

## Tipps für die tägliche Dokumentationsarbeit

---

Tipps für die Dokumentationsarbeit

1

**Zu dieser Folie:**

## Herzlich willkommen zur Schulung!

**Thema:** Tipps für die tägliche Dokumentation

**Dauer:** ca. 30 Minuten

**Ziel:** Mitarbeiter kennen die wichtigsten Dokumentations-Tipps

**Zu dieser Folie:**

## **Inhalt:**

1. Doppeldokumentation vermeiden
2. Vermeidung von unklaren oder sinnlosen Aussagen
3. Knappe Formulierungen
4. Punktgenaue Formulierungen
5. Prozessbeschreibende Dokumentation
6. Häufige Fehlerquellen vermeiden

**Zu dieser Folie:**

- ◆ Eine Information muss **nicht** ein zweites Mal wiederholt werden.
- ◆ Dies kann gewährleistet werden durch:
  - im Leistungsnachweis **blockweises Abzeichnen**, wenn Maßnahmen in der Pflegeplanung beschrieben wurden
  - im Pflegebericht **Abweichungen dokumentieren**, nicht die Regel
  - regeln, welche Eintragungen in **welches Dokumentationsblatt** kommen

## Zu dieser Folie:

### Doppeldokumentation vermeiden

Wenn eine Information an einer Stelle der Pflegedokumentation erfasst wurde, muss sie nicht ein zweites Mal wiederholt werden. Folgende Beispiele können diesen Grundsatz erläutern:

#### Praxis-Tipp:

Maßnahmen, die in der Pflegeplanung beschrieben worden sind, müssen nicht in der Durchführungskontrolle einzeln abgezeichnet werden. Hier genügt es, wenn diese im Block abgezeichnet werden (mit Verweis auf die Pflegeplanung). Maßnahmen der Behandlungspflege sollten hingegen einzeln abgezeichnet werden.

Im Berichtblatt sollten keine Eintragungen getätigt werden, die dem alltäglichen Verlauf entsprechen. Eintragungen zu Stuhlgang, Duschen oder Baden sind überflüssig. Lediglich die Abweichung von der Regel sollte hier dokumentiert sein (z. B., dass der betreffende Arzt informiert wurde, da der Bewohner seit fünf Tagen an Obstipation leidet).

Oftmals ist nicht klar geregelt, welche Eintragungen in welches Dokumentationsblatt gehören. Hier ist dafür Sorge zu tragen, dass einheitliche Regeln geschaffen werden, in welches Blatt welche Eintragungen aufgenommen werden (so gibt es oft inhaltliche Schnittmengen in der Pflegeanamnese, wenn ergänzend noch eine umfassende Informationssammlung gemacht wird).

- ◆ **Keine Eintragungen**, die auf einer **subjektiven Wahrnehmung** beruhen, z. B.:
  - „*Bewohner geht es gut.*“ (Was soll das genau heißen? Beschreiben!)
  - „*Bewohner hat gut gegessen und getrunken.*“ (Was ist damit genau gemeint?)
  - „*Bewohner war aggressiv.*“ (Wie hat sich das gezeigt?)
  - „*Bewohner war unruhig.*“ (Wie hat sich die Unruhe gezeigt?)

### Zu dieser Folie:

#### Vermeidung von unklaren oder sinnlosen Aussagen

Hierbei handelt es sich oftmals um Eintragungen, die auf einer subjektiven Wahrnehmung beruhen und insofern auch so gut wie keine Aussagekraft haben. Sicherlich kennen Sie folgende Beispiele:

„Bewohner geht es gut“: Was soll das genau heißen? Hat er dies so geäußert, oder ist dies eine subjektive Wahrnehmung der Pflegekraft?

„Bewohner hat gut gegessen und getrunken“: Was ist damit gemeint? Hat er „gut“ gegessen, weil er z. B. das Besteck trotz seiner Hemiplegie gekonnt eingesetzt hat, oder hat er seine Sollkalorienzahl zu sich genommen?

„Bewohner war aggressiv“: Hierbei handelt es sich um eine Bewertung des Verhaltens, diese sagt aber nichts aus. Die Grenze, ab wann eine Pflegekraft ein Verhalten als „aggressiv“ wahrnimmt, kann von Person zu Person unterschiedlich sein. In diesem Fall wäre es sinnvoller, zu beschreiben, welches Verhalten der Bewohner an den Tag gelegt hat.

„Bewohner war unruhig“: Hier wäre eine Beschreibung der Unruhe eher geeignet.

## 3 Knappe Formulierungen

- ◆ Eintragungen muss **auch ein anderer lesen/verstehen.**
- ◆ **Stichpunktartige Informationen** sind **übersichtlicher.**
- ◆ **Verwendung von Füllwörtern vermeiden.**

**Zu dieser Folie:**

**Knappe Formulierungen**

**Praxis-Tipp:**

Die Eintragungen in den Pflegebericht sollten immer in dem Bewusstsein getätigt werden, dass diese auch ein anderer wieder lesen muss. Stichpunktartige Informationen sind oftmals übersichtlicher und eher geeignet als längere „Prosa-Texte“. Die Verwendung von Füllwörtern sollte vermieden werden.

## 4 Punktgenaue Formulierungen

- ◆ **Bewertungen vermeiden**
- ◆ **Stichpunktartige Beschreibungen** der jeweiligen Situation

**Zu dieser Folie:**

**Punktgenaue Formulierungen**

**Praxis-Tipp:**

Wie in Punkt 2 bereits beschrieben, sollten Bewertungen vermieden werden. Vielmehr sollten stichpunktartige Beschreibungen der jeweiligen Situation erfolgen.

- ◆ Täglich und in jeder Schicht Eintragungen??
- ◆ **Unter allen Umständen vermeiden!**
- ◆ Nicht täglich Zustand dokumentieren, der sich nicht verändert.
- ◆ Bei gleichbleibenden Zustand reicht **regelmäßige Zusammenfassung der Pflegesituation** aus.
- ◆ Lediglich **Abweichungen von der Regel, Besonderheiten und Notfälle** eingetragen.

### Zu dieser Folie:

#### Prozessbeschreibende Dokumentation

#### **Praxis-Tipp:**

Zum Teil herrscht immer noch die Ansicht vor, dass täglich – und zwar in jeder Schicht – Eintragungen in den Pflegebericht getätigt werden sollten. Dies sollte unter allen Umständen vermieden werden, da nicht täglich ein Zustand dokumentiert werden sollte, der sich nicht verändert. Bei Kunden mit einem eher gleichbleibenden Zustand reicht eine regelmäßige Zusammenfassung der Pflegesituation aus. Lediglich Abweichungen von der Regel, Besonderheiten und Notfälle sollten im Pflegebericht eingetragen werden.



- ◆ **Datum, Uhrzeit oder Handzeichen** fehlen.
- ◆ Dokumentation erfolgt **nicht zeitnah**.
- ◆ Besonderheiten und Abweichungen von der Regel werden zwar im Pflegebericht dokumentiert, es ist aber **keine nachweisbare Konsequenz** nachvollziehbar.
- ◆ **Unleserliche** Schrift
- ◆ Veränderungen werden mit **Korrekturflüssigkeit** vorgenommen.

### Zu dieser Folie:

#### Folgende Fehlerquellen vermeiden

#### Praxis-Tipp:

Folgende Fehlerquellen tauchen in der Praxis in Pflegedokumentationen immer wieder auf. Es ist darauf zu achten, dass diese vermieden werden:

- Datum, Uhrzeit oder Handzeichen zur Eintragung fehlen.
- Dokumentation erfolgt nicht zeitnah, und es werden nachträglich (mit der Gefahr des Informationsverlusts) Eintragungen getätigt.
- Besonderheiten und Abweichungen von der Regel werden zwar im Pflegebericht dokumentiert, es ist aber keine nachweisbare Konsequenz nachvollziehbar (z. B. wurde bei einem Bewohner eine Druckstelle am Gesäß festgestellt; eine Eintragung ist zwar erfolgt – aber in den folgenden Tagen wurden keine darauf bezogenen Dokumentationen mehr getätigt. Als Leser muss man davon ausgehen, dass in der Zwischenzeit keine Maßnahmen zur Behandlung der Wundsituation eingeleitet worden sind).
- Unleserliche Schrift
- Veränderungen werden mit Korrekturflüssigkeit vorgenommen.

**Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

**Zu dieser Folie:**