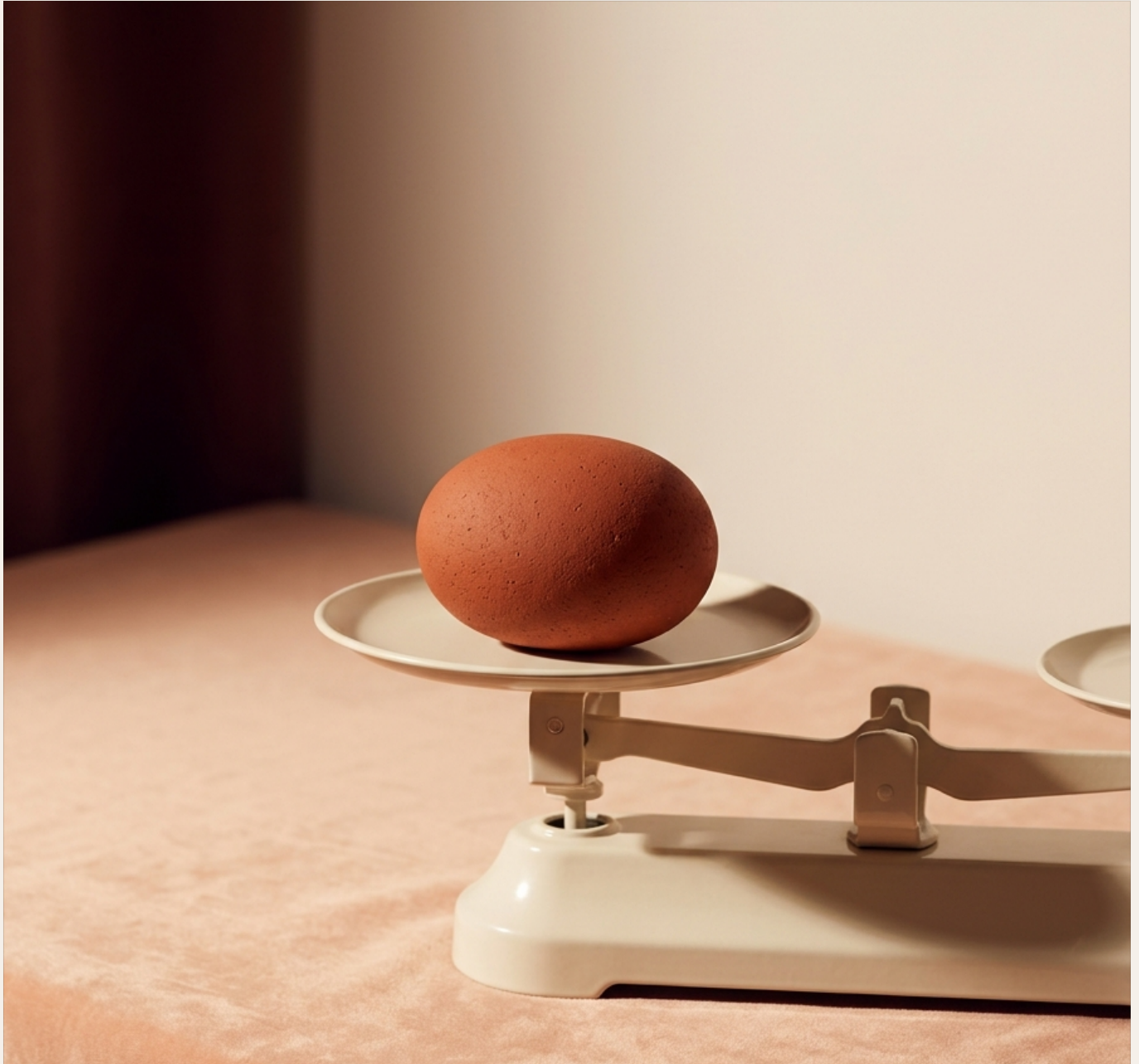


# DICKIES HELDEN

ACADEMY MAGAZINE · VOL. 1 · N° 03 · DIGITAL EDITION 2026 · €0



IN DIESER AUSGABE

## Wo Haftung liegt.

*Der Kompass für Pflegedienstleitungen und Geschäftsführung.*

- 32+ Haftungsfallen aus der Praxis

FACHANWALT-GEPRÜFT · 2026

*Musterprozesse & OLG-Linien*



0-000-00007-5



€0 | N° 03

Haftungsfallen 2026

# Für PDLs und Geschäftsführung

Was bei der MD-Prüfung als „Note“ aussieht, kann vor Gericht zu Schmerzensgeld, Strafanzeige oder Versorgungsstopp werden. Dieser Leitfaden zeigt dir an 10 krassen Pseudo-Fällen, wo PDLs und Geschäftsführer im ambulanten Pflegedienst tatsächlich haften – und wie du dich schützt.

**Disclaimer:** Alle Fälle sind anonymisierte Pseudo-Konstruktionen inspiriert von realen OLG/BGH-Linien. Sie ersetzen keine Rechtsberatung. Wenn du selbst betroffen bist: sofort Fachanwalt Medizinrecht.

## Inhalt

Teil 1 – Warum dieses Thema unterschätzt wird

Teil 2 – 10 Haftungsfallen mit krassen Pseudo-Fällen

Teil 3 – Monatliche PDL-Checkliste

Teil 4 – 5 Eskalations-Templates (sofort einsetzbar)

Teil 5 – Wenn es trotzdem passiert: Sofort-Plan

## Teil 1 – Warum dieses Thema unterschätzt wird

Bei einer MD-Prüfung geht es nicht nur um Noten. Werden gravierende Mängel festgestellt, entstehen Haftungsrisiken für die Pflegedienstleitung und die Geschäftsführung persönlich. Viele Verantwortliche glauben, dass Fehler allein bei den Pflegekräften liegen. Das ist ein Irrtum.

Gerichte prüfen häufig, ob die Leitung ihre Organisations- und Überwachungspflichten erfüllt hat. Die entscheidende Frage:

*„Hat die Leitung alles getan, um Fehler zu verhindern?“*

Wenn die Antwort Nein lautet, kann die Verantwortung bei der PDL oder Geschäftsführung liegen – persönlich, mit privatem Vermögen, wenn die Berufshaftpflicht wegen „grober Pflichtverletzung“ die Deckung kürzt.

### Die drei Säulen der PDL-/GF-Haftung

- Zivilrecht: §§ 280, 283, 281 BGB (Schadensersatz, Schmerzensgeld)
- Strafrecht: §§ 222, 229 StGB (fahrl. Tötung, fahrl. Körperverletzung) und § 263 (Betrug)
- Berufsrechtlich: SGB XI §§ 113b, 75 + IfSG + QPR (Vertrag-Kündigung, Versorgungsstopp)

## Teil 2 – 10 Haftungsfallen im Detail

Pro Falle: krasser Pseudo-Fall – was Gerichte prüfen – Rechtsgrundlage – 5  
Sofort-Schutzmaßnahmen.

## Haftungsfalle 1 – Fehlende oder unzureichende Einarbeitung

Neue Pflegekräfte übernehmen oft schon in der 1. Woche Verantwortung – Medikamentengabe, Insulin, Wundversorgung. Wenn der Pflegedienst die Kompetenz nicht prüft und nicht dokumentiert, haftet die Leitung persönlich (Organisationsverschulden, BGH NJW 1994, 1594).

**Pseudo-Fall „PD Sonnenschein, NRW, 28 Klienten“:** Im März 2024 beginnt eine examinierte Pflegekraft aus der Slowakei (Anerkennung lief noch). Sie übernimmt nach 2 Tagen die Tour bei Frau K., Typ-1-Diabetikerin. Es gibt **keine schriftliche Einarbeitungs-Checkliste**, keine Praxisanleiter-Freigabe. Drei Wochen später spritzt sie 24 IE Insulin statt der angeordneten 4 IE (Doku falsch interpretiert). Frau K. fällt ins hypoglykämische Koma, Krankenhaus 3 Wochen, bleibende Hirnschäden.

**Folge:** Strafanzeige gegen Pflegekraft **und** die PDL (§ 222 StGB · fahrlässige Tötung wäre möglich, wenn Frau K. gestorben wäre). Zivilklage der Angehörigen: 180.000 € Schmerzensgeld + Pflegekosten. Berufshaftpflicht der PDL: Deckungs-Streit, weil **Organisationsverschulden oft nicht mitversichert ist**. MD-Sonderprüfung 4 Wochen später – 9 weitere Mängel.

Was Gerichte / der MD prüfen:

- Lag eine schriftliche Einarbeitung vor? (Checkliste, Datum, Unterschrift)
- Hat ein Praxisanleiter die Kompetenz für die Insulin-Gabe explizit freigegeben?
- Wurde die Pflegekraft im SGB-XI-Doku-System geschult?
- Wurden die ersten 4 Wochen im Vier-Augen-Prinzip durchgeführt?

Rechtsgrundlage:

- § 280 BGB (Pflichtverletzung im Pflegevertrag · Schadensersatz)
- § 823 BGB (deliktische Haftung · Körperverletzung)
- § 831 BGB (Haftung für Verrichtungsgehilfen · Auswahl- und Überwachungspflicht)
- § 222 StGB (fahrl. Tötung) · § 229 StGB (fahrl. Körperverletzung)

5 Sofort-Schutzmaßnahmen:

1. Schriftliches Einarbeitungskonzept (mind. 14 Tage, abgestuft nach Komplexität)
2. Einarbeitungs-Checkliste pro Tätigkeit (Insulin, Wundversorgung, Doku, etc.) mit Unterschriften
3. Praxisanleiter:in dokumentiert Kompetenznachweise (4-Augen-Prinzip Woche 1-4)
4. Schriftliche Freigabe-Erklärung pro Skill (gleicher Aufbau wie Behandlungs-Pflege-Freigabe)
5. Quartalsweise Re-Evaluation, keine „einmal-für-immer“-Freigaben

## Haftungsfalle 2 – Delegation ohne Kompetenzprüfung

Pflegehilfskräfte und Helfer:innen dürfen viele Tätigkeiten nicht durchführen – Wundversorgung Grad 3+, Injektionen, Katheterwechsel. Ohne Delegationsmatrix passiert es täglich. Bei Schaden haftet die PDL wegen fehlerhafter Auswahl (§ 831 BGB).

**Pseudo-Fall „PD Linde, Hessen, 41 Klienten“:** Herr M. (78, immobil) hat einen Dekubitus Grad 2 am Steiß. Eine Pflegehilfskraft (430-UE-Ausbildung) führt 5 Wochen lang den Verbandswechsel durch – die examinierte Kollegin fehlt wegen Krankheit. Es gibt **keine Delegationsmatrix**, keine schriftliche Anweisung der PDL. Nach 5 Wochen: Sepsis, Klinikeinweisung, Amputation des linken Beins.

**Folge:** OLG-typische Bewertung: Wundversorgung ab Grad 2 ist **Behandlungspflege nach SGB V** und darf nur durch examinierte Pflegekräfte erfolgen (Ausnahme: dokumentierte Einzelfall-Delegation nach Schulung). Hier: **unzulässige Delegation** – Schmerzensgeld 240.000 €. PDL: Organisationsverschulden, persönliche Haftung. Pflegekasse fordert 8.400 € SGB-V-Vergütungen zurück.

Was Gerichte / der MD prüfen:

- Existierte eine schriftliche Delegationsmatrix (wer darf was)?
- War die Hilfskraft für Wundversorgung explizit geschult und freigegeben?
- Wurde die Durchführung in den ersten Wochen kontrolliert?
- Wurde der Arzt über den Kompetenz-Engpass informiert?

Rechtsgrundlage:

- § 37 SGB V (Häusliche Krankenpflege · Behandlungspflege nur durch Examierte)
- § 14 Abs. 2 SGB XI · Pflegehilfsmittel und Delegation
- § 831 BGB (Verrichtungsgehilfen · Auswahlfehler)
- § 229 StGB (fahrl. Körperverletzung)
- MDK-Qualitätsprüfungs-Richtlinie (QPR), Anhang „Delegationsfähigkeit“

5 Sofort-Schutzmaßnahmen:

1. Delegationsmatrix · 1 Excel-Sheet mit allen Tätigkeiten × Qualifikations-Stufen
2. Pro Skill: schriftliche Einzelfall-Delegation mit Schulungs-Nachweis
3. Backup-Plan bei Krankheit (Vertretungsregel · welche examinierte Kraft springt ein?)
4. Quartals-Review der Delegationen durch PDL, dokumentiert in Mitarbeiter-Akte
5. Klare Anweisung: „Im Zweifel nicht durchführen und PDL anrufen“

## Haftungsfalle 3 – Veraltete Pflegeplanung trotz neuer Risiken

Pflegeplanung ist kein Statisches Dokument. Wer Veränderungen im Gesundheitszustand erkennt, aber die Planung nicht anpasst, produziert eine Versorgungslücke. Bei Schaden: Beweislast-Umkehr gegen den Pflegedienst (BGH-Linie zur Pflegeprozess-Haftung).

**Pseudo-Fall „PD Eichbaum, Sachsen, 19 Klienten“:** Frau S. (84, mobil mit Rollator) bekommt im April 2025 neu Schmerzen im linken Knie. Pflegekräfte dokumentieren die Klagen 6 Wochen lang in den Pflegeberichten. **Pflegeplanung bleibt unverändert.** Keine Schmerz-Erfassung (z. B. NRS-Skala), keine Arzt-Information. Im Juni stürzt Frau S. wegen ausweichender Schon-Haltung – Schenkelhalsfraktur, OP, dauerhafte Pflegestufe.

**Folge:** Tochter klagt. Gericht (OLG-Typ): Risiko war erkennbar (Doku!), Maßnahmen blieben aus = **Organisationsmangel**. Schmerzensgeld 38.000 € + Anwaltskosten. Pflegekasse (Kostenträger der Reha) prüft Regress nach § 116 SGB X. MD-Sonderprüfung: Note 4,2. Vertrag mit Pflegekasse vorläufig auf 2 Quartale ausgesetzt.

Was Gerichte / der MD prüfen:

- Wann wurde die Pflegeplanung zuletzt evaluiert? (Datum, Unterschrift)
- Welche Risiko-Assessments wurden durchgeführt? (Sturz, Schmerz, Dekubitus, Ernährung)
- Wurde der Hausarzt schriftlich informiert? (Faxprotokoll, Mail, Anruf-Doku)
- Wurden die Pflegekräfte über die Veränderung informiert? (Tour-Brief, Übergabe)

Rechtsgrundlage:

- § 113 SGB XI (Pflegeprozess-Pflicht · Maßstäbe + Grundsätze)
- § 280 BGB (Pflichtverletzung Pflegevertrag)
- § 823 BGB · § 831 BGB (Aufsichts-/Auswahlpflicht)
- Expertenstandards (DNQP) · z. B. Sturzprophylaxe, Schmerzmanagement, Wundversorgung

5 Sofort-Schutzmaßnahmen:

1. Pflegevisite alle 6-8 Wochen je Klient:in (Standard SGB XI § 113)
2. Bei jeder Veränderung: Pflegeplan in 72 Std. anpassen + Arzt-Info dokumentieren
3. DNQP-Expertenstandards als Vorlage nutzen (kostenlos, gerichtsfest)
4. Risiko-Re-Assessment quartalsweise auf allen Risikomerkmale (Sturz, Schmerz etc.)
5. Eskalationsweg bei nicht erreichbarem Arzt: Bereitschaftsdienst → Notarzt → Doku

## Haftungsfalle 4 – Risikomanagement – Sturz, Dekubitus, Mangelernährung

Risiken müssen erkannt, bewertet, behandelt und evaluiert werden. Wer Risiken dokumentiert, aber nicht handelt, haftet doppelt – das Wissen verschärft die Pflicht zu handeln (BGH-Grundsatz: Wer mehr weiß, muss mehr tun).

**Pseudo-Fall „PD Buchenhof, Bayern, 35 Klienten“:** Herr B. (89, leichte Demenz) stürzt zwischen März und Juni 2024 viermal in der eigenen Wohnung. Jeder Sturz ist in der Pflegedoku vermerkt. Sturz-Assessment wurde **nie aktualisiert**. Maßnahmen: keine. Auch dem Hausarzt nicht gemeldet. Sturz #5 im Juli: Hüftfraktur, Pneumonie, Exitus im Krankenhaus.

**Folge:** Sohn (Hauptpflegeperson) erstattet Strafanzeige gegen PDL. Staatsanwaltschaft prüft § 222 StGB (fahrl. Tötung). Parallel: Zivilklage 95.000 € Schmerzensgeld + Beerdigungskosten. MD-Prüfung: Note 4,8. Aufsichtsbehörde droht Versorgungsstopp. Berufshaftpflicht-Versicherung lehnt teilweise Deckung ab (Organisations-Ausschluss).

Was Gerichte / der MD prüfen:

- Wurde nach jedem Sturz ein neues Sturz-Assessment durchgeführt?
- Wurden konkrete Maßnahmen abgeleitet und in den Pflegeplan übernommen?
- Wurde der Hausarzt schriftlich informiert (kein Telefonat ohne Doku)?
- Wurde geprüft, ob die Versorgung in der eigenen Wohnung noch sicher ist (Beratung Heim/24-h-Pflege)?

Rechtsgrundlage:

- § 113 SGB XI (Pflegeprozess) · § 11 SGB XI (Pflegeleistungen)
- DNQP-Expertenstandard Sturzprophylaxe
- § 222 StGB (fahrl. Tötung) · § 229 StGB (fahrl. Körperverletzung)
- § 280, § 823 BGB

5 Sofort-Schutzmaßnahmen:

1. Sturz-Erfassung als Pflicht-Workflow im QM (Sturzprotokoll < 24 Std)
2. Nach jedem Sturz: neue Risikobewertung + Maßnahmen + Arzt-Info + Angehörigen-Info
3. Spezielle Sturz-Schulung Mitarbeiter:innen jährlich
4. Klare Eskalation bei wiederholten Stürzen (3+) → Fallbesprechung + Heim-Beratung
5. Doku-Triade: Risiko erkannt → Maßnahme → Evaluation (alles datiert, unterschrieben)

## Haftungsfalle 5 – Medikamentenmanagement – der gefährlichste Bereich

Verordnungen, Wechsel, Bedarfsmedikation, Marcumar-Einstellungen – kaum ein Bereich birgt mehr Risiken. Ohne aktuelle ärztliche Anordnung ist jede Gabe rechtlich Körperverletzung.

**Pseudo-Fall „PD Lindenhof, Berlin, 22 Klienten“:** Frau W. (76) bekommt seit Jahren Marcumar. Im Oktober 2024 wechselt der Hausarzt die Dosis – **mündlich**, am Telefon. Keine schriftliche Verordnung, kein neuer Faxbeleg. Pflegekräfte spritzen weiter die alte Dosis. Nach 6 Wochen: starke Blutung, Krankenhaus, Frau W. überlebt knapp. Tochter klagt.

**Folge:** Gericht: ohne schriftliche Anordnung ist **jede** Medikamentengabe rechtswidrig. PDL hat den Arzt nicht zur schriftlichen Bestätigung gezwungen → Organisationsverschulden. Schmerzensgeld 62.000 €. Berufshaftpflicht zahlt teilweise, aber kürzt wegen „grober Pflichtverletzung“. MD prüft Sonder-Audit.

Was Gerichte / der MD prüfen:

- Liegt für jede laufende Medikation eine schriftliche Verordnung (mit Datum < 12 Mt) vor?
- Werden Änderungen schriftlich (Fax, Mail mit Bestätigung, Praxis-Software) bestätigt?
- Existiert ein 4-Augen-Prinzip bei kritischen Medikamenten (Insulin, Marcumar, Opiate)?
- Wie wird MAR (Medikamenten-Anwendungs-Report) geführt?

Rechtsgrundlage:

- § 28 SGB V (Heilmittel · ärztliche Anordnung)
- § 280 BGB · § 823 BGB · § 229 StGB
- § 13 BtMG bei Opiaten (besondere Doku-Pflicht)
- Apothekengesetz · Verschwiegenheits- und Sorgfaltspflicht

5 Sofort-Schutzmaßnahmen:

1. Jede Anordnung schriftlich – mündlich nie ohne schriftliche Bestätigung < 48 Std
2. Monatlicher Medikamenten-Check pro Klient:in (Datum, Dosis, Arzt, Bestand)
3. Ablaufdaten-Kontrolle: Verbandkasten, Bedarfsmedi, Insulin (DIN-konformer Kühlkettenstand)
4. 4-Augen-Prinzip Pflicht bei Insulin, Marcumar, Opiaten, Chemotherapeutika
5. MAR digital (z. B. MD-konforme Pflege-Software) statt Papier-Stempelfeld

## Haftungsfalle 6 – Mangelhafte Tourenplanung – Ursache Nummer 1 für Folge-Fehler

Wirtschaftlicher Druck → zu enge Touren → gehetzte Pflegekräfte → Doku-Lücken, Stürze, Wundprobleme. Die Tour-Planung ist Führungsverantwortung der PDL. Wer Personal überlastet, haftet (§ 831 BGB, Auswahl- und Überwachungspflicht).

**Pseudo-Fall „PD Mühlenkamp, Niedersachsen, 31 Klienten“:** Eine Tour mit 16 Klient:innen wird auf 6:30-12:00 Uhr getaktet – im Schnitt 18 Min pro Klient inkl. Wege. Bei Herrn G. ist ein Verbandswechsel an einer infizierten Stelle nötig. Pflegekraft drückt das Tempo, dokumentiert Wundpflege als „reizlos“ obwohl Eiter sichtbar war. Eine Woche später: Sepsis, Krankenhaus, Amputation Fuß.

**Folge:** Aufsichtsbehörde untersucht Tourenstruktur. Ergebnis: Mindest-Pflegezeiten unterschritten, Überlastungsanzeigen der Mitarbeitenden waren der PDL bekannt (per Mail).

**Organisationsverschulden.** Schmerzensgeld 145.000 €. Versicherungstreit. Strafanzeige § 222 StGB läuft.

Was Gerichte / der MD prüfen:

- Sind Touren auf realistische Mindestzeiten kalkuliert (LK + Wege + Doku)?
- Wurden Überlastungsanzeigen ernst genommen und dokumentiert reagiert?
- Gibt es eine Personalbedarfsanalyse (mind. 1x jährlich)?
- Werden Krankenstände im Tour-Plan abgepuffert (Springer:innen, Reserve)?

Rechtsgrundlage:

- § 831 BGB (Auswahl- und Überwachungspflicht)
- § 105 GewO + ArbZG (Arbeitszeitgesetz, Ruhepausen, Höchstarbeitszeit)
- § 113b SGB XI (Personalbemessung, ab 2025 vollständig)
- DGUV Vorschrift 1 (Arbeitsschutz Pflege)

5 Sofort-Schutzmaßnahmen:

1. Tour-Kalkulation mit Mindestzeiten pro LK + 20 % Puffer (Realität-Check quartalsweise)
2. Überlastungsanzeigen schriftlich erfassen + binnen 14 Tagen reagieren
3. Springer-Pool (mind. 10 % der Stellen) für Engpässe
4. Personalbedarfsanalyse einmal jährlich, dokumentiert (PeBeM-konform ab 2025)
5. Tour-Brief schriftlich pro Schicht – keine spontanen Verschiebungen ohne PDL-OK

## Haftungsfalle 7 – Fehlende Kontrolle der Mitarbeitenden

Führung heißt Kontrolle. Wer 6 Monate lang die Doku seiner Pflegekräfte nicht prüft, riskiert, dass Mängel erst beim MD auffallen – und dann wird es teuer. Pflegevisiten und Doku-Audits sind Pflicht.

**Pseudo-Fall „PD Wiesenbach, Rheinland-Pfalz, 24 Klienten“:** Eine Pflegekraft dokumentiert 8 Monate lang Pflegeberichte mit Copy-Paste-Standardtexten („Klient wohlauf, Vitalwerte unauffällig“), auch an Tagen, an denen sie nicht da war. PDL prüft keine Doku-Audits. MD-Prüfung im November: 14 Klienten geprüft, bei 11 sind Doku-Manipulationen erkennbar.

**Folge:** MD setzt **Note 4,9**, Sonderprüfung in 3 Monaten. Pflegekasse fordert **26.400 €** Vergütungen zurück (nicht nachgewiesene Leistungen). Pflegekraft wird fristlos gekündigt. PDL: Abmahnung durch Geschäftsführung wegen mangelnder Kontrolle. Aufsichtsbehörde startet Verfahren.

Was Gerichte / der MD prüfen:

- Wie viele Doku-Audits wurden in den letzten 12 Mt durchgeführt (mit Datum, Mitarbeiter:in)?
- Wie viele Pflegevisiten pro Klient:in pro Quartal sind dokumentiert?
- Existiert ein Kontroll-Plan (wann wird wer geprüft)?
- Wurden Auffälligkeiten dokumentiert behandelt (Personalgespräch, Schulung, Maßnahmen)?

Rechtsgrundlage:

- § 113 SGB XI (Pflegeprozess · Pflegevisiten)
- QPR (MD-Qualitätsprüfungs-Richtlinie) · regelmäßige interne Audits
- § 831 BGB (Aufsichtspflicht)
- § 263 StGB (Betrug bei Doku-Manipulation gegenüber Pflegekassen)

5 Sofort-Schutzmaßnahmen:

1. Doku-Audit-Stichprobe wöchentlich (3 zufällige Klient:innen, 25 Min PDL-Zeit)
2. Pflegevisite quartalsweise pro Klient:in (Mindeststandard)
3. Auffälligkeiten in Mitarbeiter-Akte mit Maßnahmen-Plan dokumentieren
4. Bei Doku-Verstoß: sofort Personalgespräch + schriftliche Abmahnung
5. Bei wiederholten Verstößen: arbeitsrechtliche Kündigung erwägen

## Haftungsfalle 8 – Hygieneorganisation – IfSG, MRSA, MRE

Hygiene-Verstöße zählen zu den häufigsten Beanstandungen in MD-Prüfungen. Bei MRSA-/MRE-Ausbrüchen droht Schließung der Versorgung durch die Heimaufsicht, plus Strafanzeige nach IfSG.

**Pseudo-Fall „PD Tannenweg, Schleswig-Holstein, 18 Klienten“:** Im Februar 2025: 3 Klient:innen entwickeln innerhalb von 2 Wochen MRSA-Infektionen. Schutzkleidung war vorhanden, wurde aber nicht konsequent benutzt. Letzte Hygiene-Schulung: **März 2023** (20 Monate her). Kein dokumentierter Hygieneplan, keine Hand-Desinfektions-Audits.

**Folge:** Heimaufsicht meldet IfSG-Verstoß an Gesundheitsamt. **Sofortige Auflagen:** tägliche Hygiene-Audits, externe Hygiene-Beraterin (1.800 €/Monat, 6 Monate Pflicht). Strafanzeige IfSG § 73 (Bußgeld bis 25.000 €). Eine Klientin verstirbt: § 222 StGB-Prüfung. Versicherung lehnt teilweise Deckung ab.

Was Gerichte / der MD prüfen:

- Existiert ein aktueller Hygieneplan (Datum < 12 Mt, schriftlich)?
- Wann war die letzte Hygiene-Schulung pro Mitarbeiter:in (Listen-Stichprobe)?
- Werden Hand-Desinfektions-Audits dokumentiert?
- Gibt es klare Eskalations-Wege bei MRE-Verdacht?

Rechtsgrundlage:

- §§ 23, 36 IfSG (Infektionsschutzgesetz · Hygieneverantwortung in Pflege)
- § 73 IfSG (Bußgeld bis 25.000 €)
- RKI-Empfehlungen (KRINKO-Richtlinien für ambulante Pflege)
- § 222 StGB (fahrl. Tötung) bei MRSA-/MRE-Todesfällen

5 Sofort-Schutzmaßnahmen:

1. Jährliche Hygiene-Schulung Pflicht für ALLE (mind. 90 Min, dokumentiert)
2. Aktueller Hygieneplan (jährlich überarbeitet, vom QM unterschrieben)
3. Hand-Desinfektion-Stichproben monatlich (Aktion + Doku)
4. MRE-Eskalationsplan + Schutzausrüstungs-Schrank bei jeder Tour
5. Externe Hygiene-Beraterin als Sparringspartner (kostet 600-1.200 €/J, spart Bußgelder)

## Haftungsfalle 9 – Ignorierte Warnsignale (Gewicht, Wunden, Verwirrtheit)

Viele Schäden kündigen sich an: Gewichtsverlust, Verwirrtheit, Wundverschlechterung, Atemnot. Wer dokumentiert, aber nicht handelt, trifft die schwerste Form des Organisationsverschuldens.

**Pseudo-Fall „PD Eichweg, Saarland, 27 Klienten“:** Frau D. (82, multimorbid) verliert zwischen Januar und April 2025 **14 kg Gewicht** (von 68 auf 54 kg). Pflegekräfte dokumentieren monatlich. **Kein Arzt informiert, keine Ernährungs-Assessment, keine Mangelernährungs-Maßnahmen.** Im Mai: Klinikeinweisung wegen Exsikkose + Kachexie, Frau D. verstirbt 3 Tage später.

**Folge:** Hausarzt erstattet Strafanzeige § 222 StGB. Staatsanwaltschaft ermittelt gegen PDL. Zivilklage der Söhne: 55.000 € Beerdigungs- und Schmerzensgeldkosten. MD-Sonderprüfung: Note 5,2. Berufshaftpflicht lehnt Deckung ab (grobe Pflichtverletzung).

Was Gerichte / der MD prüfen:

- Werden Gewicht, Hautstatus, Vitalwerte mindestens monatlich erfasst?
- Existiert ein klarer Eskalationsweg bei auffälligen Werten (> 5 % Gewichtsverlust)?
- Wurde der Arzt schriftlich informiert (Faxprotokoll, Praxis-Software-Eintrag)?
- Wurden Fallbesprechungen bei multimorbiden Klient:innen quartalsweise gemacht?

Rechtsgrundlage:

- § 113 SGB XI (Pflegeprozess) + DNQP-Expertenstandards
- § 280, § 823 BGB
- § 222 StGB (fahrl. Tötung) · § 229 StGB
- DNQP-Expertenstandard Ernährungsmanagement

5 Sofort-Schutzmaßnahmen:

1. Monatliche Risiko-Erfassung (Gewicht, Haut, Mobilität, Kognition) Pflicht
2. Schwellenwerte definieren (z. B. > 3 kg Verlust = sofort Arzt + Plan)
3. Eskalations-Cheat-Sheet pro Tour-Klient:in (wer wird wann informiert?)
4. Quartalsweise Fallbesprechung bei Risiko-Klient:innen (Doku Pflicht)
5. Arzt-Info immer schriftlich (Fax-Protokoll, E-Mail mit Lesebestätigung)

## Haftungsfalle 10 – Die größte Gefahr: Doku ≠ Realität

Dokumentation behauptet eine Leistung, die nicht erbracht wurde. Aus Sicht von Pflegekassen, MD und Gerichten ist das Betrug (§ 263 StGB) – und gleichzeitig ein schwerer Organisationsmangel (§ 280, § 823 BGB). Die häufigste Ursache: Zeitdruck.

**Pseudo-Fall „PD Falkenberg, Thüringen, 33 Klienten“:** *Pflegeplanung von Herrn O. sieht tägliche Mobilisation 30 Min vor. Tatsächlich wird 4 Monate lang nur 1x pro Woche mobilisiert – wegen Zeitnot. Doku sagt „Mobilisation durchgeführt“. Tochter interviewt Vater bei Besuch: er wurde nie mobilisiert. Sie filmt den Pflegeeintrag und schickt es an die Pflegekasse.*

**Folge:** *Pflegekasse leitet Verfahren wegen Abrechnungsbetrug ein (§ 263 StGB). Rückforderung 14.300 €. Vertrag mit Pflegekasse gekündigt – Existenzbedrohung für den ganzen Dienst. Tochter klagt zivilrechtlich: 25.000 €. Aufsichtsbehörde leitet Verfahren ein. MD-Sonderprüfung.*

Was Gerichte / der MD prüfen:

- Stimmt die geplante mit der erbrachten Leistung überein (Stichproben)?
- Werden Klient:innen oder Angehörige regelmäßig befragt (mind. quartalsweise)?
- Werden Mitarbeitende anonym befragt zu Doku-Realität-Lücken?
- Existieren Doku-Audits, die Doku gegen Realität abgleichen (nicht nur Doku-Vollständigkeit)?

Rechtsgrundlage:

- § 263 StGB (Betrug · auch bei Pflegekassen-Abrechnung)
- § 280, § 823 BGB
- § 11 SGB XI (Pflegeleistungen müssen erbracht werden, wie geplant)
- QPR · MD-Bewertungs-Skala (verbotene Doku-Realität-Lücken)

5 Sofort-Schutzmaßnahmen:

1. Pflegeplan realistisch anpassen, bevor Personal überfordert wird (lieber 2x/Woche realistisch als 7x dokumentiert)
2. Klient:innen- und Angehörigen-Befragung quartalsweise (kurzer 5-Punkt-Bogen)
3. Anonyme Mitarbeiter-Befragung halbjährlich (Zeitnot, Doku-Druck)
4. Doku-Realität-Audits: PDL begleitet 1x pro Quartal eine Tour live mit
5. Bei Engpass: lieber Pflegeplan anpassen + Pflegekasse informieren als „heimlich“ kürzen

## Teil 3 – Monatliche PDL-Checkliste

Druck diese Seite aus und prüfe einmal monatlich (z. B. immer am 1. Werktag). Allein konsequent durchgehalten verhinderst du damit 70-80 % der typischen Haftungsfallen.

- Pflegevisiten quartalsweise pro Klient:in durchgeführt und dokumentiert
- Risiko-Assessments (Sturz, Dekubitus, Schmerz, Ernährung) aktuell (< 3 Mt)
- Medikamenten-Verordnungen vollständig und < 12 Mt alt
- Hygieneplan aktuell, Hand-Desinfektion-Stichprobe diesen Monat
- Schulungsnachweise vorhanden (Erste Hilfe, Hygiene, Brandschutz, Datenschutz)
- Einarbeitungs-Doku aller neuen Mitarbeitenden in den letzten 6 Mt vollständig
- Delegationsmatrix existiert + alle Mitarbeitenden zugeordnet
- Touren-Kalkulation realistisch (Stichprobe-Check 3 Touren)
- Doku-Audit-Stichprobe diesen Monat durchgeführt (3 zufällige Klient:innen)
- Pflegeplan vs. tatsächliche Versorgung abgeglichen (Stichprobe 5 Klient:innen)

**Tipp:** Datum + PDL-Unterschrift in einem QM-Ordner archivieren. Im Streitfall sind das deine besten Belege für „ich habe meine Organisationspflichten erfüllt“.

## Teil 4 – 5 Eskalations-Templates

Fertige Texte für die kritischsten Situationen. In eckigen Klammern anpassen und sofort verwenden.

### Template 1 · Schriftliche Anweisung an Mitarbeitende bei Delegation

„Sehr geehrte:r Mitarbeitende:r,  
hiermit übertrage ich Ihnen ab dem [Datum] die Durchführung folgender  
behandlungspflegerischer Tätigkeit bei Frau/Herrn [Klient:in], geb. [tt.mm.jjjj]:

**Tätigkeit:** [z.B. Verbandswechsel Dekubitus Grad 1 nach Schema X]

**Voraussetzung:** nachgewiesene Schulung am [Datum] durch [Name Praxisanleiter]

**Kontrolle:** Erste 4 Durchführungen im 4-Augen-Prinzip mit [Name]

**Eskalation:** Bei Komplikationen sofort PDL informieren (24/7-Hotline)

Ihre Unterschrift bestätigt, dass Sie sich fachlich in der Lage sehen, diese Tätigkeit durchzuführen.“

### Template 2 · Überlastungsanzeige der PDL an Geschäftsführung

„Sehr geehrte Geschäftsführung,  
ich zeige hiermit formell **Überlastung der Versorgungsstruktur** an. Folgende Indikatoren liegen vor:

- Krankenstand letzte 4 Wochen: [X %] (Norm: < 8 %)
- Offene Stellen: [N] seit [Monaten]
- Mindestens [N] Überlastungsanzeigen von Mitarbeitenden seit [Datum]
- Tour-Mindestzeiten in [N] Klienten unterschritten

Ich bitte um eine Entscheidung über Personalaufstockung oder Versorgungs-Reduktion (Abmeldung neuer Klient:innen, Tour-Verkürzung) bis [Datum + 14 Tage]. Andernfalls sehe ich mich gezwungen, der Aufsichtsbehörde [Bundesland] den Versorgungs-Engpass zu melden (§ 113b SGB XI).“

### Template 3 · Schriftliche Arzt-Info bei Risikomeldung

„Sehr geehrte/r Dr. [Name],  
im Rahmen der häuslichen Versorgung von Frau/Herrn [Klient:in], geb. [Datum], stelle ich folgende Veränderung fest:

**Beobachtung:** [z.B. Gewichtsverlust 5,2 kg in 6 Wochen, von 67 auf 62 kg]

**Pflegerische Maßnahmen bisher:** [Trinkprotokoll, kalorienreiche Zwischenmahlzeiten]

**Bitte:** Termin zur Beurteilung in den nächsten 7 Tagen

Bitte bestätigen Sie den Eingang dieser Mitteilung. Bei Nicht-Erreichbarkeit innerhalb 48 Std werde ich den hausärztlichen Bereitschaftsdienst informieren.

Mit freundlichen Grüßen,  
[PDL, Pflegedienst, Datum]“

#### Template 4 · Personalgespräch nach Doku-Auffälligkeit

„Sehr geehrte:r [Mitarbeitende:r],  
Im Rahmen meiner regulären Doku-Audits (Standard alle 4 Wochen, dokumentiert im QM) ist mir aufgefallen:

**Beobachtung:** [konkrete Beobachtung, z.B. Standardtexte 'wohlauf' an 7 aufeinanderfolgenden Tagen, ohne Vitalwerte]

**Konsequenz:** Dies entspricht **nicht** den Anforderungen nach § 113 SGB XI und QPR.

**Erwartete Korrektur ab heute:** [konkrete Doku-Standards, mit Beispielen]

**Schulungsangebot:** [Termin Doku-Refresher]

**Nächste Überprüfung:** in 4 Wochen

Dieses Gespräch wird in der Personalakte dokumentiert. Bei wiederholter Auffälligkeit ist eine arbeitsrechtliche Maßnahme (Abmahnung) notwendig.“

#### Template 5 · Selbstanzeige bei Pflegekasse (Doku-Realität-Lücke)

„Sehr geehrte Damen und Herren,  
im Rahmen unserer internen Qualitätssicherung haben wir festgestellt, dass bei Klient:in [Initialen, geb. Datum] im Zeitraum [von] bis [bis] die Pflegeplanung (tägliche Mobilisation) **nicht durchgängig erbracht wurde** (Realität: 2-3x pro Woche).

Wir haben:

1. Die Pflegeplanung am [Datum] an die tatsächliche Versorgung angepasst
2. Den Klienten / die Angehörigen informiert
3. Den Hausarzt informiert
4. Eine interne Schulung zur korrekten Doku-Realität-Übereinstimmung durchgeführt

Wir bitten um Mitteilung, ob und in welcher Höhe wir die Abrechnungsdifferenz für den Zeitraum erstatten sollen.“

**Hintergrund (für PDL):** Selbstanzeige reduziert das Strafmaß erheblich und ist oft die kleinere Wunde als ein späteres Entdecken durch MD/Pflegekasse.

## Teil 5 – Wenn es trotzdem passiert: Sofort-Plan

Wenn ein Schaden passiert ist oder eine Anzeige eingeht, gilt: jetzt nicht im Affekt handeln. Diese 7 Schritte minimieren Folgeschäden:

1. Akten sichern: sofort Kopien aller relevanten Doku-Stellen, Tourpläne, Mitarbeiter-Listen, Personalakten. Nichts ändern.
2. Mitarbeitende informieren: betroffene Pflegekraft nicht vorschnell beschuldigen – das beschädigt das Vertrauen und kann rechtlich zurückfallen (Verleumdungsklage).
3. Fachanwalt Medizinrecht einschalten. Erstgespräch oft kostenlos.
4. Berufshaftpflicht-Versicherung binnen 24-72 Std schriftlich informieren (verspätete Meldung → Deckungsverlust).
5. Angehörige informieren und Termin vereinbaren – Empathie zeigen, keine Schuldzuweisungen ohne Anwalt.
6. Interne Untersuchung dokumentieren (was war Standard, was lief schief, welche Korrekturen kommen).
7. Pflegekasse / MD proaktiv informieren, BEVOR es eine externe Anzeige gibt – selbst gemeldete Vorfälle werden milder bewertet.

***Im Helden-Campus: Live-Briefing „Haftung im Pflegedienst“ monatlich mit Fachanwalt Medizinrecht. Frage stellen, antworten kriegen.***