

Pflicht des Arztes zur Dokumentation und Gegenzeichnung in der „fremden“ (Heim)Dokumentation einer stationären Alteinrichtung?

v. Lutz Barth, in PflR 09/2007, S. 413 ff.

Mit freundlicher Genehmigung des Verlags Wolters und Kluwer Deutschland GmbH

Mit freundlicher Genehmigung des Verlags
Wolters Kluwer Deutschland GmbH und
damit der renommierten Zeitschrift
Pflegerrecht



Pflicht des Arztes zur Dokumentation und Gegenzeichnung in der „fremden“ (Heim)Dokumentation einer stationären Alteinrichtung?

Von Lutz Barth

(Quelle: PflR 09/2007, S. 413 – 422)

I. Problemstellung

Gerade bei der ärztlichen Betreuung von Alterspatienten in den stationären Einrichtungen der Altenpflege werden oftmals die MitarbeiterInnen mit dem Verhalten einiger Ärzte konfrontiert, die sich beharrlich weigern, Einblick in die Pflegedokumentation der Einrichtung zu nehmen, geschweige denn, die Heimdokumentation gegenzuzeichnen oder Eintragungen entweder selbst vorzunehmen oder zu verlassen.

Aktuell hat sich H. Krahforst, Jur. Geschäftsführer der LÄK Brandenburg, im Brandenburgisches Ärzteblatt¹ dem Thema angenommen und wie folgt die mit dem Thema aufgeworfene Frage beantwortet:

¹ Brandenburgisches Ärzteblatt 2/2007 S. 53

„Für die Beantwortung der Frage ist ausschlaggebend, dass die ärztlichen und pflegerischen Verantwortungsbereiche aufgrund unterschiedlicher vertraglicher Verpflichtungen klar gegeneinander abgegrenzt sind. Der Arzt ist aufgrund seines Behandlungsvertrages mit dem Patienten neben einer sorgfältigen Befunderhebung, Diagnosestellung und Aufklärung entsprechend zur Therapie verpflichtet.

Im Rahmen der Verschreibung von Medikamenten muss der Arzt sicherstellen, dass die Medikamentenanwendung in nicht gefährdender Weise erfolgt und dieses ärztlicherseits überwachen. Soweit der Arzt seinen Sorgfaltspflichten gegenüber den Heimbewohnern gerecht wird, hat er seinen Behandlungsvertrag ordnungsgemäß erfüllt.

Die entsprechende ärztliche Dokumentation erstreckt sich auf die Anamnese, diagnose und Therapie, diagnostische Bemühungen, Funktionsbefunde, Art und Dosierung der Medikation, ärztliche Hinweise und Anweisungen im Rahmen der Funktions- und Behandlungspflege; eine Abweichung von Standardbehandlungen ist ebenso zu dokumentieren wie Verlaufsdaten.

Unabhängig von diesem Rechtsverhältnis schließt der Patient/Pflegebedürftige regelmäßig mit der Pflegeeinrichtung einen Heimvertrag. Bestandteil dieses Vertrages ist u.a. die Verpflichtung des Heimes und seiner Angestellten, für eine ordnungsgemäße pflegerische Versorgung zu sorgen. Hierbei sind ebenfalls Sorgfaldmaßstäbe zu erfüllen. Die einzelnen pflegerischen Aufzeichnungspflichten regelt das Heimgesetz.

Daraus folgt: Aufgrund unterschiedlicher Pflichten und dem Nebeneinander von ärztlicher und pflegerischer Dokumentation gibt es weder eine gesetzliche noch eine vertragliche Grundlage für eine

generelle Dokumentationspflicht des Arztes in der Heimdokumentation oder für eine Gegenzeichnung. Ganz abgesehen davon, dass sich das Heim von seiner Verpflichtung nicht durch eine Unterschrift/Handzeichen des Arztes entbinden könnte.

Der Arzt hat auch keine Möglichkeit, für eine Unterschrift in der Heimdokumentation ggf. eine Gebühr zu verlangen. Ein solcher Gebührentatbestand ist in der Gebührenordnung für Ärzte nicht vorgesehen.

Probleme lassen sich am besten durch eine gute und harmonische Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pflegeeinrichtung vermeiden. Selbstverständlich setzt das voraus, dass die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung ausreichend qualifiziert sind.“

Nach Krahorst scheint also die Rechtsfrage gelöst: Nach ihm gibt es weder eine gesetzliche noch eine vertragliche Grundlage für eine generelle Dokumentationspflicht oder eine Gegenzeichnungspflicht des Arztes in der vom Träger einer Alteneinrichtung zu führenden Heimdokumentation.

Weder das Ergebnis noch die Argumentation ist allerdings überzeugend, wie nachstehend darzulegen sein wird, mal ganz abgesehen von dem Umstand, dass in der Tat ein Gebührentatbestand für die Dokumentation resp. Gegenzeichnung in der Heimdokumentation nicht vorgesehen, aber letztlich auch völlig unbeachtlich ist.

Der wohlmeinende Rat, dass sich Probleme am besten durch eine gute und harmonische Zusammenarbeit vermeiden lassen können, tröstet nicht darüber hinweg, dass sich hier in der Praxis ein Problemfeld aufgetan hat, der geradezu eine deutliche Positionierung herausfordert.

II. Grundsätzliches

Es ist nicht notwendig, hier in extenso darzulegen, dass gegenwärtig und nach überwiegender Rechtsauffassung die ärztliche Dokumentation als integraler Bestandteil einer lege artis Behandlung gegenüber dem Patienten geschuldet wird². Ebenso unstrittig ist, dass nach einschlägigen Vorschriften³ etwa die Träger der stationären Alteneinrichtungen verpflichtet sind, eine Pflegedokumentation⁴ zu führen.

² Vgl. etwa: D. Berg, Dokumentation, in Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation, Hrsg. Berg/Ulsenheimer, 2006, S. 224 ff.; ebenso H. Schmid, Über den notwendigen Inhalt ärztlicher Dokumentation, in NJW 1987, S. 681 ff. mit einer guten Darstellung der Entwicklungslinien zur ärztlichen Dokumentationspflicht; Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, 1992, S. 333 ff. mit umfangreichen Rechtsprechungsnachweisen in Fn. 1;

³ So etwa als Teil der Anforderungen an den Betrieb eines Heimes nach §§ 11 Nr. 7 i.V.m. 13 I HeimG; vgl. dazu weiter ausführlich J. Kamm, Rechtliche Bewertung der Pflegedokumentation, Rechtliche Bewertung der Pflegedokumentation (2004), S. 16 ff., in Projekt: Entbürokratisierung der Pflege.

⁴ Vgl. dazu im Allgemeinen R. Roßbruch, Die Pflegedokumentation aus haftungsrechtlicher Sicht, in PflR 1998, S. 126 ff.; R. Sträßner, Rechtsfragen der Telefonnutzung in der Pflege, in PflR 2004, S. 336 ff. mit Hinweis darauf, dass telefonische Anordnungen zeitnah schriftlich festzuhalten und später vom Arzt abzuzeichnen seien (S. 337); vgl. dazu auch die Replik auf Sträßner – Rechtsfragen der Telefonnutzung in der Pflege, PflR 2004, S. 343 ff. von Roßbruch und die hierzu ergangene Duplik auf Roßbruch von Sträßner – Zur Anordnungs- und Dokumentationsverantwortung des Arztes, in PflR 2005, S. 103 ff.; noch einmal dazu Roßbruch, in PflR 2005, S. 115 ff.; ferner Abt - Zegelin/Böhme, Pflegedokumentation „Patient unauffällig“ – Rechtliche und pflegefachliche Anforderungen an die Dokumentation unter besonderer Berücksichtigung von DRGs und PQsG, Teil 1 in Die Schwester/Der Pfleger 2004, S. 132 ff., Teil 2 in Die Schwester/Der Pfleger 2004, S. 58 ff.; ebenso J. Kamm, Rechtliche Bewertung der

Wenig hilfreich in diesem Zusammenhang stehend ist die gelegentlich vertretene Auffassung, wonach „zu den drei S (satt, sauber und still) jetzt auch noch die drei D dazu kommen: Pflegekräfte dokumentieren sich dumm und dämlich“⁵. Hier gilt es zuvörderst daran zu erinnern, dass die Dokumentationspflicht eine unverzichtbare Grundlage für die Sicherheit des Patienten in der Behandlung ist und zwar unabhängig davon, ob die Praxis es versteht, sog. „intelligente Dokumentationssysteme“ zu entwickeln und einzuführen. Die gebetsmühlenartige Klage der Professionellen über eine überbordende und übermächtige Dokumentation und damit einhergehend die Forderung nach einer „Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ ändert an der rechtsqualitativen Bedeutung der Dokumentationspflichten für den pflegerischen, aber freilich in erster Linie auch für den ärztlichen Behandlungsprozess und damit ggf. „Erfolg“⁶ rein gar nichts!⁷

Pflegedokumentation v. 30.01.2004, in Projekt „Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“, im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, S. 16 ff. (auf den Seiten des Bayerischen Staatsministeriums findet sich ein entsprechender Download). Vgl. im Übrigen H. Schmid, Über den notwendigen Inhalt ärztlicher Dokumentation, in NJW 1987, S. 681 ff.

⁵ So wohl im Ergebnis die Autoren Abt - Zegelin und Böhme, in Pflegedokumentation „Patient unauffällig“ – Rechtliche und pflegefachliche Anforderungen an die Dokumentation unter besonderer Berücksichtigung von DRGs und PQsG, Teil 1 in Die Schwester/Der Pfleger 2004, S. 132 ff. (S. 134).

⁶ Mag dieser auch vertragsrechtlich als solcher nicht geschuldet sein.

⁷ In diesem Sinne wohl auch Roßbruch, wenn er zu Recht darauf hinweist, dass das Ergebnis des vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Gesundheit gegebenen Projekts „Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ nicht nur aus arbeitsorganisatorischer Sicht ineffizient ist, sondern gleichsam auch den heimrechtlichen und haftungsrechtlichen Anforderungen nicht stand hält, in PflR 2005, S. 479 ff. (S. 484).

Problematisch ist in erster Linie die These von Krahnst, wonach (scheinbar) die aus dem ärztlichen Behandlungsvertrag einerseits und dem Heimvertrag andererseits folgenden Pflichten gleichsam die jeweils unterschiedlichen Verantwortungsbereiche hinreichend und eindeutig abgrenzen. Dem ist mitnichten so, schuldet doch der Arzt in erster Linie die ganzheitliche Krankenversorgung, so dass er auch im Rahmen des von ihm veranlassten therapeutischen Gesamtkonzepts die Verantwortung dafür trägt, dass die von ihm veranlassten (therapeutischen) Maßnahmen den Sorgfaltsmaßstäben entsprechend dokumentiert werden.

1. Der ärztliche und pflegerische Verantwortungsbereich als Abgrenzungskriterium für die Dokumentationspflichten?

Im Zuge der Professionalisierungstendenzen der nichtärztlichen Heilberuferringen die Pflegekräfte insgesamt nach mehr Autonomie, um sich so in der Folge dem ärztlichen Primat mit Blick auf die ärztliche Heilbehandlung entziehen zu können. Die Pflegekräfte in den stationären Alteneinrichtungen scheinen von diesem Emanzipationsprozess nicht ausgenommen zu sein, obgleich gerade die haftungsrechtlich bedeutsamen Ereignisse im Pflegealltag von stationären Alteneinrichtungen darauf schließen lassen, dass derzeit eine exakte Abgrenzung der unterschiedlichen Verantwortungsbereiche zwischen dem Arzt und den Pflegenden nicht möglich, aber letztlich wünschenswert ist⁸. Insofern

⁸ Vgl. hierzu ausführlich die jüngst veröffentlichte Stellungnahme v. L. Barth in drei Teilen, "Standortbestimmung Pflege – zugleich eine Stellungnahme zum gleichnamigen Beitrag von H. Böhme und M. Hasseler in der Die Schwester/Der Pfleger 08/2006" – (1. Teil), in PflR 6/2007, S. 253 ff., 2. Teil in PflR 7/2007 und 3. Teil in PflR

ist es konsequent, wenn ein Teil der pflegekundlichen Literatur darauf verweist, dass nach wie vor die Reichweite von delegationsfähigen Leistungen gerade in der juristischen Perspektive heftig umstritten ist, wenngleich der Grund für die Delegation ärztlicher Tätigkeiten nicht mehr in Zweifel gezogen wird. Aber gerade mit Blick auf den näheren Grund für eine Delegation von zunächst ausdrücklich dem Arzt vorbehaltener und ad personam zu erbringender Leistungen auf das nichtärztliche Assistenzpersonal ist es gegenwärtig m.E. nach den Pflegekundlern nicht gelungen, ein konsensfähiges Delegationsmodell vorzulegen. Nicht wenige Pflegerechtler lassen eine zwingend gebotene Differenzierung im Hinblick auf die durchaus unterschiedlichen Pflegeberufe und nichtärztliche Assistenzberufe vermissen und erinnern nahezu einmütig daran, dass wohl gegenwärtig kein ernsthafter Zweifel daran begründet werden kann, dass ärztliche Leistungen in einem bestimmten Umfang delegationsfähig sein können, eher wohl sein müssen. Sofern also eine Differenzierung zwischen den einzelnen Gesundheitsfachberufen und die damit verbundenen medizinisch-arbeitsteiligen Prozesse unterbleibt, erscheint es dann auch konsequent, dass die Übernahme eines sich etwa im Krankenhaus als praktikabel erwiesenes Delegationsmodell im Verhältnis 1:1 auf die stationären Alteneinrichtungen übertragen wird, obgleich die Bedingungen, unter denen eine ärztliche Behandlung eines multimorbiden Alterspatienten stattfindet, gänzlich von dem eines Krankenhauses oder einer gerontopsychiatrischen Spezialklinik zu unterscheiden sind. Dies deshalb, weil gerade in den zuletzt benannten Gesundheitseinrichtungen die Behandlungspflege (noch) als Arzt-Assistenz-Beziehung ausgestaltet ist, wo zumindest

die Ärzteschaft korrigierend eingreifen kann und ihr resp. dem Träger besondere Organisations- und Dokumentationspflichten obliegen.

Diese unreflektierte Übernahme eines Delegationsmodells mit der sog. Anordnungs- und Durchführungsverantwortung führt nicht selten zu allerlei Irritationen bei der Beurteilung von haftungsrechtlichen Konfliktsituationen bis hin zu den vertraglichen Primärpflichten, die den Ärzten aus dem ärztlichen Behandlungsvertrag erwachsen.

Ein solches gilt auch für die Dokumentationspflichten, wie nicht zuletzt auch die Auffassung von Krahorst eindrucksvoll bestätigt. Er hinterfragt mit keiner Silbe die gemeinsame Schnittmenge zwischen dem ärztlichen Heilbehandlungsvertrag und den behandlungspflegerischen Teil, der von den Mitarbeitern der stationären Alteneinrichtungen zu erbringen ist. Er lässt sich vielmehr von der Vorstellung leiten, dass die Verantwortungsbereiche zwischen der ärztlichen Behandlung und dem Heimvertrag und daraus resultierender pflegerischer Aufgaben hinreichend und deutlich abgegrenzt seien, ohne dabei zu berücksichtigen, dass gerade der Arzt bei der Behandlung der in einer stationären Alteneinrichtung betreuten Alterspatienten das ihm nicht zugehörige fachfremde Pflegepersonal anweist (bzw. verordnet), bestimmte ärztliche Tätigkeiten auszuführen.

- Sofern also der Arzt einen Teil seiner Tätigkeiten auf das nicht-ärztliche Assistenzpersonal der stationären Alteneinrichtungen delegiert, muss die Frage erlaubt sein, warum er ein solches nicht auch dokumentiert?

Der innere Sinn und Zweck der Dokumentation mit Blick auf die (weitere) Therapie des Alterspatienten im Sinne der Behandlungspflege ist nach diesseitiger Auffassung mit dem der Heimdokumentation funktional gleichgerichtet und im Übrigen nur deshalb erforderlich, weil etwa der Hausarzt Anweisungen resp. Anordnungen erteilt, um so seinen therapeutischen Gesamtplan in Erfüllung des von ihm mit dem Patienten abgeschlossenen Arztvertrages erfüllen zu können.

Die partielle Gleichgerichtetheit der vermeintlich unterschiedlichen Dokumentationen im Hinblick auf Anamnese, Diagnostik und Therapie ist die gemeinsame Schnittmenge zwischen der von den Ärzten und den Trägern einer stationären Alteneinrichtung geschuldeten **einheitlichen** ärztlichen und pflegerischen Therapie, die nicht ohne Folgen für die ärztliche Dokumentationspflicht bleiben kann und dies nicht nur in Zeiten beklagenswerter polypharmakologischer Fehlschläge!

Überträgt der Arzt in zulässiger Art und Weise einen Teil der von ihm zunächst persönlich zu erbringenden ärztlichen Tätigkeiten, obliegt ihm hierfür die volle Dokumentationspflicht.

Dies gilt freilich im Krankenhaus und in einem besonderen Maße in den stationären Alteneinrichtungen, wo eben der Arzt nicht ständig vor Ort ist und ggf. korrigierend in die behandlungspflegerischen Prozesse eingreifen kann.

Gerade aus haftungsrechtlicher Sicht sollte also bei der Frage nach den Dokumentationspflichten stets mitbedacht werden, dass die früher geltende Annahme, dass die ärztliche Dokumentation eine reine Gedächtnisstütze sei, überwunden ist und in erster Linie zu Informationszwecken u.a.

der nachbehandelnden Ärzte, aber eben auch der Pflegekräfte (!) dient.

Zuzugeben ist allerdings, dass sich Krahforst mit seiner Rechtsauffassung in prominenter Gesellschaft befindet. Nicht wenige Pflegerechtler selbst leisten hierzu einen ganz entscheidenden Beitrag, in dem wesentliche Bedingungen für das Gelingen einer guten Arzt-Alterspatienten-Beziehung in der stationären Alteneinrichtung entweder nicht erkannt oder schlicht negiert werden⁹.

Die hier geäußerte Kritik ist vornehmlich deshalb erforderlich, weil es den Autoren nicht gelingt, überzeugend darzulegen, weshalb es mittlerweile zu den *Pflichtaufgaben* (?)¹⁰ des Pflegepersonals einer Alteneinrichtung gehören soll, vom freiberuflich tätigen (Haus)Arzt angeordnete behandlungspflegerische Aufgaben wahrzunehmen. Das diese Zuweisung von vermeintlichen Pflichtaufgaben nicht ohne Folgen für die Dokumentationspflicht bleibt, ist evident.

Die Pflegerechtler spielen mitunter sehr phantasievoll auf der Klaviatur des Zivilrechts und im Zuge der kritiklosen Übertragung von *Pflichtaufgaben* durch die freiberuflich tätigen Ärzte auf das „fremde“ Pflegepersonal erscheint es dann auch notwendig, mit Blick auf die Dokumentationspflichten eine nicht minder phantasievolle (Hilfs-)Konstruktion anzubieten: *„Bei der Kooperation zwischen Arzt und Pflegeeinrichtung sollte von vornherein klargestellt werden, dass Pflegekräfte nur dann ärztliche Verordnungen ausführen, wenn diese schriftlich in der Pflegedokumentation niedergelegt*

⁹ Vgl. dazu L. Barth, aaO., in PflR 2007, S. 253 ff.

¹⁰ In diese Richtung argumentierend, Klie, Rechtskunde – Das Recht der Pflege alter Menschen, 8. Aufl. 2006, S. 104

wurden.“¹¹ In der Fußnote (41) wird hierzu darauf verwiesen, dass mittlerweile Heimaufsichtsbehörden zu Recht zunehmend entsprechende Kooperationsvereinbarungen zwischen Heimen und Ärzten verlangen. „Nicht kooperationsbereite Ärzte, die sich weigern, in der Pflegedokumentation des Heimes mitzuwirken, werden in einigen Heimaufsichtsbezirken der Landesärztekammer benannt“.

Dieser Hinweis dürfte zumindest die betroffenen Ärzte der Landesärztekammer Brandenburg unbeeindruckt lassen und zwar nicht ganz zu Unrecht! Zunächst gibt es keinen Kontrahierungszwang, aufgrund dessen der Arzt verpflichtet wäre, eine Kooperationsvereinbarung mit dem Träger einer Alteneinrichtung abzuschließen und zum anderen obliegt es nicht im Kompetenzbereich der Heimaufsichtsbehörden, derart notwendige Kooperationsvereinbarungen verbindlich vorzuschreiben.

Der weitergehende Hinweis, wonach den Pflegekräften „ein Weigerungsrecht (zu)steht, wenn der Heimträger nicht sicherstellt, dass ärztlicherseits die entsprechenden Verordnungen bzw. Veranlassungen schriftlich erteilt werden – sowohl die Verordnung als auch das Delegieren – und somit eine haftungsrechtliche Absicherung für das Pflegepersonal geschaffen wird“¹² impliziert die These von den eigenen „Pflichtaufgaben der Pflegeheime“ und der damit verbundenen Organisationspflichten für den Träger der Alteneinrichtung, ohne dass hier zu diskutierende Problem der Dokumentationspflicht¹³ für

den Arzt in der Heimdokumentation gelöst zu haben.

Die *atypische* Integration der medizinischen Behandlungspflege als eine vermeintliche *Pflichtaufgabe* für die in der Altenpflege Tätigen und die damit verbundenen Rechtsprobleme werden über das Weigerungsrecht der Arbeitnehmer resp. über das Zurückbehaltungsrecht ihrer Arbeitsleistung im konkreten Arbeitsvertragsverhältnis zwischen dem Arbeitgeber und den Arbeitnehmern kompensiert, ohne den eigentlichen Adressaten der Dokumentationspflichten, namentlich die Ärztinnen und Ärzte, in die Pflicht zu nehmen.

Es nimmt daher nicht wunder, dass vereinzelt aus ärztlicher Sicht die Pflicht zur Dokumentation in den Heimdokumentationen geleugnet werden kann, reklamiert doch die Pflege für sich einen Verantwortungsbereich mit eigenen, exklusiv vorbehaltenen Aufgaben, zu deren Dokumentation scheinbar (nur?) die in der Altenpflege Tätigen verpflichtet sind.

Das „Ob“ und „Wie“ einer Dokumentationspflicht und damit ggf. auch eine Gegenzeichnungspflicht für den Arzt in der sog. Heimdokumentation ergibt sich ausschließlich aus den Schutzzwecken der Dokumentation, wobei hier den **Informationszwecken** eine überragende Funktion beizumessen ist. Es ist nicht ersichtlich, warum dies bei einer ärztlichen Betreuung des Alterspatienten in einer stationären Alteneinrichtung anders zu werten sein soll, mag auch der ärztliche Heilbehandlungsvertrag mit dem Alterspatienten geschlossen werden, während demgegenüber die stationäre Alteneinrichtung im

¹¹ So Klie, ebenda, S. 100 mit Hinweis in Fußnote 41 darauf, dass mittlerweile Heimaufsichtsbehörden zu Recht zunehmend entsprechende Kooperationsvereinbarungen zwischen Heimen und Ärzten verlangen.

¹² Klie, ebenda, S. 104

¹³ Nur in Parenthese sei angemerkt, dass den Trägern der stationären Alteneinrichtungen nicht eine eigene und ggf. ausschließliche Verantwortung für die Auswahl, Instruktion und Überwachung der

Pflegekräfte obliegt, sondern dass diese Organisationspflichten regelmäßig ärztliche Pflichten darstellen und nicht auf Nichtärzte delegiert werden können.

Rahmen des sog. Typenkombinationsvertrages zugleich auch die (unspezifische) Pflege schuldet.

Entscheidend ist allein, dass der Arzt, der seine Patienten in einer stationären Alteneinrichtung betreut, das ihm „fremde“ Pflegepersonal **anweist**¹⁴, mit Blick auf seinen Alterspatienten bestimmte behandlungspflegerische Tätigkeiten auszuführen, die dann in der Folge vom Altenpflegepersonal *lege artis* durchgeführt werden.

Insofern ist und bleibt der delegierende Arzt (neben dem Fachpflegepersonal) vollumfänglich zur Dokumentation verpflichtet und zwar in einer Art und Weise, dass primär der Informationszweck für das Pflegepersonal vor Ort in der Institution erfüllt werden kann. Wem nützt die vorbildlich geführte Dokumentation des Arztes, wenn dieser zwar „fremdes Pflegepersonal“ mit seinen delegierbaren ärztlichen Aufgaben in zulässigerweise betraut, gleichwohl aber seine Dokumentation in seiner Arztpraxis unter Verschluss hält?

Etwas anderes annehmen zu wollen, wäre nach diesseitiger Auffassung nur dann möglich, wenn die Ärztin oder der Arzt in der Folge auch ihren Alterspatienten selbstständig betreuen und behandlungspflegerisch therapieren (ggf. durch eine von ihnen zu instruierende und zu beaufsichtigende Arzhelferin bzw. „Teleschwester“ AGnES).

¹⁴ In diesem Zusammenhang stehend muss auch der Versuch scheitern, über die Wahl der Begrifflichkeiten das Problem zu „entschärfen“. Mit Blick jedenfalls auf die Sicherheit eines multimorbiden Alterspatienten und das multikausale Behandlungsgeschehen mit einem vielfältigen Krankheitspanorama ist es nicht erforderlich, sich auf den scheinbar milderen Begriff der „Veranlassung“ oder „Verordnung“ zurückzuziehen (so aber offensichtlich Klie, Klie, Rechtskunde - Das Recht der Pflege alter Menschen, 8. Aufl. 2006, S. 102 mit einem entsprechenden Verweis in der Fn. 42

Ob dies „praxisfern“ ist, wie manche Pflegerechtler behaupten, soll hier nicht diskutiert werden.

- Wesentlich jedenfalls ist der Umstand, dass Anamnese, Diagnostik und freilich auch die Therapie zuvörderst die ärztlichen Primärpflichten mit Blick auf die ärztliche Behandlung markieren und dass der Arzt auch im Rahmen einer zulässigen Delegation von ärztlichen Tätigkeiten stets für die ganzheitliche Krankenversorgung und damit einer ordnungsgemäßen Dokumentation verantwortlich zeichnet!

Besonders deutlich wird dies anhand des von Krahforst selbst erwähnten Beispiels der Medikation. Gegen seine Ausführungen über die ärztliche Dokumentation einer entsprechenden Pharmakotherapie mit den sich hieraus ergebenden Pflichten ist eigentlich nichts zu erinnern, so dass die Verneinung spezieller Dokumentationspflichten in der Tat Verwunderung auslösen muss. Er selbst führt aus, dass ärztliche Hinweise und Anweisungen im Rahmen der Funktions- und Behandlungspflege zu dokumentieren sind und insofern bedient er sich der Dokumentation als ein intra- und zugleich auch interprofessionelles Informationsmedium, um die ärztliche Pharmakotherapie über einen Dritten – hier dem Altenpflegepersonal – absichern zu können. Sofern also Anweisungen an das Altenpflegepersonal erteilt werden, geschieht dies keinesfalls im luftleeren Raum, sondern ganz zielgerichtet im Hinblick auf eine vom Arzt (!) *lege artis* geschuldete Pharmakotherapie des zumeist multimorbiden Alterspatienten, die selbstverständlich auch dort zu dokumentieren sind, wo die weitere therapeutische Begleitung des Alterspatienten stattfindet, nämlich in der stationären Alteneinrichtung und damit in der Heimdokumentation.

Der Informationszweck einer Dokumentation kann nur dann sinnigerweise erfüllt werden, wenn diejenigen, denen die Information zugeordnet ist, auch von ihr Kenntnis nehmen können.

In diesem Zusammenhang stehend muss nochmals daran erinnert werden, dass gerade der BGH in ganz zentralen Entscheidungen zur Dokumentationspflicht des Arztes zu Recht die Auffassung vertritt, dass die vertraglich wie deliktisch begründete Pflicht des Arztes zur Dokumentation des Behandlungsgeschehens unverzichtbare Grundlage für die Sicherheit des Patienten in der Behandlung ist¹⁵. Ungeachtet der Tatsache, dass es unterschiedliche Auffassungen bezüglich der Rechtsgrundlage¹⁶ der ärztlichen Dokumentationspflichten gibt, bleibt es doch das übergeordnete Ziel einer Dokumentation, sich als eine an den Patienteninteressen und der damit gebotenen Patientensicherheit orientierende Informationsquelle auch für die Pflegenden erweisen zu müssen, so dass gerade mit Blick auf die Pharma-

kotherapie des polymorbiden Alterspatienten in einer stationären Alteneinrichtung ein größtmöglicher Sorgfaltsmaßstab¹⁷ an die Dokumentation zu stellen ist.

Dokumentationsmängel führen zwar in erster Linie zu nachteiligen (haftungsrechtlich bedeutsamen) Darlegungs- und Beweislastproblemen aus der Sicht der Ärzteschaft und der Pflegenden, bleiben aber auch nach aktueller verwaltungsgerichtlicher Rechtsprechung¹⁸ nicht ohne gravierenden Folgen für die gebotene „heimrechtliche“ Diskussion. Dokumentationsmängel können im Zweifel zu einem Aufnahmestopp in stationären Pflegeeinrichtungen führen und der Beschluss des Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg ist insgesamt nachhaltig zu begrüßen, belegt er doch den hohen Stellenwert der Dokumentation in der Qualitätssicherung. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang stehend der Hinweis des VGH, dass allein der Hinweis der Einrichtung darauf, dass es sich bei der Dekubitusbehandlung (bzw. Ulcus cruris) um eine Standardbehandlung gehandelt habe und demzufolge deren Dokumentation überflüssig sei, auf eine grundlegende

¹⁵ Vgl. etwa BGH, in NJW 1978, S. 2337; BGH, in NJW 1988, S. 762.

¹⁶ In diesem Sinne ist die Aussage von Krahorst, dass es keine vertragliche oder gesetzliche Grundlage für eine generelle Dokumentationspflicht des Arztes in der Heimdokumentation gibt, zwar nachvollziehbar, aber gleichwohl unbeachtlich und irreführend. Insbesondere der BGH hat in seiner Rechtsprechung die Wegmarken für die Dokumentationspflichten des Arztes gesetzt und gerade in Anwendung dieser Rechtsprechung kann kein ernsthafter Zweifel daran bestehen, dass der Arzt nicht auch zur Dokumentation im Pflegeheim verpflichtet ist. Gerade im Medizin- und Arztrecht übt sich der Gesetzgeber in vornehmer Zurückhaltung, wohl in Kenntnis dessen, dass er die Arztrechtsfragen in guten Händen der zuständigen Senate beim BGH weiß (so jedenfalls die Einschätzung einer Senatsvorsitzenden beim BGH). Insofern liegt es bei den Pflegerechtlern selbst, aus der Rechtsprechung des BGH entsprechende Konsequenzen zu ziehen, zumal wenn diese verallgemeinerungsfähig sind.

¹⁷ Speziell im Hinblick auf die rationale Pharmakotherapie des Alterspatienten spricht im Übrigen einiges dafür, dass abweichend von den üblichen Dokumentationserfordernissen in Ansehung an eine polypharmakologische Therapie erhöhte Sorgfaltspflichten zu begründen sind. Gerade die Multimedikation eines Alterspatienten (ggf. durch verschiedene ärztliche Therapeuten) spricht für eine „einheitliche“ Dokumentation, die in der stationären Alteneinrichtung geführt wird, ohne dass etwa der Arzt von seiner (ureigenen) Dokumentationspflicht entbunden wird. Die Patientensicherheit des multimorbiden Alterspatienten rechtfertigt insofern eine „Doppeldokumentation“, dient diese doch für die sachgerechte Arbeit in einem multiprofessionellen Team.

¹⁸ So etwa VGH Baden-Württemberg zum Aufnahmestopp wegen Dokumentationsmängel, Beschl. v. 08.06.05 – Az. 6 S 22/04 mit einer Anmerkung v. Roßbruch in PflR 2005, S. 479 ff.

Verkennt man die aus § 11 Abs. 1 Nr. 7 HeimG folgende Verpflichtung schließen lasse. Dem ist uneingeschränkt beizupflichten¹⁹, während demgegenüber die Dekubitusbehandlung (im Gegensatz zur Prophylaxe) ohnehin vom Arzt zunächst persönlich geschuldet und er demzufolge auch zur Dokumentation verpflichtet ist. Hier zeigt sich in aller Deutlichkeit, dass die ganzheitliche Krankenversorgung in einem multiprofessionellen Team auch eine „ganzheitliche, zentrale“ Dokumentation erfordert.

III. Fazit

Die ärztliche und fachpflegerische Betreuung eines Alterspatienten in einer stationären Alteneinrichtung in einem multiprofessionellen Team erfordert eine multikonditional ausgerichtete und beim Träger der Alteneinrichtung geführten ärztlichen Dokumentation, die zu führen auch wohlverstandenen eigenen Interesse des Arztes oder der Ärztin liegt²⁰.

In diesem Sinne darf der Landesärztekammer Brandenburg resp. Herrn Krahorst empfohlen werden, die von ihnen vertretene Rechtsauffassung noch-

mals zu überdenken, so dass hier ganz bewusst von einer weiteren Argumentation durch das ärztliche Berufs- und Standesrecht abgesehen wird.

Abschließend sei noch darauf hingewiesen, dass mögliche Gegenargumente mit Blick auf die ärztliche Verschwiegenheitsverpflichtung nicht verfangen dürften. Dies deshalb nicht, weil der Arzt mit Abschluss des Arztvertrages für die „ganzheitliche Krankenversorgung“²¹ des Patienten zuständig ist und er eine sachgerechte medizinische Behandlung schuldet. Aufgrund der von ihm übernommenen Behandlung ergibt sich die Pflicht zur Kooperation zuvörderst mit den mit-, vor- oder nachbehandelnden Ärzten, so dass hier bereits im anamnestischen Gespräch mit dem Alterspatienten darauf hinzuwirken ist, dass der Arzt von seiner Schweigepflicht gegenüber den anderen Kollegen und freilich den Altenpflegekräften entbunden wird, die den Alterspatienten gleichfalls (mit)behandeln bzw. pflegen.

Der Arzt ist demzufolge gehalten, gerade aus Gründen der Sicherung des diagnostischen oder therapeutischen Erfolges bei seinem Patienten um das Einverständnis nachzusuchen, ggf. die von ihm erhobenen medizinischen Daten, Diagnosen, therapeutische Maßnahmen etc. weitergeben zu dürfen²².

Lutz Barth

¹⁹ Gelegentlich wird im Haftungsrecht darauf hingewiesen, dass Selbstverständlichkeiten – sog. Routinemaßnahmen - nicht zu dokumentieren seien, so z.B. mit Blick auf die Desinfektion der Haut vor einer Injektion(vgl. dazu OLG Köln, Urt. v. 25.2.1998, in NJW 1999, S. 1790. Dieser Entscheidung ist m.E. im Ergebnis nicht beizutreten, da jedenfalls im Rahmen der Übertragung von Injektionstätigkeiten eine Dokumentationspflicht durch das Pflegepersonal zu bejahen und zu fordern ist).

²⁰ Vgl. dazu auch den instruktiven Beitrag von M. Lucke, In Kooperation, in Nds. ÄBl. 12/2005, die keinen Zweifel daran aufkommen lässt, dass gewisse Unannehmlichkeiten und die damit verbundene Doppelbelastung durch die Vorteile (für den Arzt etwa aus haftungsrechtlicher Perspektive) ausgeglichen werden.

²¹ Vgl. zu diesem Ansatz auch Opperbecke, in MedR 1996, S. 542 (544), mit Blick auf das Krankenpflegepersonal.

²² Andererseits gibt es gute Argumente dafür, dass das vermeintlich „fremde“ Altenpflegepersonal in die Erfüllungsgehilfeneigenschaft des freiberuflich tätigen Arztes mit der Delegation von Tätigkeiten durch den Arzt hineinwächst und somit die Verschwiegenheitsverpflichtung des Arztes funktional mit dem der Pflegekraft gleichgerichtet ist. Dieses dem Patienten zu verdeutlichen, ist eine gemeinsame Aufgabe des Arztes und des Trägers einer stationären Alteneinrichtung.

Pflicht des Arztes zur Dokumentation und Gegenzeichnung in der „fremden“ (Heim)Dokumentation einer stationären Alteneinrichtung?

v. Lutz Barth, in PflR 09/2007, S. 413 ff.

Mit freundlicher Genehmigung des Verlags Wolters und Kluwer Deutschland GmbH



Zeitschrift für Rechtsfragen in der stationären und ambulanten Pflege

(Mit freundlicher Genehmigung des Verlags Luchterhand (Wolters und Kluwer))

>>> [Informationen zur Zeitschrift finden Sie hier auf den Verlagsseiten](#) <<<