

RAI-NH-Fachtagung, Uni Irchel, Zürich

15. August 2017

Pflegedokumentation: Die juristische Sicht

Anekdote aus der 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 Gerichtsentscheiden, 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: Tiefe Regelungsdichte, ergo Ableitung von relativ allgemeinen – ausgesprochen interpretationsbedürftigen – Grundsätzen; bei der Deutung spielt die Absicht, der Zweck, der Grundgedanke der jeweiligen Bestimmung eine wesentliche Rolle.

Was ist aber 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

Art. 10 Recht auf Leben und auf persönliche Freiheit

¹ Jeder Mensch hat das Recht auf Leben. Die Todesstrafe ist verboten.

² Jeder Mensch hat das Recht auf persönliche Freiheit, insbesondere auf körperliche und geistige Unversehrtheit und auf Bewegungsfreiheit.

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

Wir müssen uns somit in aller Regel wie gesagt 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. Diese nervige Antwort ist aber nicht einfach eine faule Ausrede, sondern ergibt sich aus dem, was passiert, wenn man eine Rechtsnorm zu interpretieren – also einen abstrakten Grundsatz auf eine konkrete Situation anzuwenden hat.

Die Dokumentation ist eine von unseren Berufspflichten. Der Inhalt aller Berufspflichten ist „relativ“ – was eben nichts anderes bedeutet, als dass es auf die Umstände ankommt. Was sind die

Vorzeichen eines hypoglykämischen Komas? Sollte eine diplomierte Pflegefachfrau sie erkennen?
Eine FaGe? Die Raumpflegerin?

Mit anderen Worten: wie alle anderen Berufspflichten ist die Dokumentationspflicht „relativ“.

Ein weiterer Aspekt: 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 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 gegebenenfalls 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:

Die Pflegedokumentation muss den Zustand des Patienten und die an ihm erbrachte Pflege für den gesamten Zeitraum jener Pflege beschreiben. Sie muss m.a.W. 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 Pflegenden 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.

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 die Ausnahme und nicht 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 (Besonderer Teil: z.B. Straftaten gegen Leib und Leben, gegen die Ehre und den Privatbereich [Berufsgeheimnis], gegen die sexuelle Integrität, etc.; 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: z.B. Bern:

- Gesundheitsgesetz
- Verordnung über die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten und der Gesundheitsfachpersonen (Patientenrechtsverordnung)
- Verordnung über die beruflichen Tätigkeiten im Gesundheitswesen (Gesundheitsverordnung)
- Verordnung zum Bundesgesetz über die Betäubungsmittel
- Einführungsgesetz zur Zivilprozessordnung, zur Strafprozessordnung und zur Jugendstrafprozessordnung

Standesregeln

- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK: „Dokument über die Reglementierung der Berufsausübung des diplomierten Pflegepersonals“, 1995, Art. 12 („Sorgfaltspflicht“)
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK: „Die Pflege dokumentieren – Qualitätskriterien zur Pflegedokumentation und ihrer Anwendung“, 2006
- Auch dem ICN-Ethikkodex für Pflegende und den „Ethischen Grundsätzen für die Pflege“ des SBK 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

Fallbeispiele

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

Pierre-André Wagner, Rechtsanwalt, LL.M., dipl. Pflegefachmann, August 2017

GesG

2. Rechte und Pflichten der Gesundheitsfachpersonen [Titel Fassung vom 6. 2. 2001]

Art. 26 [Fassung vom 6. 2. 2001]

5. Dokumentationspflicht

¹ Die Fachperson hat über die Behandlung einer Patientin oder eines Patienten fortlaufend Aufzeichnungen zu führen und den Behandlungsverlauf angemessen zu dokumentieren. Die Dokumentation muss insbesondere die Sachverhaltsfeststellungen, die Diagnose, die angeordneten Therapieformen sowie Ablauf und Gegenstand der Aufklärung enthalten.

² Die Behandlungsdokumentation ist unter Beachtung der erforderlichen Sicherheitsmassnahmen so lange aufzubewahren, als sie für die Gesundheit der Patientin oder des Patienten von Interesse ist, mindestens aber während zehn Jahren. Der Regierungsrat kann für bestimmte Tätigkeiten längere Aufbewahrungsfristen vorsehen, wenn dies im Interesse der Patientinnen und Patienten liegt.

³ Bei Praxisaufgabe besteht die Aufbewahrungspflicht im Rahmen von Absatz 2 weiter. Die Fachperson hat zu gewährleisten, dass die Behandlungsdokumentation unter Wahrung der Schweigepflicht verwaltet und den berechtigten Patientinnen und Patienten der Zugang dazu ermöglicht wird.

⁴ Die Fachperson kann sich auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Patientin oder dem Patienten von ihrer Aufbewahrungspflicht befreien, indem sie die Behandlungsdokumentation der nachbehandelnden Fachperson oder der Patientin oder dem Patienten übergibt.

⁵ Wenn die vorschriftsmässige Aufbewahrung der Behandlungsdokumentation durch die Fachperson nicht gewährleistet wird, kann die zuständige Stelle der Gesundheits- und Fürsorgedirektion die Ersatzvornahme durch eine von ihr bezeichnete Stelle auf Kosten der Fachperson anordnen.

PatV

1. Geltungsbereich

Art. 1

- ¹ Diese Verordnung regelt, in Ergänzung der Bestimmungen des GesG [BSG 811.01],
a die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten sowie der Gesundheitsfachpersonen,

Art. 3

Formen der Behandlungsdokumentation

Die Behandlungsdokumentationen nach Artikel 26 GesG können sowohl handschriftlich als auch in anderer geeigneter Form, insbesondere elektronisch, geführt werden.

Art. 4

Elektronische Behandlungsdokumentation

¹ Das bei elektronischen Behandlungsdokumentationen eingesetzte Informatiksystem muss insbesondere sicherstellen, dass

- a die Daten ihrem Ursprung zugeordnet werden können (Authentizität),
- b die Daten während der Bearbeitung unverfälscht, vollständig und widerspruchsfrei bleiben (Integrität),
- c dokumentiert wird, wer welche Daten zu welchem Zeitpunkt im System eingegeben, verändert oder gelöscht hat (Revisionsfähigkeit),
- d die Daten für die Einsichtnahme und Herausgabe nach Artikel 39a GesG verfügbar sind.

² Elektronische Behandlungsdokumentationen sind durch angemessene organisatorische und technische Massnahmen insbesondere zu schützen vor

- a äusseren Einwirkungen,
- b unerlaubter Veränderung,
- c Zugriff durch und Übermittlung an unbefugte Personen.

³ Die datenbearbeitende Stelle legt schriftlich fest, welche Grundschutzmassnahmen und welche zusätzlichen Schutzmassnahmen zu treffen sind.

Art. 5

Zugriff auf Behandlungsdokumentationen und Einsichtnahme

- ¹ Die Behandlungsdokumentationen sind so aufzubewahren, dass Unbefugte sie nicht einsehen können.
- ² Innerhalb von Institutionen muss der Zugriff auf die Behandlungsdokumentationen so geregelt sein, dass die Einsichtnahme auf den Teil der Behandlungsdokumentation beschränkt wird, der für die jeweilige Aufgabenerfüllung nötig ist.
- ³ Die Einsichtnahme durch Patientinnen und Patienten sowie die Herausgabe der Behandlungsdokumentation richten sich nach Artikel 39a GesG.

Art. 6

Aufbewahrungspflicht

- ¹ Die Behandlungsdokumentationen sind so lange aufzubewahren, als sie für die Gesundheit der Patientin oder des Patienten von Interesse sind, mindestens aber während zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung.
- ² Während mindestens zwanzig Jahren aufzubewahren sind:
 - a Behandlungsdokumentationen von Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren,
 - b den Geburtsverlauf betreffende Behandlungsdokumentationen.
- ³ Für Behandlungsdokumentationen, die über Behandlungen erstellt werden, deren Risiken sich nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge erst spät verwirklichen können, ist eine angemessen längere Aufbewahrungsfrist vorzusehen.