

## ■ Die Pflegedokumentation aus haftungsrechtlicher Sicht

Von Rechtsanwalt Robert Roßbruch

*In der Universitätsklinik B. ist es in letzter Zeit aufgrund vermeintlicher Pflegefehler vermehrt zu gerichtlichen Auseinandersetzungen insbesondere im zivilrechtlichen Bereich gekommen. In allen Fällen wurde und wird auf die vorhandene pflegerische (und gegebenenfalls ärztliche) Dokumentation als Beweismittel zurückgegriffen.*

*Diese aktuellen Vorfälle sowie diverse Veröffentlichungen in der letzten Zeit, die zu erheblichen Irritationen in der Pflege geführt haben, sind für den Verfasser Anlaß, um in dem nachfolgenden Beitrag darzulegen, welche in der Rechtsprechung entwickelten haftungsrechtlichen Grundsätze an eine ordnungsgemäße Pflegedokumentation gestellt werden. Dabei soll auch auf die Frage eingegangen werden, ob und wie häufig in der Nacht eine Nachtwache nach den Patienten sehen und dies dokumentieren muß.*

### 1. Warum muß dokumentiert werden?

Spätestens seit dem Grundsatzurteil des BGH vom 18. 3. 1986<sup>1</sup> ergibt sich auch für die Pflege die Pflicht zu einer ordnungsgemäß geführten Dokumentation. **Rechtsgrundlage für die pflegerische Dokumentation** ist zum einen § 4 KrPflG und die KrPflAprVO sowie das Vertragsrecht in Gestalt des Krankenhausaufnahmevertrags, Heimvertrags oder Behandlungsvertrags. Die Dokumentationspflicht der Pflegeperson ist daher eine dem Patienten als dienstvertragliche Nebenleistung geschuldete Pflicht anzusehen, entsprechende Aufzeichnungen über den Verlauf der pflegerischen Maßnahmen zu fertigen. Dies bedeutet, daß der Krankenhausträger die Dokumentation des Fortgangs der Grund- und Behandlungspflege als pflegerische Nebenleistung vertraglich gewährleisten muß.

Die vertraglich und deliktisch begründete Pflicht zur Dokumentation des Behandlungsgeschehens stellt zwar primär auf die pflegerische Seite der Pflegeperson-Patienten-Beziehung im Sinne der Ermöglichung einer ordnungsgemäßen und sicheren Pflege ab, ihr kommt jedoch darüber hinaus auch ein prozessualer Zweck im Sinne einer Beweissicherung im Falle eines Haftungsprozesses zu (vgl. §§ 284, 286 ZPO; §§ 155, 244, 261 StPO). So kann es gerade in einem Bereich, in dem es darum geht, den Patienten auf die besonderen schwerwiegenden Risiken und die Notwendigkeit der Vornahme bestimmter

pflegerischer Maßnahmen hinzuweisen, im Hinblick auf einen möglichen Haftungsprozeß aus der Sicht der Pflegeperson ratsam sein, die Weigerung des Patienten, einer bestimmten pflegerischen Maßnahme (z. B. Dekubitus-Prophylaxe) zuzustimmen, zu dokumentieren. Neben der fachlichen gibt es daher auch eine rechtliche Notwendigkeit zur Dokumentation.

Somit hat die Pflegedokumentation im hier verstandenen Sinne drei Funktionen:

- Sie ist Arbeitsmittel im Sinne einer Gedächtnisstütze.
- Sie dient der Herstellung bzw. Verbesserung der Kommunikation und Information und ist somit ein wesentlicher Bestandteil der Qualitätssicherung.
- Sie dient darüber hinaus der Beweissicherung.

Im Haftungsprozeß gegen eine Pflegeperson hat der klagende Patient regelmäßig den Beweis sowohl für einen Pflegefehler als auch für den Ursachenzusammenhang zwischen diesem Fehler und dem geltend gemachten Gesundheitsschaden zu führen. Eine nicht nachvollziehbare und somit mangelhafte Dokumentation kann jedoch im Einzelfall zu **Beweiserleichterungen** zugunsten des Patienten bis hin zur **Beweislastumkehr** führen. Eine über den Nachweis eines Pflegefehlers hinausgehende Erleichterung auch für den Beweis der Ursächlichkeit der von der Pflegeperson getroffenen Pflegemaßnahmen für seinen Gesundheitsschaden kann dem klagenden Patienten dann zugute kommen, wenn z. B. in diesen pflegerischen Maßnahmen ein schwerer Behandlungsfehler liegt.

Versäumnisse bei der Dokumentation durchgeführter Pflegemaßnahmen können Beweiserleichterungen für die Kausalität zugunsten des Patienten allerdings nur dann begründen, wenn dadurch die Aufklärung eines immerhin wahrscheinlichen Ursachenzusammenhangs zwischen Pflegefehler und Gesundheitsschaden erschwert oder vereitelt wird.<sup>2</sup> Denn allein bei solcher Wahrscheinlichkeit kann einem derartigen Fehlverhalten der Pflegeperson ein ausreichendes Gewicht beigemessen werden, um eine entsprechende Verminderung des vom Patienten zu erbringenden Beweismaßes zu rechtfertigen. Zwar kann die Unterlassung der erforderlichen Dokumentation ein Indiz dafür sein, daß die aus pflegerischer Sicht gebotene Maßnahme unterblie-

1 In: R. Roßbruch, Handbuch des Pflegerechts, Bd. 3, C. 46,5

2 So das OLG Oldenburg, in: R. Roßbruch, Handbuch des Pflegerechts, Bd. 3, C. 46,9; vgl. auch BGH, VersR 1989, 80 (81) für ärztliche Versäumnisse bei der Befunderhebung und -sicherung.

ben ist.<sup>3</sup> Voraussetzung ist jedoch, daß die Aufzeichnung der Maßnahme geboten war, um Pflegepersonal und Ärzte über den Verlauf der Krankheit und die bisherige Behandlung für ihre künftigen Entscheidungen ausreichend zu informieren. Eine Dokumentation, die aus pflegerischer Sicht nicht erforderlich ist, ist auch nicht aus Rechtsgründen geboten, so daß aus dem Unterbleiben derartiger Aufzeichnungen keine beweisrechtlichen Folgerungen gezogen werden können.<sup>4</sup>

Ob und inwieweit im Einzelfall eine Dokumentationspflicht der handelnden Pflegeperson besteht, deren Nichterfüllung Beweiserleichterungen zugunsten des klagenden Patienten zur Folge haben kann, unterliegt als Rechtsfrage der richterlichen Beurteilung und Entscheidung.

## 2. Wer muß dokumentieren?

Grundsätzlich hat – wie bereits aus dem oben dargelegten hervorgeht – jeder, der pflegerische Maßnahmen am Patienten durchführt, die Pflicht, diese zu dokumentieren. Dies bezieht sich somit nicht nur auf examiniertes Pflegepersonal, sondern auch auf Auszubildende, Praktikanten, Zivildienstleistende und andere berufsmäßig tätigen Gehilfen des Pflegepersonals.

Anordnungen und Durchführung von pflegerischen Tätigkeiten sind von der anordnenden bzw. durchführenden Pflegeperson in das Dokumentationssystem einzutragen und von ihr mit ihrem Handzeichen abzuzeichnen. Das Handzeichen ist ausreichend, wenn es eine entsprechende **Handzeichenlegende** gibt. Neue Mitarbeiter und Aushilfen sind nachzutragen. Bei Schülern empfiehlt es sich, eine Handzeichenlegende bei der jeweiligen Alten-, Kinderkranken- bzw. Krankenpflegeschule anzulegen.

Die Pflegedokumentation stellt eine **Urkunde** dar. Aussteller der »Urkunde Pflegedokumentation« ist die Pflegeperson und hinsichtlich der ärztlichen Anordnungen der Arzt. Weder die Pflegeperson noch der Arzt haben das Recht, Eintragungen einer anderen zur Dokumentation berechtigten Person inhaltlich abzuändern oder gar zu streichen. Verändert z. B. der Arzt die von einer Pflegeperson in der Krankenakte dokumentierten Befunde oder die von ihm zunächst mündlich angeordneten Maßnahmen, insbesondere in bezug auf die Applikation eines bestimmten Medikaments bzw. dessen Dosis, so ändert er die Beweisrichtung der »Urkunde Pflegedokumentation« ab und begeht damit eine **Urkundenfälschung** im Sinne des § 267 StGB.<sup>5</sup>

Darüber hinaus hat auch der behandelnde **Arzt** seine **Anordnungen** in das Dokumentationssystem

**einzutragen** und diese mit seinem Handzeichen **abzuzeichnen**. Erst nachdem der Arzt seine Anordnung abgezeichnet hat, liegt eine wirksame bzw. verbindliche Anordnung vor. Die Eintragung muß zweifelsfrei erkennen lassen, auf welchen Patient sich die Anordnung bezieht, außerdem sind im Falle der Applikation eines Medikaments Art, Dosis und Zeitpunkt bzw. zeitliche Abfolge der Applikation eindeutig zu bestimmen. Die Pflicht des Arztes zur ordnungsgemäßen Dokumentation, die auch und gerade die **Pflicht zur schriftlichen Fixierung** ärztlicher Anordnungen umfaßt, ergibt sich aus:

- dem ärztlichen Standesrecht (§ 15 MBO-Ä),
- dem Krankenhausvertragsrecht,
- dem Deliktsrecht (§ 810 BGB) sowie
- der ständigen Rechtsprechung des BGH.

Auch die Empfehlungen der DKG gehen von der prinzipiellen Schriftlichkeit ärztlicher Anordnungen aus.

In diesem Zusammenhang ist der Auffassung von Böhme und Jacobs<sup>6</sup> zu widersprechen,<sup>7</sup> die die mündliche, insbesondere die **telefonische Anordnung des Arztes** als haftungsrechtlich unproblematisch und daher grundsätzlich für ausreichend erachten, wenn die Pflegeperson die mündliche Anordnung des Arztes entsprechend dokumentiert. Abgesehen davon, daß diese Ansicht zu erheblichen Irritationen in der Pflege geführt hat, entspricht diese, wie bereits oben dargelegt, weder den rechtlichen Vorschriften und der daraus resultierenden Rechtsprechung im allgemeinen noch den forensischen Erfahrungen des Verfassers im besonderen.

Auch die rechtliche Begründung der von Böhme und Jacobs propagierten Handlungsweise vermag nicht zu überzeugen. Es ist zwar richtig, daß derjenige, der eine Anordnung trifft, dafür Sorge zu tragen hat, daß seine Anordnungen korrekt und zweifelsfrei sein müssen. Auch ist es grundsätzlich zutreffend, daß der erste Anschein dafür spricht, daß sich das Geschehen so zugetragen hat, wie es – eine ordnungsgemäße Dokumentation vorausgesetzt – dokumentiert worden ist (sog. prima-facie-Beweis). Doch gilt dies nur bedingt für eine mündliche Anord-

3 Vgl. u. a. BGH, Urt. v. 18. 3. 1986, in: R. Roßbruch, Handbuch des Pflegerechts, Bd. 3, C. 46,5.

4 Vgl. die höchstrichterliche Rechtsprechung zur ärztlichen Dokumentationspflicht, BGH, NJW 1989, 2331 und BGH, Urt. v. 23. 3. 1993, in: R. Roßbruch, Handbuch des Pflegerechts, Bd. 3, C. 46,11.

5 So im Ergebnis auch OLG Koblenz, Urt. v. 19. 9. 1994, in: R. Roßbruch, Handbuch des Pflegerechts, Bd. 3, C. 46, 13.

6 Rechtsfragen bei ärztlichen Anordnungen, in: Die Schwester/Der Pfleger, 2/1997, S. 149 ff.

7 So auch im Ergebnis Werner Schell, Wer delegiert muß auch dokumentieren!, in: PFLEGE AKTUELL, 5/97, S. 322 f.

nung. Denn die Dokumentation der ärztlichen Anordnung mit »tel.«, »mdl.« oder »TA« ist prinzipiell kein Beweis dafür, daß die Pflegeperson die Anordnung richtig verstanden und dann entsprechend niedergeschrieben hat. Denn sie könnte auch die falsch verstandene Anordnung in der Dokumentation festgehalten haben. Der Hinweis auf eine Wiederholung der telefonischen Anordnung mag zwar sinnvoll sein, greift aber für den Fall nicht, wenn der Arzt im Haftungsprozeß grundsätzlich bestreitet, die in Rede stehende Anordnung erteilt zu haben. In diesem Fall wird er auch das wiederholende Abfragen seitens der Pflegeperson bestreiten. Jedenfalls ist die Pflegeperson regelmäßig dafür beweispflichtig, daß sie das Medikament in der entsprechenden Dosierung und Applikationsform verabreicht hat, welches tatsächlich angeordnet worden ist. Dieser Nachweis ist zumindest im Nachtdienst, in der keine zweite Person die telefonische Anordnung des Arztes mithören kann, nur durch eine schriftliche Anordnung seitens des Arztes zu erbringen, zu der er, wie bereits oben dargelegt, verpflichtet ist. Daher muß von der Durchführung nur mündlich erteilter Anordnung, von Notfällen abgesehen, dringend abgeraten werden.

Weigert sich der Arzt, seine mündlichen Anordnungen schriftlich zu fixieren, so hat die Pflegeperson – von Notfällen abgesehen – gemäß § 273 BGB ein **Zurückbehaltungsrecht** seiner Arbeitsleistung, von dem sie auch Gebrauch machen sollte. Es ist ein allgemeiner arbeitsrechtlicher Grundsatz, daß der Arbeitnehmer seine Arbeitsleistung zurückhalten kann, wenn der Arbeitgeber bzw. dessen weisungs- oder anordnungsberechtigte Mitarbeiter seine Pflichten – hier die Schriftlichkeit ärztlicher Anordnungen – nicht erfüllt.

Bei **Belegärzten** und in der stationären und ambulanten Altenpflege bei **Hausärzten**, die sich regelmäßig nicht in der Einrichtung, sondern in ihrer Praxis aufhalten, empfiehlt es sich aus Gründen der Praktikabilität diesen aufzugeben, künftig ihre **Anordnungen per Fax** an die Einrichtung zu senden. Diese Anordnung kann dann in die Pflegedokumentation eingetragen und, wenn der Arzt vor Ort ist, von diesem abgezeichnet werden. Das Fax kann nach Abzeichnung vernichtet werden. Somit ist es auch bei einem Belegarzt-System bzw. bei Hausärzten grundsätzlich möglich, auf die Schriftlichkeit der Anordnung zu bestehen.

Darüber hinaus weist Schell zu Recht auf den Widerspruch bei Böhme und Jacobs hin, die undifferenziert dafür plädierten, »es den Ärzten freizustellen, ob sie schriftliche oder mündliche Anordnungen erteilen«, während sie auf der anderen Seite »das

Pflegepersonal zur sorgfältigen und zeitnahen Dokumentation der Maßnahmen« mahnen.<sup>8</sup> Ferner setzt sich Böhme selbst in Widerspruch zu anderen, von ihm vorgenommenen Äußerungen. So schreibt er u. a.: »Grundsätzlich haben die Anordnungen (des Arztes, d. Verf.) schriftlich zu erfolgen.«<sup>9</sup> Der konsternierte Leser hat nun die Möglichkeit, je nach Zweckmäßigkeit sich für eine der beiden von Böhme angebotenen Rechtsauffassungen zu entscheiden.

Es ist somit festzuhalten, daß – von Notfällen abgesehen – mündliche, insbesondere telefonische Anordnungen keine Grundlage für die Vornahme behandlungspflegerischer Maßnahmen oder gar die Durchführung von ärztlichen Tätigkeiten sein können. Denn im Falle einer Schädigung des Patienten aufgrund des falschen Medikaments oder der falschen Dosis muß die Pflegeperson im Zweifelsfalle den Nachweis führen, daß der Arzt eine entsprechende Anordnung auch tatsächlich gegeben hat.

### 3. Wie muß dokumentiert werden?

Grundsätzlich muß aus der Pflegedokumentation erkennbar sein, **wer, was, wann, wie und warum** getan hat. Damit dient die Pflegedokumentation zum einen dem zwingend notwendigen und nachvollziehbaren systematischen Informationsaustausch innerhalb derer, die am pflegerischen und ärztlichen Behandlungsgeschehen beteiligt sind. Zum anderen kann, wie bereits oben dargelegt, eine nicht ordnungsgemäße, lückenhafte Pflegedokumentation in einem Schadensersatzprozeß zu Beweiserleichterungen führen. Denn neben dem Patient muß im Zweifelsfalle auch ein außenstehender Dritter (z. B. der Richter) erkennen können, welche pflegerische Maßnahme von welcher Pflegeperson, zu welchem Zweck und gegebenenfalls zu welchem Zeitpunkt vorgenommen worden ist. Dies bedeutet, daß die **Eintragungen so abzufassen sind, daß sie zum einen lesbar und zum anderen aus sich heraus verständlich sind**. Dabei soll insbesondere das in der Praxis immer wieder vorfindbare Abfassen von »Besinnungsaufsätzen«, die in epischer und damit unübersichtlicher Breite Krankenbeobachtungen oder pflegerische Maßnahmen beschreiben, vermieden werden. Diese tragen eher zur Informationsverwirrung als zur Informationsklarheit bei. Die Pflegeperson sollte sich also einen Dokumentationsstil aneignen, der in knapper, präziser Form alle relevanten Informationen enthält.

<sup>8</sup> a. a. O., S. 323.

<sup>9</sup> Böhme, Das Recht des Krankenpflegepersonals, Teil II: Haftungsrecht, Stuttgart, 3. Aufl. 1991, S. 222.

Die Pflegedokumentation ist nur mit **dokumentechnem Schreibgerät** vorzunehmen. Insbesondere das Schreiben mit Bleistift stellt daher eine nicht ordnungsgemäße Dokumentation dar. Eintragungsfehler sind mit einem waagerechten Strich so durchzustreichen, daß der durchgestrichene Text erkennbar bleibt. In der nächsten Zeile ist dann die fehlerfreie Eintragung vorzunehmen. Daraus ergibt sich, daß das völlige Schwärzen einer fehlerhaften Eintragung oder der Gebrauch von Tipp-Ex oder das Überkleben derselben fehlerhaft und unzulässig ist.

#### 4. Was muß dokumentiert werden?

Auch bei der Pflegedokumentation gilt nach ständiger Rechtsprechung der Grundsatz der Vollständigkeit. Danach sind alle pflegerisch und medizinisch relevanten Wahrnehmungen, insbesondere alle atypischen Verläufe zu dokumentieren. Dies gilt erst recht für Risikopatienten. Ferner sind alle ärztlichen bzw. pflegerischen Anordnungen sowie alle relevanten Aspekte im Bereich der Pflegeamnese, Pflegediagnostik und Pflegetherapie sowie sonstige Behandlungsmaßnahmen gegebenenfalls unter Angabe der genauen Uhrzeit bzw. des zeitlichen Ablaufes zu dokumentieren. Daraus folgt, daß jeder, der mit grund- und behandlungspflegerischen Maßnahmen betraut ist, so zu dokumentieren hat, daß ein aktuelles und lückenloses Bild über den gesundheitlichen Zustand des Patienten entsteht und hierdurch die Arbeitskollegen in die Lage versetzt werden, die Patientenversorgung ohne Informationsdefizite weiterführen zu können. Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder das Auftreten zusätzlicher Gesundheitsschäden während oder nach einer pflegerischen Maßnahme ist grundsätzlich noch kein Indiz für das Vorliegen eines Pflegefehlers. Entscheidend hierbei ist, daß die Auffälligkeiten wahrgenommen und dokumentiert werden und der Nachweis erbracht wird, daß etwas dagegen unternommen wurde.

Ist z. B. die Gefahr der Entstehung eines Dekubitus außergewöhnlich groß und die Vermeidung allenfalls nur mit intensiven Pflegemaßnahmen möglich, dann ist es schon zur Gewährleistung der erforderlichen Prophylaxe erforderlich, nicht nur die Diagnose, daß der Patient ein solcher Risikopatient ist, sondern außerdem die ärztlichen Anordnungen zu den durchzuführenden besonderen Pflegemaßnahmen schriftlich zu fixieren. Von einer Dokumentation der angeordneten Pflegemaßnahmen kann nur dann abgesehen werden, wenn im Krankenhaus eine allgemeine schriftliche Anweisung – dies kann auch in Form von eigens hierfür entwickelten Pflegestandards geschehen – besteht, aus der deutlich hervor-

geht, welche einzelnen prophylaktischen Maßnahmen in den Fällen des Dekubitus-Risikos unbedingt durchzuführen sind. Enthält die Pflegedokumentation weder die Feststellung, daß bei dem Patienten eine erhebliche Dekubitus-Gefahr bestand, noch Aufzeichnungen über die angeordneten bzw. getroffenen Pflegemaßnahmen zur Vorbeugung und zur Behandlung des Durchliegegeschwürs oder fehlt gar eine Eintragung über dessen erste Wahrnehmung, dann liegt eine mangelhafte Dokumentation vor.<sup>10</sup>

Da die Pflegedokumentation als Nachweis für die erbrachte pflegerische Tätigkeit dient, bewirkt ein »Schweigen« in der Pflegedokumentation die oft zum Indiz führende Vermutung, daß die nicht eingetragene pflegerische Maßnahme auch nicht durchgeführt wurde. Allerdings sollten die aus haftungsrechtlicher Sicht unsinnigen und oft gebetsmühlenhaft sich wiederholenden Floskeln wie: »Patient geht's gut«, »unauffällig«, »o. B.«, »unverändert«, »keine Beschwerden« oder »keine Vorkommnisse« vermieden werden. Abgesehen davon, daß das Nichtvorliegen von Vorkommnissen im Sinne von Abwesenheit eines Etwas nur schwerlich dokumentierbar ist und solche Kürzel wenig aussagekräftig sind, bedarf es einer solchen Eintragung nicht, da unterstellt wird, daß es bei einem »Schweigen« der Dokumentation auch nichts zu dokumentieren gab. Denn ginge es dem Patienten schlecht bzw. hätte sich etwas an seinem Gesundheitszustand verändert, so müßte dies zwingend dokumentiert werden.

Das Vorhandensein von schriftlich fixierten und von der Pflegedirektion bzw. vom Träger eingeführten **Pflegestandards** stellen dabei eine wesentliche Vereinfachung der Pflegedokumentation dar, da in einem solchen Fall nicht alle einzelnen pflegerischen Tätigkeiten eingetragen werden müssen, weil die Eintragung der Pflegemaßnahme »Dekubitus-Prophylaxe nach Pflegestandard« völlig ausreichend ist.

#### 5. Wann muß dokumentiert werden?

Grundsätzlich ist die Dokumentation **zeitnah** vorzunehmen, da den Eintragungen in die Pflegedokumentation nur dann Beweiskraft zukommt, wenn diese in zeitlich nahem Bezug zu dem dokumentierten Geschehen festgehalten wurden. Wann eine Eintragung noch als rechtzeitig anzusehen ist, ist von der jeweiligen Sachlage abhängig und kann nur für jeden einzelnen Fall entschieden werden. So sind z. B. im Bereich der Funktionspflege regelmäßig die nach Abschluß der an dem jeweiligen Patienten vorge-

10 Vgl. BGH, Urt. v. 18. 3. 1993, in: R. Roßbruch, Handbuch des Pflegerechts, Bd. 3, C. 46, 5.

nommenen Pflegemaßnahmen einzutragen. Wird die Bezugspflege praktiziert, so kann es ausreichend sein, am Ende der jeweiligen Schicht alle pflegerisch und medizinisch relevanten Daten und Maßnahmen zu dokumentieren. Vergißt die Pflegeperson versehentlich eine z. B. durchgeführte pflegerische Maßnahme zu dokumentieren und fällt ihr dies nach ihrem Dienst ein, so kann sie diese pflegerische Maßnahme, soweit eine sofortige telefonische Unterrichtung der diensthabenden Kollegen nicht notwendig ist, am nächsten Tag noch eintragen, muß diesen Eintrag jedoch als Nachtrag kennzeichnen.

## 6. Die Aufsichtspflicht der Nachtwache und deren Dokumentation

Zur Frage, ob es Vorgaben gibt, **wie häufig in der Nacht eine Nachtwache nach den Patienten sehen und dieses dokumentieren muß**, ist folgendes festzuhalten:

Die in vielen Krankenhäusern noch gängige und zum Teil von der Verwaltung bzw. Pflegedienstleitung geforderte Praxis, daß die im Nachtdienst tätige Pflegeperson ungeachtet der Tatsache, ob dies pflegerisch und/oder medizinisch indiziert ist, **zweistündlich in alle Patientenzimmer** zu gehen hat, ist nicht nur aus arbeitsökonomischer, sondern auch aus haftungsrechtlicher Sicht unsinnig. Tatsache ist, daß die Rechtsprechung nur dann eine erhöhte Aufsichtspflicht an den Krankenhausträger und an die diensthabende Pflegeperson stellt, wenn dies aus pflegerischer und/oder ärztlicher Sicht erforderlich ist. Ist dies erforderlich, so ist eine konkrete, auf den einzelnen Patienten bezogene Anordnung zu erteilen, die eine entsprechende Aufsicht in bestimmten zeitlichen Intervallen zum Inhalt hat. Diese Anordnung kann im Einzelfall eine viertelstündliche Überwachung oder gar die Anordnung einer Sitzwache beinhalten. Eine pauschale und generelle Aufsichtspflicht, also auch bei Patienten, bei denen dies nicht angezeigt ist, macht weder aus pflegerischer noch aus haftungsrechtlicher Sicht einen Sinn und sollte daher der Geschichte angehören, so wie z. B. das Eisen und Fönen bei der Dekubitus-Prophylaxe. Die Angst der Pflegeperson im Nachtdienst, morgens einen toten Patienten im Bett vorzufinden, bei dem überhaupt keine Anhaltspunkte für sein baldiges Ableben vorlagen, stellt zwar ein psychologisches, wegen der Unvorhersehbarkeit dieses atypischen Verlaufes jedoch kein haftungsrechtliches Problem dar. Im übrigen wird auf die Ausführungen zur Dokumentationspflicht verwiesen.

Bei **Kleinkindern** ist selbstverständlich eine ständige Aufsichtspflicht gegeben. Von dieser ständigen Aufsichtspflicht ist die Kinderkrankenschwester

allerdings dann befreit, wenn sich ein sorgeberechtigter Elternteil bei dem Kind befindet und dieser nach entsprechender Aufklärung über mögliche Risiken in der Lage ist, das Kind selbst adäquat zu beaufsichtigen.

## 7. Fazit der rechtlichen Betrachtungen

Zusammenfassend ist somit festzustellen:

- Die Dokumentation kann als ein Arbeitsmittel im Sinne einer Gedächtnisstütze angesehen werden. Sie dient primär der Herstellung bzw. Verbesserung der Kommunikation und Information und ist somit ein wesentlicher Bestandteil der Qualitätssicherung. Sie dient darüber hinaus der Beweissicherung.
- Zugunsten des Patienten kommen Beweiserleichterungen bis zur Beweislastumkehr in Betracht, wenn die gebotene pflegerische Dokumentation lückenhaft bzw. unzulänglich ist und deswegen für ihn im Fall einer Gesundheitsschädigung die Aufklärung des Sachverhalts unzumutbar erschwert wird.
- Der Arzt ist grundsätzlich zur schriftlichen Fixierung seiner Anordnungen verpflichtet. Dies ergibt sich aus dem ärztlichen Standesrecht (§ 15 MBO-Ä), dem Deliktsrecht (§ 810 BGB), dem Krankenhausvertragsrecht sowie der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs.
- Grundsätzlich sind alle am Behandlungsgeschehen beteiligten Personen zur Dokumentation verpflichtet. Dabei sind alle pflegerisch und medizinisch relevanten Wahrnehmungen, insbesondere alle atypischen Verläufe zu dokumentieren. Dies gilt erst recht für Risikopatienten. Ferner sind alle ärztlichen bzw. pflegerischen Anordnungen sowie alle pflegerisch und/oder medizinisch relevanten Maßnahmen zu dokumentieren.
- Die Pflegeperson sollte aus haftungsrechtlichen Gründen darauf bestehen, daß der Arzt – auch während seines Bereitschaftsdienstes in der Nacht – künftig seine Anordnungen, von Notfallsituationen abgesehen, schriftlich erteilt.
- Weigert sich der Arzt, seine mündlichen Anordnungen schriftlich zu fixieren, dann hat die Pflegeperson – von Notfällen abgesehen – gem. § 273 BGB ein Zurückbehaltungsrecht ihrer Arbeitsleistung, von dem sie auch Gebrauch machen sollte.
- Die Dokumentation pflegerisch und/oder medizinisch relevanter Beobachtungen und Maßnahmen hat grundsätzlich zeitnah zu erfolgen. Wird das Dokumentieren einer aufzeichnungsrelevanten

ten Maßnahme einmal vergessen, so kann diese als Nachtrag gekennzeichnet am nächsten Tag noch eingetragen werden.

- Eine im Nachtdienst tätige Pflegeperson ist bei fehlender pflegerischer und/oder medizinischer Indikation aus haftungsrechtlicher Sicht nicht ver-

pflichtet, zweistündlich in alle Patientenzimmer zu gehen. Eine generelle diesbezügliche Weisungspflicht des Krankenhausträgers, die aus seiner Organisationsverantwortung resultieren könnte, besteht ebenfalls nicht.

---