

Geschäftsstelle
Caritas-Clearingstelle für
leistungsrechtliche Fragen
insbesondere SGB V, XI
und XII der ambulanten
Dienste NRW



Caritas in Nordrhein-Westfalen
Diözesan-Caritasverbände
Aachen · Essen · Köln · Münster · Paderborn
c/o Caritasverband für die Diözese Münster
e.V.
Kardinal-von-Galen-Ring 45
48149 Münster
Telefon: 0251/8901-282 / - 230
Fax: 0251/8901-4304
overhoff@caritas-muenster.de
frings@caritas-muenster.de
Münster, den 02.12.2009

Info-Dienst 05/09

Ärztliche Einträge in Pflegedokumentation beim Patienten

Eine intensive und aktive Kommunikation zwischen behandelnden Ärzten und Sozialstationen im Hinblick auf die Versorgung von Patientinnen/Patienten ist gerade auch im Bereich der Behandlungspflege von besonderer Bedeutung. Immer wieder wird die Frage gestellt, inwieweit Ärzte verpflichtet sind, ihre Vorgaben zur Durchführung behandlungspflegerischer Maßnahmen in eine Pflegedokumentation einer Sozialstation einzutragen oder dort abzuzeichnen.

Die Clearingstelle hat in einem gleichlautenden Schreiben vom 12.08.2009 an die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe die entsprechende Fragestellung aufgeworfen (Anlage 1). Mit Schreiben vom 13.10. bzw. 5.11.2009 haben beide Ärztekammern fast wortgleich auf diese Anfrage geantwortet. Im Kern wird betont, dass die Pflegedokumentation ein unverzichtbare Grundlage für eine fachgerechte Pflege sei. Man ist jedoch der Auffassung, dass im Hinblick auf die Vielfalt pflertheoretischer Ansätze eine verbindliche Empfehlung zur Ausgestaltung des Pflegeprozesses und dessen Dokumentation nicht formuliert werden könne. Darüber hinaus sieht man die Gefahr, dass eine Dokumentation ärztlicher Anordnungen in der Pflegedokumentation das Entstehen von „Zweit-Patientenakten“ fördern könne, was letztlich bis zu einer Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht gehen könnte.

Unter Hinweis auf die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung häuslicher Krankenpflege kommt man zu dem Ergebnis, dass vom Arzt nicht erwartet werden könne, Eintragungen zu den behandlungspflegerischen Maßnahmen in der Pflegedokumentation gegenzuzeichnen.

Die Antwortschreiben der beiden Ärztekammern sind als Anlage 2 und 3 zu finden.

Die erwähnten Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V in der Fassung vom 11.06.2008 regeln unter Ziffer 30: „Der Vertragsarzt soll bei Gelegenheit

des Hausbesuches die Pflegedokumentation einsehen, diese für seine Entscheidung auswerten und seine Anordnungen darin vermerken.“ Insoweit sind die Aussagen beider Ärztekammern nicht nachvollziehbar, dass Ärzte in den Dokumentationen keine Anordnungen vermerken dürfen. Die Richtlinien regeln dies hier eindeutig anders.

Die Clearingstelle empfiehlt den Sozialstationen vor Ort, die Ärzte um Eintragungen in die Dokumentation zu bitten. Dabei kann auf die zitierte Regelung der häuslichen Krankenpflege-Richtlinien ausdrücklich hingewiesen werden. Sofern Ärzte sich weigern sollten, hier getroffene Anordnungen gegenzuzeichnen, sollte diese Weigerung von den Mitarbeitern der Pflegedienste in der Dokumentation jeweils zeitnah fixiert und mit Handzeichen versehen eingetragen werden.

Sofern sich Ärzte über derartige Eintragungen negativ äußern sollten oder auf einer Entfernung aus der Pflegedokumentation bestehen sollten, können derartige Erwartungen deutlich zurückgewiesen werden. Die Pflegedokumentation steht im Eigentum der Sozialstationen. Diese entscheiden dann auch darüber, wer dort Eintragungen vornehmen darf, und können auch entscheiden, was eingetragen wird, wenn sich jemand trotz entsprechender Bitten weigert, eine Eintragung vorzunehmen.

Sofern Ärzte eigenmächtig entsprechende Eintragungen von Sozialstationsmitarbeiterinnen/-mitarbeitern abändern oder streichen sollten, handelt es sich um den Fall der Urkundenfälschung. Dies sollte man dann auch entsprechend deutlich machen und gegebenenfalls über die jeweiligen Spitzenverbände den Ärztekammern zur Anzeige bringen.

In die Qualitätsvereinbarung gem. § 115 SGB XI und in die MDK-Prüfanleitung wurde eine verpflichtende Regelung für die Pflegedienste neu aufgenommen, dass *"bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar zu dokumentieren ist"*. (s. Punkt 10 1 der MDK-Prüfanleitung). Entsprechend der MDK-Ausfüllanleitung gilt das Kriterium dann als erfüllt, *"wenn eine ärztliche verordnete Leistung durchgeführt wird und nachweislich bei den in Augenschein genommenen Patienten über die Einträge in der Pflegedokumentation oder durch Vorlage der ärztlichen verordneten Leistungen oder anderer geeigneter Nachweise eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit dem Arzt erfolgt."* Die Sozialstationsmitarbeitern stehen deshalb auch selber in der Verpflichtung die wesentlichen Inhalte von Telefongesprächen oder persönlichen Kontakten mit dem behandelnden Arzt in der Pflegedokumentation schriftlich zu vermerken.

Peter Frings