

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Rechtliche Grundlagen zur Pflegedokumentation . . . . .</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Vorgaben bzw. Voraussetzung zur Pflegedokumentation . . . . .</b>	<b>3</b>
2.1	Anforderungen an die Pflegedokumentation allgemein . . . . .	4
2.2	Arbeitshilfe Pflegedokumentation . . . . .	4
2.3	Richtlinien für die Pflegedokumentation . . . . .	6
2.3.1	Allgemeine Richtlinien für die Dokumentation in handschriftlicher Form . . . . .	6
2.3.2	Allgemeine Richtlinien für die durch Informationstechnologie gestützte Dokumentation . . . . .	7
2.4	Abkürzungen . . . . .	8
<b>3</b>	<b>Vorgaben bzw. Voraussetzungen für Pflegeberichtseinträge . . . . .</b>	<b>9</b>
3.1	Bedeutung und Zweck des Pflegeberichts . . . . .	10
3.2	Wer fertigt Pflegeberichtseinträge? . . . . .	10
3.3	Zeitpunkt, Häufigkeit und Art der Pflegeberichtseinträge . . . . .	11
3.3.1	Zeitpunkt (wann) . . . . .	11
3.3.2	Häufigkeit (wie oft) . . . . .	11

## **VIII        Inhaltsverzeichnis**

3.4	Inhalte von Pflegeberichtseinträgen .....	13
3.5	Wahrnehmung/Beobachtung .....	14
3.5.1	Wahrnehmung .....	14
3.5.2	Beobachtung .....	15
3.6	Aufbau von Pflegeberichtseinträgen .....	22
3.6.1	FOKUS®-Dokumentation: .....	22
<b>4</b>	<b>Aussagekraft von professionellen Pflegeberichtseinträgen .....</b>	<b>23</b>
4.1	Knappes, sachliches und wertfreies Schreiben ...	23
4.2	Erstellung professioneller Pflegeberichtseinträge .....	25
4.3	Evaluation vs. Pflegeberichtseinträge .....	30
4.3.1	Evaluation .....	30
4.3.2	Formulierungsbeispiele für mögliche Zielevaluationen .....	33
4.3.3	Anpassung der Pflegediagnose nach Soll-Ist-Abgleich .....	37
4.3.4	Zielevaluation vs. Pflegeberichtseinträge ..	38
<b>5</b>	<b>Im Pflegebericht zu dokumentierende Inhalte .....</b>	<b>41</b>
5.1	Aufnahme/Übernahme .....	42
5.2	Laufende Pflegeberichtseinträge .....	43
5.2.1	Abweichungen in der Pflegeplanung .....	43
5.2.2	Ablehnung von Interventionen .....	45
5.2.3	Pflegeberichtseinträge während des Pflege- und Behandlungsprozesses ...	46
5.3	Entlassung/Transfer .....	49
<b>6</b>	<b>Nicht in den Pflegebericht aufzunehmende Informationen .....</b>	<b>51</b>
6.1	Floskeln und Doppeldokumentationen .....	51
6.2	Unpassende unklare Formulierungen .....	54
<b>7</b>	<b>Formulierungshilfen anhand pflegerelevanter Situationen in allen Settings .....</b>	<b>61</b>
7.1	LA „Für Sicherheit sorgen“ .....	62
7.1.1	Hautveränderung .....	62
7.1.2	Schmerzen .....	64
7.1.3	Orientierung .....	65

## Inhaltsverzeichnis IX

7.2	LA „Essen und Trinken“ .....	66
7.3	LA „Sich sauberhalten und kleiden“ .....	67
7.4	LA „Sich bewegen“ .....	68
7.4.1	Normalzustand Bewegung – Beschreibung .....	69
7.4.2	Körperhaltung .....	69
7.4.3	Gang, Gangbild und Gangunsicherheiten .....	70
7.4.4	Bewegungskoordination .....	71
7.5	LA „Ausscheiden“ .....	73
7.6	LA „Regulation der Körpertemperatur“ .....	74
7.7	LA „Kommunizieren“ .....	76
7.8	LA „Schlafen“ .....	77
7.9	LA „Atmen“ .....	80
7.10	LA „Sinn finden“ und „Sich beschäftigen“ .....	82
<b>8</b>	<b>Beschreibung von Verhalten/Äußerungen in bestimmten Situationen</b> .....	85
8.1	Spezifizierung von Überbegriffen .....	85
<b>9</b>	<b>Übungsbeispiele für mögliche Pflegesituationen</b> .....	89
9.1	Akutstationäres Setting (konservative Abteilung) .....	89
9.2	Akutstationäres Setting (operative Abteilung) .....	94
9.3	Intensivbereich .....	99
9.4	Langzeitpflege .....	102
9.5	Mobile Dienste – Hauskrankenpflege .....	108
<b>10</b>	<b>Qualitätssicherung Pflegebericht</b> .....	111
10.1	Nachhaltige Verbesserung der Schreibweise der Pflegeberichtseinträge .....	111
10.2	Settingspezifische Formulierungen im Team .....	112
10.3	Qualitätssicherung des Pflegeberichts durch Fallbesprechungen .....	115
10.3.1	Ziele von Fallbesprechungen .....	116
10.3.2	Rahmenbedingungen von Fallbesprechungen .....	116
10.3.3	Ablauf von Fallbesprechungen .....	118
<b>Literatur</b> .....	121	
<b>Stichwortverzeichnis</b> .....	125	