

Klient_innen-Dokumentation im slw

Die Klient_innen-Dokumentation ist eines der zentralen Mittel der internen Kommunikation im slw.

Sie ist – über ihre unmittelbaren Funktionen und Aufgaben hinaus – auch ein verschriftlichter Ausdruck für jene Wertehaltungen, die das Miteinander im slw zwischen Klient_innen und Mitarbeiter_innen prägen.

Aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen kann die Klient_innen-Dokumentation erhebliche Außenwirkungen entfalten (siehe dazu das Kapitel „Einsichtsrechte und Auskunftspflichten“).

Was ist eine Klient_innen-Dokumentation?

Im slw erfolgt die elektronische Klient_innen-Dokumentation mit der Software CareCenter (→ link: <http://www.carecenter.at/>). Je nach Arbeitsbereich sind zusätzlich auch andere Dokumentationsformen vorgesehen (z.B. medizinischer Akt, therapeutische Assessments, Schulzeugnisse etc.)

Als Dokumentation gilt jede Form der schriftlichen Aufzeichnungen über Klient_innen (incl. E-Mails und Schriftverkehr). Die folgenden Richtlinien für korrekte Dokumentation gelten somit im Wesentlichen für alle schriftlichen Aufzeichnungen über Klient_innen. Wichtig: Es gibt keine „privaten Aufzeichnungen“ zu Klient_innen. Aufzeichnungen zu Klient_innen sind immer dienstlich und unterliegen in jedem Fall den Dokumentationsrichtlinien des slw.

Weshalb dokumentieren wir?

1. Rechtliche Verpflichtungen

Es gibt eine Reihe von gesetzlichen Grundlagen, die uns zur Dokumentation verpflichten und/oder die Art und Weise der Dokumentation regeln. Dies sind ua:

facheinschlägige Berufsgruppengesetze wie das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) oder das Gesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz) → [wiki Gesetze](#)

- Qualitätsstandards in der Tiroler Behindertenhilfe
Standard 12 (Dokumentation) und Standard 17 (Datenschutz)
- Qualitätsstandards der Tiroler Kinder- und Jugendhilfe
Standard 11 (Dokumentation) und Standard 16 (Datenschutz)

2. Qualitätssicherung

Eine professionelle und strukturierte Klient_innen-Dokumentation trägt dazu bei, die Betreuungsqualität so abzusichern, dass eine durchgehend gute/gleichbleibende Qualität in der Betreuung gegeben ist – möglichst unabhängig davon, wer die jeweils diensthabenden Mitarbeiter_innen sind.

3. Beweissicherung

Es ist nicht die Aufgabe einer Klient_innen-Dokumentation, Zeugnis für die „gute Arbeit“ der Mitarbeiter_innen abzulegen. Für die Beurteilung der Arbeitsleistung von Mitarbeiter_innen werden andere Instrumentarien (zB Mitarbeiter_innen-gespräche) herangezogen.

Mit „Beweissicherung“ ist im Fall der Klient_innen-Dokumentation gemeint: Die Dokumentation muss den Nachweis ermöglichen, dass vereinbarte Leistungen tatsächlich erbracht wurden. Etwa die korrekte Angabe von An- und Abwesenheitszeiten des Klienten_der Klientin, Durchführungsnachweise von vereinbarten pflegerischen oder pädagogischen Maßnahmen etc.

Weiters muss die Dokumentation die für den Klienten_die Klientin relevanten Ereignisse (siehe dazu Kapitel „Was dokumentieren wir?“) durch Dritte nachvollziehbar festhalten.

Was sind Grundaufgaben jeder Dokumentation?

1. Dokumentationswahrheit

- Wir dokumentieren in erster Linie Tatsachen. Wenn es notwendig ist, Ereignisse oder Tatsachen zu interpretieren, achten wir darauf, diese Interpretationen nach Möglichkeit in der Dokumentation kenntlich zu machen.

Beispiel: Klient X ist heute besonders fröhlich.

Diese Dokumentation enthält implizit die Interpretation eines Gefühls, die je nach Leser_in der Dokumentation verschieden verstanden werden kann: Was heißt „besonders“? Wie definiere ich „fröhlich“?

Besser: Klient X wirkt auf mich heute besonders fröhlich/scheint besonders fröhlich zu sein/sagt von sich selbst, heute besonders fröhlich zu sein

- Die Dokumentation soll von jenem Mitarbeiter_jener Mitarbeiterin verfasst werden, der_die das dokumentierte Ereignis miterlebt hat. Falls in der Dokumentation ein Ereignis aus der Sicht eines anderen Mitarbeiters_einer anderen Mitarbeiterin berichtet wird, so ist dies kenntlich zu machen.
Die „Weitergabe“ bzw. „Überlassung“ des personalisierten Zugangscodes (log-ins) in der elektronischen Dokumentation CareCenter an Dritte ist untersagt.

2. Dokumentationsklarheit

Um die Dokumentation auch für jene Personen nachvollziehbar zu machen, die nicht unmittelbar mit dem jeweiligen Klienten_ der Klientin arbeiten, beachten wir folgende Regeln. Wir dokumentieren:

- eindeutig (Unterscheidung Tatsachen und Interpretationen),
- nachvollziehbar dh logisch,
- lesbar – dh korrekte Grammatik und Rechtschreibung inkl. Groß- und Kleinschreibung.
- Mitarbeiter_innen werden generell mit Vor- und Nachnamen dokumentiert und durch den Zusatz (MA) als Mitarbeiter_in kenntlich gemacht.
„Spezial-Kürzel“ zur Funktionsbezeichnung von Mitarbeiter_innen, die nur innerhalb einer Einrichtung verstanden werden, bitte vermeiden.
- Klient_innen, die volljährig sind, werden mit Vor- und Nachnamen oder als Herr_Frau Nachname dokumentiert. Angehörige von Klient_innen werden mit Vor- und Nachnamen oder als Vater, Mutter, Großmutter etc. dokumentiert (nicht als Vati, Mama, Urli...)
- Wir verwenden Schriftsprache statt Umgangssprache.

Generell bemühen wir uns um einen diskriminierungsfreien Sprachgebrauch: „Einlage“ statt „Windel“ (sofern es sich nicht um ein Kleinkind handelt), „Serviette“ statt „Latzl“, „Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme“ statt „Füttern“ etc.

Für wen dokumentieren wir?

- Wir dokumentieren für andere Mitarbeiter_innen (siehe Qualitätssicherung).
- Wir dokumentieren für Aufsichtsbehörden (siehe gesetzliche Grundlagen und Kapitel „Einsichtsrechte und Auskunftspflichten“).
- Wir dokumentieren für den Klienten_ die Klientin (siehe gesetzliche Grundlagen und Kapitel „Einsichtsrechte und Auskunftspflichten“).

Die Klient_innen-Dokumentation ist kein „Tagebuch“ für Mitarbeiter_innen. Sie enthält vielmehr jene Ereignisse, die für den Klienten_ die Klientin wichtig und relevant sind.

Was dokumentieren wir?

Die Klient_innen-Dokumentation hält jene Ereignisse fest, die für den Klienten_die Klientin in folgender Hinsicht von Bedeutung sind:

sicherheitsrelevante Ereignisse

wenn die körperliche oder seelische Gesundheit bzw. die Entwicklung einer_s Klientin_en, einer_s Mitarbeiterin_s oder anderer Personen gefährdet oder bereits zu Schaden gekommen ist, ein größerer Sachschaden zu erwarten oder eingetreten ist („sicherheitsrelevant“) siehe Regelung Aktenvermerk (slw wiki) (Bsp.: Streit, Suizidgedanken)

gesundheitsrelevante Ereignisse

Pflegedokumentation - auffällige/ungewöhnliche Symptome unter Kategorie „gesundheitsrelevant“ (Maßnahmen wie „beobachten“, „Arztbesuch“)
Bei Vitalwerte können Haken gesetzt werden für die Übernahme in die Berichte (Bsp.: Fieber, Durchfall, Ausschlag)

entwicklungsrelevante Ereignisse

Was möchte diese Person tun?
Wo möchte sie dabei sein?
Welche Unterstützung braucht die Person dabei von mir als Fachperson?
Was ist der Grund für die Unterbringung? Worin besteht unser Auftrag?

Diese Art von Unterstützungsgesprächen finden wesentlich im Alltag mit dem Klienten_der Klientin oder im Team statt. (Bsp.: Selbstständiger Kinobesuche auf den geübt wird, Zimmerreinigung mit immer weniger werdenden Zimmerkontrolle, Vereinbarungen, wichtige Maßnahmen, Übertretungen, Verwarnungen, positive Entwicklungsschritte und Veränderung)

Die Dokumentation des Alltags von Klient_innen - sofern die festgehaltenen Ereignisse weder sicherheits-, gesundheits- oder entwicklungsrelevant sind - hat mit Zurückhaltung zu erfolgen, da eine Klient_innen-Dokumentation nicht zur „Überwachung“ von Menschen dient.

Welche Basiselemente muss jede Dokumentation enthalten?

- Informationen werden gesammelt und ausgewertet (siehe Kapitel „Was dokumentieren wir?“).
- Ressourcen und Probleme der Klient_innen werden benannt.
- Ziele und Maßnahmen im Sinne des Klienten_der Klientin werden festgelegt.
- Die Durchführung der vereinbarten Maßnahmen wird dokumentiert.
- Ihre Wirkung wird beurteilt und dokumentiert: Wurde das Ziel mit den gesetzten Maßnahmen erreicht? Gegebenenfalls sind neue Maßnahmen zu setzen.

Herangehensweise an die Dokumentation

Reflexion – Fakten – Interpretation – Maßnahmen

1. **Reflektieren:** Was ist vorgefallen? Welches Ereignis will ich schildern? Ist das Ereignis dokumentationswürdig (sicherheits-, gesundheits- und/oder entwicklungsrelevant)
2. **Fakten:** Tatsachen beschreiben: wer? was? wann? wo? wie? Denk daran: möglichst wertfreie Beobachtung und neutrale Beschreibung
3. **Interpretation:** Welche Ursachen bzw. mögliche Beweggründe gibt es für das Ereignis? Richtlinie: Interpretation der möglichen Ursachen, wenn dies für die weitere Unterstützungsleistung erforderlich ist.
Interpretationen sollen in der Dokumentation als solche deklariert sein und entfallen, wenn diese für die Planung weiterer Maßnahmen unerheblich sind.
4. **Maßnahmenplanung:** Welche Maßnahmen - pädagogisch/agogisch oder medizinisch/pflegerisch - werden aufgrund des geschilderten Vorfalls und der entsprechenden Ursacheninterpretation gesetzt?
Richtlinie: Maßnahmen können sofort gesetzt werden oder nach Rücksprache mit dem Team (etwa bei nächster Teambesprechung) bzw mit fachzuständigen Kolleg_innen

Einsichtsrechte und Auskunftspflichten

Nachfolgend genannte Personengruppen haben je unterschiedliche Einsichtsrechte in die sie betreffende Klient_innen-Dokumentation.

Klient_innen sind von den zuständigen Mitarbeiter_innen alters- und entwicklungsentsprechend darüber aufzuklären, dass eine Dokumentation geführt und was dokumentiert wird.

Die Einsichtsrechte umfassen grundsätzlich alle schriftlichen Aufzeichnungen, die im slw über den_die Klient_in erstellt werden, sofern diese Aufzeichnungen nicht durch besondere berufsständische Regelungen geschützt sind.

Generell gilt: Wenn Mitarbeiter_innen mit dem Wunsch nach Einsicht konfrontiert werden, haben sie zeitnah die Einrichtungs- oder Bereichsleitung zu informieren. Diese veranlasst alles Weitere in Absprache mit dem Klienten_der Klientin und/oder dem Mitarbeiter_der Mitarbeiterin.

Der rechtlich korrekte Umgang mit personenbezogenen Daten ist in der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) grundlegend geregelt.

1. Klient_innen

Volljährige Klient_innen haben das gesetzlich verbriefte Recht auf Aushändigung der Dokumentation in Papierform durch die Einrichtung. Dem Wunsch nach Einsicht bzw. Aushändigung der Dokumentation ist zeitnah nachzukommen. Die Kosten für Kopien trägt die Einrichtung.

Das Recht auf Einsicht ist in der DSGVO und in weiteren Gesetzen wie GuKG oder TKJHG festgeschrieben.

Klient_innen im Alter von 14-18 Jahren haben ihrem Entwicklungsstand angemessen das Recht auf Einsicht und auf Aushändigung von Kopien ihrer Dokumentation – siehe dazu auch § 14 Abs. 3, 4 TKJHG §.

2. Vertretungsbefugte Personen von Klient_innen

Vertretungsbefugte Personen von Klient_innen (zB Erziehungsberechtigte, Sachwalter_in) haben grundsätzlich das Recht auf Aushändigung der Dokumentation in Papierform durch die Einrichtung.

Dieses Recht unterliegt jedoch bei Klient_innen ab 14 Jahren – besonders im Falle der Kinder- und Jugendhilfe – gewissen Einschränkungen. Die Entscheidung über den Umfang der Einsicht wird deshalb im Einzelfall zu treffen sein.

Das Recht auf Einsicht ist in der DSGVO und in weiteren Gesetzen wie GuKG oder TKJHG festgeschrieben.

3. Angehörige von volljährigen Klient_innen (sofern nicht vertretungsbefugt) haben kein Recht auf Einsicht in oder Aushändigung der Dokumentation.

4. Behörden

Einsichtsberechtigte Behörden und Organe der öffentlichen Hand (zB Abteilung Soziales des Landes Tirol, OPCAT-Kommission) haben entsprechend ihren gesetzlichen Aufgaben vollumfängliche Einsichtsrechte in jede Form der Klient_innen-Dokumentation. Die Zustimmung zur Einsicht muss durch diese Organe weder bei der Einrichtung noch bei den betreffenden Klient_innen eingeholt noch kann sie verweigert werden.

5. Bewohner_innen-Vertretung (nach Heimaufenthaltsgesetz)

Die für eine Einrichtung namhaft gemachten Bewohner_innen-Vertreter_innen sind berechtigt, in dem zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben erforderlichen Umfang *Einsicht* in die Pflegedokumentation, die Krankengeschichte und andere Aufzeichnungen über den Bewohner zu nehmen.

Das Recht auf Einsichtnahme schließt *kein Ausfolgerungsrecht* ein. Falls es zu einem Verfahren kommt, könnte sich eine Ausfolgerung von Unterlagen (Kopien) im Zuge des Verfahrens ergeben.



Dies bedeutet, dass bei einem Besuch in der Einrichtung die Einsichtnahme gewährt werden muss, aber aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen von uns *keine* Unterlagen mitgegeben bzw. per Post oder Fax übermittelt werden - siehe HeimAufG §9 (1).

Datenschutz

Der korrekte Umgang mit den in der Klient_innen-Dokumentation erfassten Daten (Einsichtsrechte, Auskunftspflichten, Aufbewahrungsfristen...) ist in der DSGVO und in zahlreichen weiteren berufsständischen Gesetzen geregelt.

Zudem ist jedem Dienstvertrag eine Datenschutzerklärung beigegeben; Datenschutz gilt nicht nur für die Informationen in der Dokumentationssoftware CareCenter, sondern für jede klient_innenbezogene Information.

Generell handelt es sich bei den in der Klient_innen-Dokumentation erfassten Informationen um höchst persönliche, sensible Daten, die mit größtmöglicher Vertraulichkeit und Respekt vor der betroffenen Person zu dokumentieren und zu behandeln sind.