer Eigenheit des Rechts im Allgemeinen, und insbesondere der schweizerischen Rechtsordnung, zu befassen. Ich illustriere das anhand eines auf dem ersten Blick vielleicht etwas skurrilen Beispiels – „**Zutrittsverbotsschild** für Hunde an der Türe der Metzgerei“ – das aber sehr viel hergibt und das ich Sie deshalb bitte, sich einzuprägen.

Was ist der oberste Grundsatz, wenn es um die Pflegedokumentation geht? Um den **Schutz des Patienten**, unsere besondere Verantwortung für sein Leben, seine körperliche Integrität und die Wahrung seiner persönlichen Freiheit. Welches rechtliche Dokument schreibt dies fest?

Bundesverfassung (BV) Art. 10

Wie wir später sehen werden, werden diese sehr allgemeinen Grundsätze durch verschiedene Gesetze etwas weiter konkretisiert – aber nicht sehr viel weiter.

Wir müssen uns somit in aller Regel mit **Ableitungen aus übergeordneten Vorschriften**, Normen und Rechtsgrundsätzen helfen.

Im Gesetz sucht man also in der Regel vergeblich nach einer Antwort auf den Einzelfall. Was bedeutet das? Juristen nerven bekanntlich, weil ihre Antwort an den Rechtsuchenden oft „**Es kommt darauf an...**“ lautet. Damit erwecken sie den Eindruck, sich nicht festlegen und sich immer eine Hintertüre offen halten zu wollen. Ich möchte Ihnen zeigen, dass diese nervige Antwort in aller Regel eben nicht einfach ein fauler Trick ist.

Die Dokumentation ist eine von unseren **Berufspflichten**. Der Inhalt aller Berufspflichten ist „relativ“ – es kommt auf die Umstände an. Was sind die Vorzeichen eines hypoglykämischen Komats? Sollte eine diplomierte Pflegefachfrau sie erkennen? Eine FaGe? Die Raumpflegerin?

Mit anderen Worten: wie alle anderen Berufspflichten ist die Dokumentationspflicht „relativ“, ihre Tragweite und ihr Umfang von ganz vielen Faktoren abhängig.

Beachtet werden muss ebenfalls die **Verschiedenartigkeit der möglichen Pflegefehler:**

- Einerseits: Verabreichung eines falschen Medi oder Schlauch der Lungen-Herzmaschine falsch herum montieren: **diskussionslos falsch**. Man kann z.B. darüber debattieren, ob eine fristlose Entlassung deshalb gerechtfertigt ist, aber nicht darüber, ob eine Sorgfaltspflichtverletzung vorliegt
- Andererseits: Entscheidung, ob bei einem post-op verwirrten Pat. eine Sitzwache indiziert ist (Fall Insel; Umstände des Einzelfalls) oder einer gebärenden Zeugin Jehovas eine lebensrettende Bluttransfusion gegen den ausdrücklichen Willen der Angehörigen zu verabreichen ist, ist **a priori offen**.

Bezogen auf die Pflegedokumentation, zeigt dies, dass diese **nicht nur Fakten**, Verläufe, Verrichtungen wiedergeben sollte, sondern **auch die Argumente und Überlegungen**, die ihnen zugrunde liegen.

Wie Sie bereits gehört haben, dient die Pflegedokumentation mehreren Zwecken; jeder Zweck ist auf ein bestimmtes „Zielpublikum“ ausgerichtet; jeder Zweck kennt seine eigenen rechtlichen Dimensionen, Rahmenbedingungen und Fragestellungen. Deshalb gibt uns auch der Zweck, der jeweils im Vordergrund steht, wertvolle Hinweise im Hinblick darauf, worauf es eben ankommt.

Doch jede rechtliche Anforderung an die Pflegedokumentation entspricht 1:1 einem pflegerischen Anliegen/Zweck/Ziel – rechtliche Anforderungen als Selbstzweck gibt es nicht.

Zum

Inhalt der Dokumentation

aus rechtlicher Sicht kann deshalb schon soviel gesagt werden (was sich logischerweise in keiner Weise abhebt, was Lucien Portenier aus professioneller Sicht dargelegt hat):

Sie muss den Zustand des Patienten und die an ihm erbrachte Pflege für den gesamten Zeitraum jener Pflege beschreiben. Sie muss mit anderen Worten zu jeder gegebenen Zeit lückenlose Rückschlüsse über den Zustand des Patienten und über die erbrachte Pflege erlauben. Sie muss schlicht und einfach den Pflegeprozess widerspiegeln, und zwar

- sowohl **deskriptiv**/Fakten
- als auch **reflexiv**/Begründungen

Welche sind die Hauptzwecke der Pflegedokumentation?

1. Professioneller Zweck 1: Arbeitsinstrument für jede einzelne Pflegende i.S. des Pflegeprozesses. Zielpublikum: ich selbst als Fachperson
2. Professioneller Zweck 2: Kommunikationsmittel (innerhalb des Pflegeteams und interdisziplinär). Juchli: Voraussetzung für alle Besprechungen / Übergaben. Zielpublikum: das Team im weiten Sinn.

Beides – noch mal - kein Selbstzweck, sondern Gewähr, dass der Pat. eine angemessene Pflege erhält, dass keine Pflegefehler oder Sorgfaltspflichtverletzungen geschehen. Zu diesen beiden Aspekten hat Lucien Portenier bereits ausführlich referiert

3. Krankenversicherungsrechtlicher Zweck: Nachweis von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (Art. 32 i.V.m. Art. 25 KVG); Zielpublikum: die Krankenversicherer.

Art. 25 Allgemeine Leistungen bei Krankheit

¹ Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen.

Art. 32 Voraussetzungen

¹ Die Leistungen nach den Artikeln 25–31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

Der BGE vom 18. März 2007 und seine Bedeutung im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation und dem Datenschutz

4. Patientenrechtlicher Zweck (i.e.S.): Sie dient der Transparenz der Pflege / Betreuung und der Rechenschaft dem Patienten gegenüber und ermöglicht dadurch die Wahrung der Rechte der Patienten. Zielpublikum: der Patient (und sein Rechtsanwalt...)
5. Haftungsrechtlicher Zweck: Sie dient der Beweissicherung / Absicherung im Streitfall; dieser Zweck steht wohl im Vordergrund für die, die juristischen Rat suchen, so nach dem Motto: was *muss* ich festhalten, was *darf* ich festhalten und *wie* muss ich es formulieren, damit ich keine Scherereien kriege? Grundsatz, dass eher die Ausnahme als die regelhafte Dienstleistung (z.B. Desinfektion vor Blutentnahme) fest zu halten ist
Welche Bedeutung kommt der Dokumentation im Prozess zu? Unterscheiden:
§ Zivilrecht (Wiedergutmachung eines Schadens mittels Schadenersatz): Beweislastumkehr (fehler- oder lückenhafte Dokumentation [also nicht protokollierte Vitalzeichenkontrolle im Rahmen einer post-op Überwachung, im Gegensatz zur eben erwähnten Desinfektion vor BE] wird als – widerlegbares - Indiz betrachtet, dass die betreffende Verrichtung nicht vorgenommen wurde),
§ Strafrecht (Wiederherstellung der öffentlichen Ordnung durch Strafe): strenger Beweis (Unschuldsvermutung / „in dubio pro reo“); Grundsatz der freien Beweiswürdigung: Gerichte sind in ihrer Würdigung frei in dem Sinn, dass eine Verrichtung, die nicht protokolliert wurde, nicht automatisch als nicht erbracht gilt!
Zielpublikum: die Gerichte.
6. Berufspolitischer Zweck: Sichtbarkeit der erbrachten Arbeit, Wert, Nutzen der Pflege. Pflege passiert nicht einfach, sie ist nicht einfach ein amorpher, diffuser Kostenfaktor, sondern klar beschriebene Leistungen bewirken einen klar feststellbaren, nachweisbaren und messbaren Erfolg. Die von Suzanne Gordon in „Nursing Against the Odds“ geschilderte Anekdote über die „Enteignung der Pflege durch die Medizin“ [nach endlosem Kampf erwirkt die Pflegefachfrau gegen den erbitterten Widerstand des Arztes eine Schmerzmittelverordnung; unterschrieben wird die Verordnung aber vom Arzt, und er erntet die Lorbeeren der erfolgreichen Schmerzbehandlung].
Zielpublikum: das Spitalmanagement, die Öffentlichkeit.

Gesetzliche Grundlagen

Der Vielzahl der soeben (übrigens nicht erschöpfend aufgezählten) Zwecksetzungen entspricht wiederum die Vielzahl der gesetzlichen Grundlagen der Dokumentationspflicht. Besonders erwähnt seien (in hierarchischer Reihenfolge):

Bundesverfassung

- Art. 10 („Recht auf Leben und persönliche Freiheit“) und
- Art. 36 (Gebot der gesetzlichen Grundlage, des öffentlichen Interesses, Verhältnismässigkeit und Wahrung des Kerngehalts bei Einschränkungen von Grundrechten)

Bundesgesetze

- OR (Haftpflichtrecht; unerlaubte Handlung als Grundlage der zivilrechtlichen Haftung; z.B.: Dokumentationsfehler)
- StGB:
 - o Besonderer Teil: z.B. Straftaten gegen Leib und Leben, gegen die Ehre und den Privatbereich [Berufsgeheimnis], etc.;
 - o Allgemeiner Teil: Bestimmungen über die Voraussetzungen der Strafbarkeit, inkl. Einwilligung / strafrechtliche Einwilligungspflicht
- KVG und Verordnungen: welche Anforderungen müssen Leistungen der Krankenpflege erfüllen, um den Krankenkassen verrechnet werden zu dürfen?
- BetMG und HMG: was gilt als Betäubungs-/Heilmittel, welche Grundsätze sind bei deren Handhabung zu beachten?
- Datenschutzgesetz (DSG): welche Daten sind geschützt und wie? Was ist bei der Verwendung und Handhabung von Daten zu beachten?

Kantonale Gesetze

- Gesundheitsgesetze
- Gesetze über die Berufe des Gesundheitswesens
- Patientenrechtserlasse
- Heilmittelverordnungen
- Verfahrensrecht (Prozessrecht)

Standesregeln

- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK („Dokument über die Reglementierung der Berufsausübung des diplomierten Pflegepersonals“, 1995), Art. 12 („Sorgfaltspflicht“)
- Auch dem ICN-Ethikkodex für Pflegenden lassen sich übergeordnete Grundsätze, die sich auf die Dokumentationspflicht auswirken, entnehmen.

Institutionelle Richtlinien, Weisungen, Standards, Schemen, z.B.

- betr. „Gift“
- betr. Kontrollen bei der Abgabe best. Medikamente (Digoxin, Insulin, KCl, AK)
- betr. Kontrolle best. Verbände (z.B. ZVK)
- betr. Bluttransfusionen

Folgende Fallbeispiele illustrieren je eine unterschiedliche rechtliche Dimension der Pflegedokumentation:

- Zwei schwer medikamentensüchtige Borderline-Patientinnen brachen aus einer Psychiatrieklinik aus; die eine starb in einem nahe gelegenen Waldstück, in dem sie sich gemeinsam versteckt hatten, an einer Schlafmittelüberdosis. Zwar hatte die andere Patientin per Handy frühzeitig

einen Hilferuf abgesetzt; aufgrund der einschlägigen Vorgeschichte jener Patientinnen, ihrer Einschätzung der Situation, der klinikinternen Weisungen und des Mangels an Pflege- und Sicherheitspersonal verzichteten die Pflegenden darauf, sofort eine Suchaktion auszulösen. Als sie auch noch von einem besorgten Angehörigen alarmiert wurden, kam ihre Hilfe zu spät. In ihrer Panik fälschten sie den Zeitpunkt des ersten Hilferufs. Gegen die beiden an jenem Nachmittag tätigen Pflegefachfrauen sowie deren Pflegeassistentin wurde eine Strafverfolgung wegen fahrlässiger Tötung und wegen Aussetzung einer Hilflosen eröffnet. Der aufwändige, langwierige Prozess endete mit drei Freisprüchen: der Pflegeassistentin, so die Richter, könne mangels Garantenstellung kein Vorwurf gemacht werden; zwischen der – erwiesenen – falschen Situationseinschätzung durch die (bezeugter massen qualifizierten und engagierten) Pflegefachfrauen und dem Tod ihrer Patientin fehle der Kausalzusammenhang, da nicht erstellt werden konnte, dass frühere Hilfe deren Leben gerettet hätte; und eine Verurteilung wegen Aussetzung setze mindestens Eventualvorsatz voraus, der offensichtlich nicht gegeben sei.

- Freiberufliche Pflege: Ein Tarifvertrag zwischen dem SBK und santésuisse regelt, unter welchen Voraussetzungen Pflegeleistungen i.S. des KVG von der OKP übernommen werden. Ärztliche Verordnung, Kostengutsprache, Bedarfsabklärung. Bei Streit Schlichtungskommission. Verschiedene Krankenkassen weigerten sich, Leistungen der psychiatrischen Krankenpflege zu übernehmen, unter anderem, weil aus den Berichten nicht klar hervor ging, dass es sich tatsächlich um pflegerische, und nicht etwa um psychotherapeutische oder gar um gutnachbarschaftliche Leistungen ging.

- Nochmals freiberufliche Pflege: Kürzlich hatte die Kommission mehrere Fälle zu prüfen, in denen die Krankenkasse die fakturierten Leistungen nicht bezahlen wollte, weil sie darin keine Pflegeleistungen, sondern sozialpädagogische Massnahmen sah. Dank der stichhaltigen Argumentation der Leistungserbringer erachtete die Kommission den Beweis als erbracht, dass die Interventionen sehr wohl der pädiatrischen Psychiatriepflege zuzurechnen seien.

- Im postoperativen Verwirrheitszustand stürzt sich ein Herzpatient aus dem Fenster des Nachbarzimmers im Inselspital. In einem viel beachteten Prozess befand das Bundesgericht, es sei zu Unrecht keine Sitzwache bestellt worden, weshalb das Spital für den Tod des Patienten hafte. Es wäre interessant zu erfahren, welche Überlegungen dem Entscheid zugrunde lagen, *keine* Sitzwache zu bestellen, wer den Entscheid schlussendlich fällte, etc.

Wie es in den Gerichtsdramen aus Hollywood immer so schön heisst: erwartet wird „die Wahrheit, nur die Wahrheit, und die ganze Wahrheit“ - die *ganze* Wahrheit? Das wird, wie wir sehen werden, die Hauptschwierigkeit sein, da wir ja schon nur aus zeitlich-praktischen Gründen gezwungen sind, eine Selektion zu treffen.

Wechselwirkung zwischen der Realität des Berufsalltags und den Anforderungen der Dokumentation:

Versuchen, einen Ausgleich zu finden zwischen dem, was juristisch wünschbar und dem, was im Berufsalltag praktikabel ist. Andererseits muss die erforderliche Zeit für eine juristisch korrekte und aus pflegerischer Sicht brauchbare Dokumentation eingefordert werden.

RICH Studie: Als erstes wird bei der Dokumentation rationiert – dabei steht hinter manchem Behandlungs- ein Dokumentationsfehler

Anlässlich der Verlegung eines operierten Patienten von der IPS auf die Station wird ein wichtiges Medikament nicht in die Dokumentation der Station übertragen; die Ärztin merkt erst nach mehreren Tagen, dass der Patient das Arzneimittel aufgrund dieses Dokumentationsfehlers nicht erhält.