

D O R N H E I M

RECHTSANWÄLTE & STEUERBERATER



Entbürokratisierung in der Pflege – der Blickwinkel des Haftungs- und des Sozialversicherungsrechts

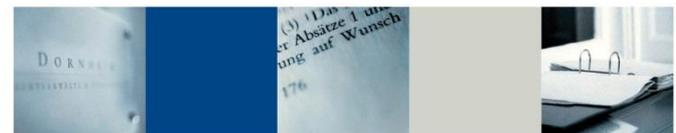
Dr. Markus Plantholz, Fachanwalt für Medizinrecht

Brahmsallee 9, 20144 Hamburg

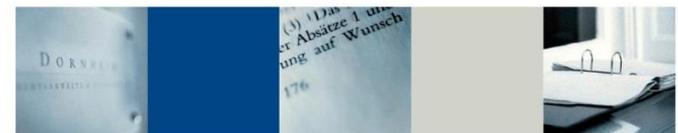
Tel. (+49) 040/414 614-0 Fax: (+49) 040/44 30 72 plantholz@dornheim-partner.de

1. Haftungsrechtliche Perspektive
2. Sozialversicherungsrechtliche Perspektive
3. Zivilrechtliche Perspektive
4. Heimordnungsrechtliche Perspektive

- Die juristische Expertengruppe hat die Arbeitsergebnisse des Projektes der „Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation im BMG“, Frau Elisabeth Beikirch, in einer Vielzahl von Besprechungen erörtert.
- Vertreten waren Justiz, Aufsichtsbehörden und Anwaltschaft.
- Der Expertengruppe haben über die Unterzeichner hinaus weitere Mitglieder fachlich renommierter Organisationen angehört, die die Ergebnisse juristisch und fachlich mitgetragen.



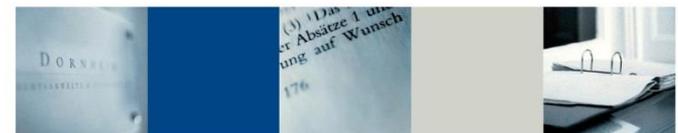
- Qualitätssicherung: Steuerungsinstrument und Informationsmittel im Pflegeprozess
- Beweismittel für Versorgung / Intervention lege artis
- Mittelbar auch: Kontrollinstrument der Leistungsträger und der Ordnungsbehörden



Angst als Treibsatz ausufernder Dokumentation:

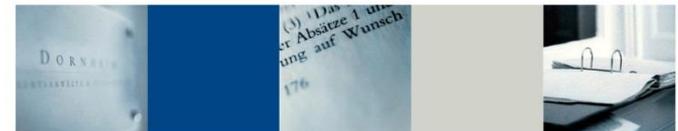
- „*Wer schreibt, bleibt.*“
- „*Was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht erbracht.*“
- Keine Unterscheidung zwischen Grund- und Behandlungspflege - jede Maßnahme muss auch dokumentiert werden.
- Mehr Sicherheit durch Detailliertheit der Dokumentation.

→ Hohe zeitliche und nervliche Belastung



Dokumentationszweck Qualitätssicherung im Pflegeprozess:

- Alle benötigten Informationen und Bewertungen können in dem Bogen „Strukturierte Informationssammlung“ erfasst werden. Grundlage: Fachliche Kompetenz der Pflegefachkraft
- Aus dem umfassenden Leistungsangebot von Dienst/Einrichtung („Verfahrensanleitung“) wird anhand der Informationen und Bewertungen die konkrete Pflegeplanung abgeleitet
- „kein Eintrag“ = Abarbeitung des in der Pflegeplanung niedergelegten Ablaufs von Pflegeleistungen.
- *Abweichungen* sind gesondert zu beschreiben.
- Abweichungen sind zugleich Grundlage für Prüfung, ob Pflegeplanung aktualisiert werden muss (PDCA-Zyklus)

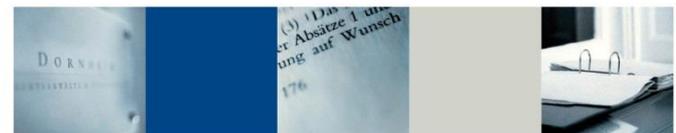


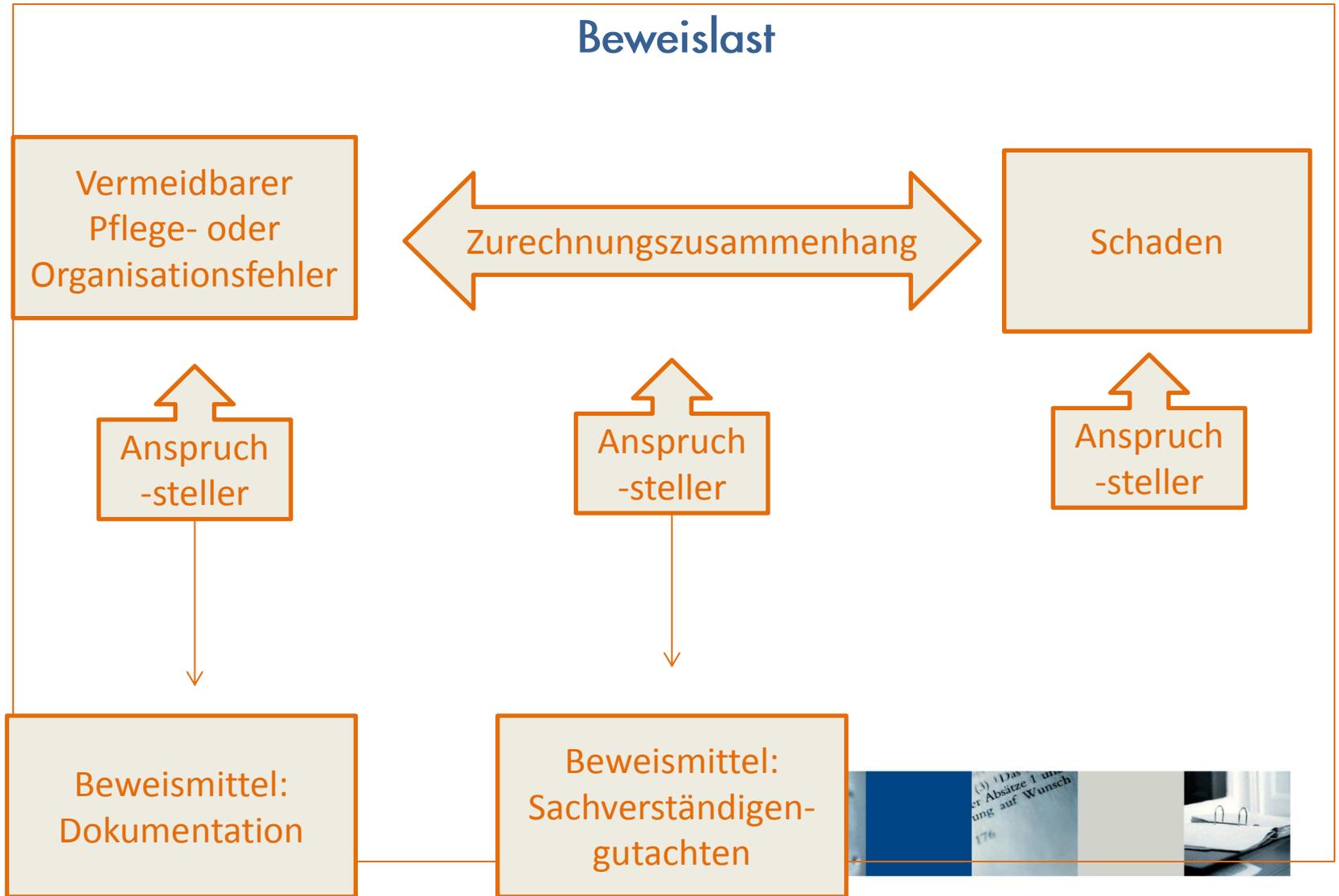
Haftungsvoraussetzungen

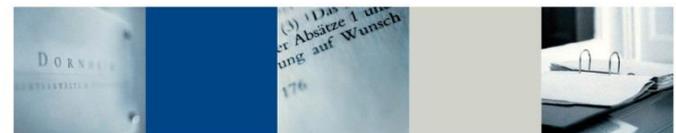
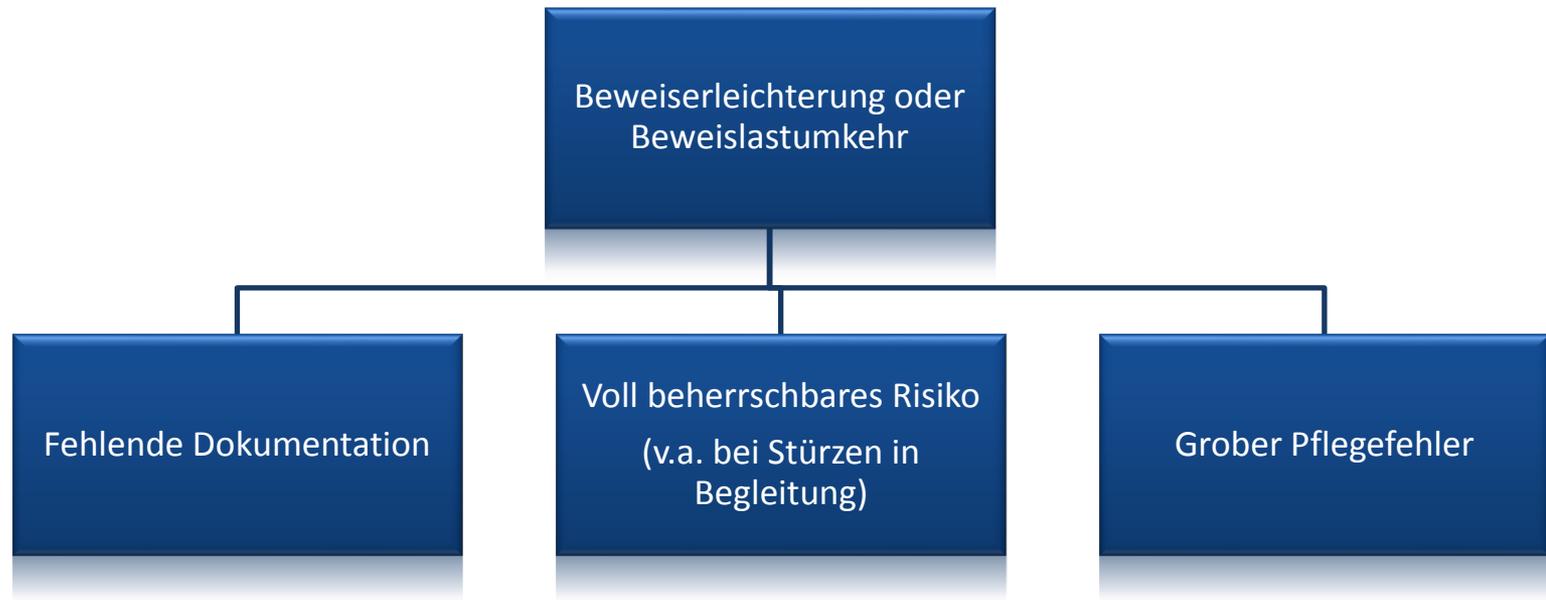
Liegt ein Pflege- oder Organisationsfehler vor? War er vermeidbar?

Ist ein Schaden eingetreten?

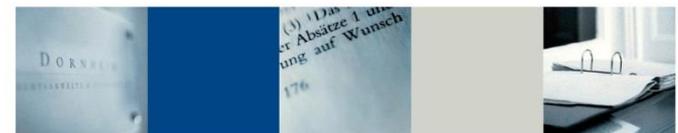
Falls (+): Besteht zwischen dem vermeidbaren Pflege- oder Organisationsfehler und dem Schadenseintritt ein objektiver Zurechnungszusammenhang (Kausalität)?



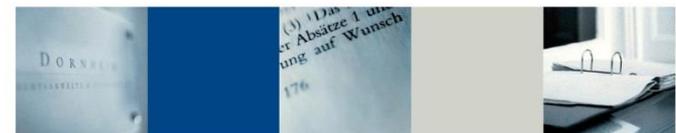




- „Nicht dokumentiert = nicht erbracht“ ist insoweit richtig, weil sich die Beweislast umkehrt und die Erbringung der Maßnahme durch den Anspruchsgegner zu beweisen ist.
- Routinemaßnahmen im Rahmen der Grundpflege (und der Betreuung!) müssen nicht einzeln dokumentiert werden. Dass die Maßnahme dennoch erfolgt ist, kann durch den „Immer-so-Beweis“ unter Beweis gestellt werden: Die Pflegekraft, welche für die Durchführung der geplanten Maßnahmen verantwortlich war, kann unter Bezugnahme auf die im QM-System hinterlegte Leistungsbeschreibung und die Pflegeplanung aussagen, dass man die Leistung „immer so“ erbringe. → Maßnahmen der Grundpflege / Betreuung sind nicht notwendig einzeln abzuzeichnen.
- bei medizinisch-therapeutischen oder medizinisch-diagnostischen Maßnahmen steht der „Immer-So-Beweis“ auf tönernen Füßen → Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege sind jeweils abzuzeichnen.

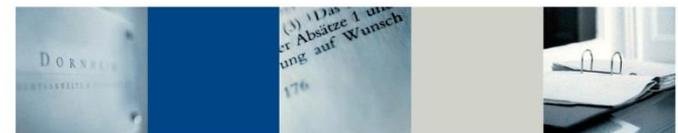


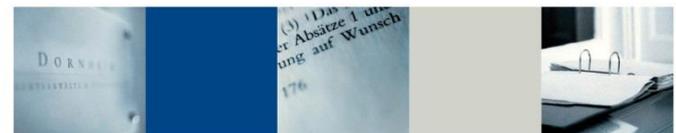
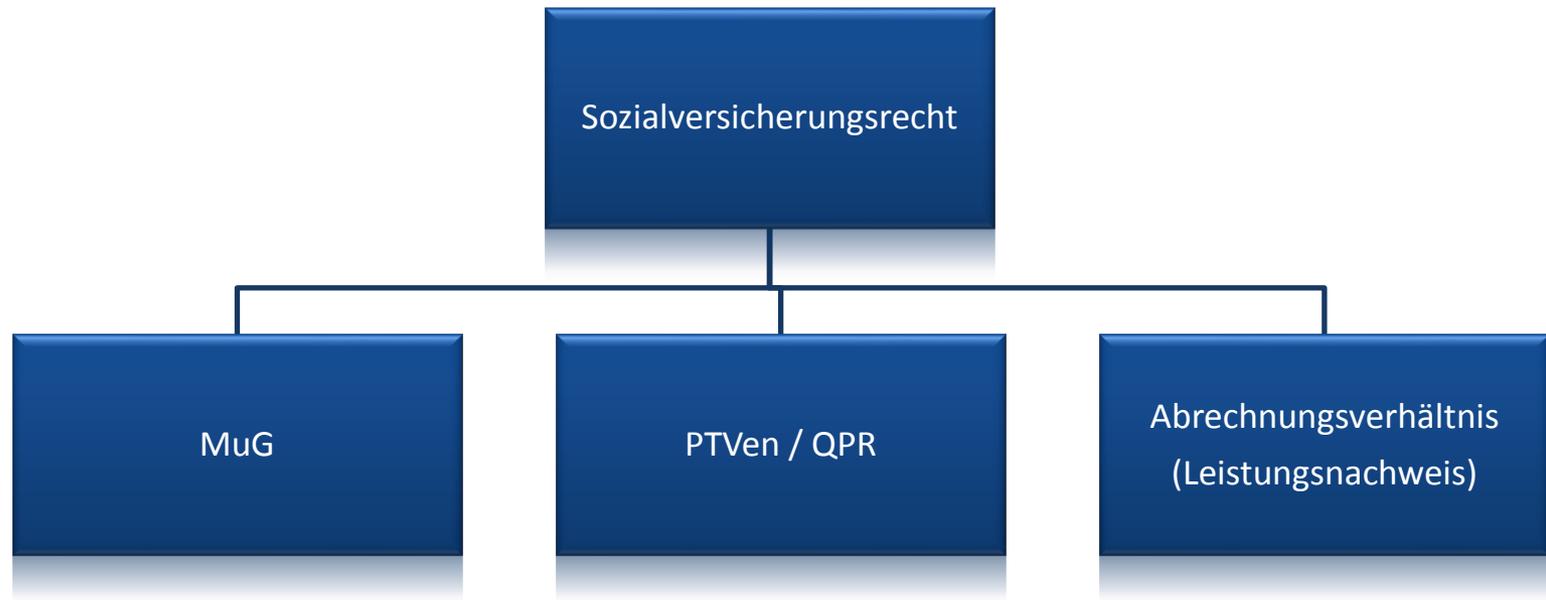
- Auf Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege ist § 630f Abs. 2 BGB anwendbar: *„Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen.“*
- Maßnahmen der Grundpflege / Betreuung sind keine „Behandlung“.
- Ausnahme in der (alten) Rechtsprechung des BGH: Kein Immer-So-Beweis bei Maßnahmen der Dekubitusprophylaxe (Lagerung).



Voraussetzungen des Verzichts auf Einzeldokumentation von Grundpflege / Betreuung:

1. Die Grundpflege (Betreuung) ist in Form einer übergeordneten Leistungsbeschreibung schriftlich niedergelegt.
2. Die Durchführung der Maßnahmen ist beschrieben.
3. Die Pflege- und Betreuungskräfte sind darüber informiert.
4. Im Rahmen der Organisationsverantwortung ist deren Kenntnisnahme durch Gegenzeichnung hinterlegt.
5. Im Qualitätsmanagement sind die organisatorischen Strukturen und Abläufe (im jeweiligen Versorgungssegment) sichergestellt.



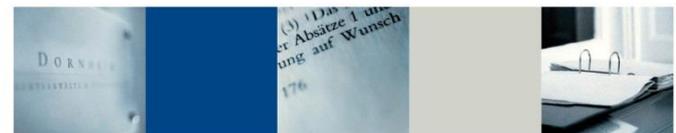


§ 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 SGB XI i.d.F. 2009:

Pflegedokumentation muss

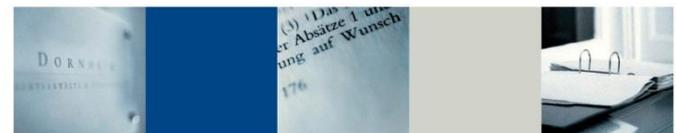
- praxistauglich sein
- den Pflegeprozess unterstützen
- die Pflegequalität fördern
- darf über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen.

Konkretisierung muss in den MuG erfolgen.

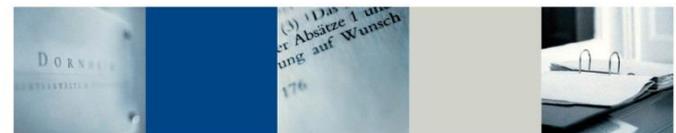


Mit § 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 SGB XI sowie den MuG lässt sich vereinbaren

- dass bei Routinemaßnahmen der Grundpflege (unter der o.g. Voraussetzungen) Einzelleistungen nicht zu dokumentieren sind, soweit die organisatorischen Strukturen und Abläufe durch ein geeignetes Qualitätsmanagement sichergestellt sind und eine individuell strukturierte Informationssammlung und Maßnahmenplanung besteht.
- Zudem hat die Selbstverwaltung durch Beschluss vom 4. Juli 2014 in Ergänzung der MuG (2011) festgestellt, dass das Strukturmodell die sozialrechtlichen Anforderungen erfüllt. Soweit Vereinbarungen auf Landesebene davon abweichen sollten, sind diese nun zu ändern bzw. als unwirksam anzusehen.

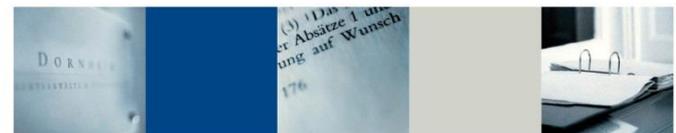


- Bekanntes Problem der PTVen nach § 115 Abs. 1a SGB XI: Die Prozessqualität steht realiter im Vordergrund. PTVs a.F. und PTVa leiten bei fast allen T-Kriterien die Erfüllung oder Nichterfüllung aus der Dokumentation ab.
 - § 114a Abs. 3 Satz 3 SGB XI lautet seit 1.1.2013: *„Bei der Beurteilung der Pflegequalität sind die Pflegedokumentation, die Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen und Befragungen der Beschäftigten (...) sowie der Pflegebedürftigen (...) angemessen zu berücksichtigen.“*
 - Sog. „Triangulation“ der Erkenntnisquellen (Dokumentation, Befragung, Inaugenscheinnahme) ist in der PTVs n.F. bei den meisten bb-Kriterien verankert.
- Fachgespräch mit bzw. die Befragung der beteiligten Pflegekräfte steht der Dokumentation als Nachweis gleich

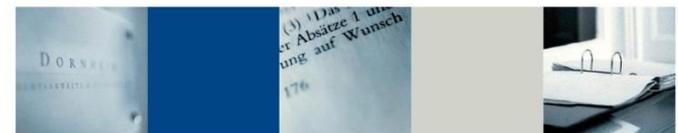


Leistungsnachweis:

- Soweit in der ambulanten Pflege vertraglich (nach § 75 Abs. 1 oder § 89 SGB XI) ein Einzelleistungsnachweis vereinbart ist, bleibt die Aufzeichnungspflicht der einzelnen abrechnungsfähigen Leistung bestehen.
- Hintergrund: Pflegedienst muss Erfüllung beweisen – Nachweis durch Quittung i.S.d. § 368 BGB.
- Teils noch ungeklärt, wie die Tiefe des Leistungsnachweises bei Wahl der zeitabhängigen Vergütung aussieht.



- Einzelleistungsnachweis ist nicht zur Abwehr von Minderungsverlangen notwendig.
- Vgl. § 10 WBG: *„Erbringt der Unternehmer die vertraglichen Leistungen ganz oder teilweise nicht oder weisen sie nicht unerhebliche Mängel auf, kann der Verbraucher unbeschadet weitergehender zivilrechtlicher Ansprüche bis zu sechs Monate rückwirkend eine angemessene Kürzung des vereinbarten Entgelts verlangen.“*
- Auch im zivilrechtlichen Schuldverhältnis zwischen Unternehmer und Verbraucher ist der Immer-So-Beweis bei Routinemaßnahmen unter den genannten Voraussetzungen unproblematisch möglich.



§ 8 NHeimG (Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten):

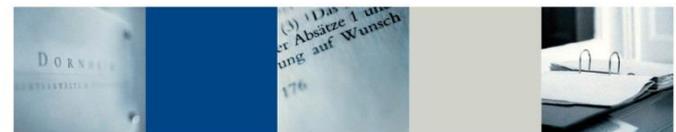
(1) ¹ Der Betreiber eines Heims hat die Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung zu beachten und Aufzeichnungen über den Betrieb zu machen. ² In den Aufzeichnungen müssen insbesondere dargestellt werden [...]

5. die Pflegeplanungen und Pflegeverläufe für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner

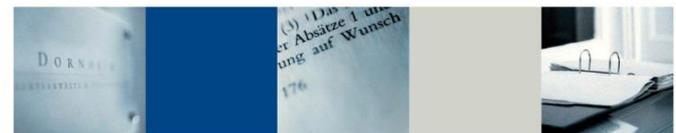
§ 14 SBStG SH (Anforderungen an den Betrieb einer stationären Einrichtung):

(1) Die Träger und die Leitungen der stationären Einrichtung müssen insbesondere [...]

3. für Bewohnerinnen und Bewohner mit Pflegebedarf Pflegeplanungen aufstellen und deren Umsetzung verständlich und übersichtlich aufzeichnen



- Bisherige Konzepte der Pflegedokumentation bleiben zulässig - Änderungen sind nicht notwendig, aber möglich
- Strukturmodell rechtlich und fachlich effektiv und ausreichend
- Voraussetzung ist, dass Pflegefachkräfte ihre Fachkompetenz auch selbstbewusst wahr- und in Anspruch nehmen.



Vielen Dank für's Zuhören

