

# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	<b>8</b>
<b>Einleitung</b> .....	<b>9</b>
<b>1 Allgemeine Informationen und Grundsätze zur Dokumentation</b> .....	<b>10</b>
1.1 Die einzelnen Grundsätze und ihre Bedeutung .....	11
1.2 Welchen Sinn hat eine Pflegedokumentation? .....	16
1.3 Die Formulare und der Pflegeprozess .....	18
<b>2 MDK, Heimaufsicht etc. – Wem dient die Pflegedokumentation?</b> .....	<b>22</b>
2.1 Viel hilft nicht immer viel – zu viel Papier erhöht die Fehlerrate .....	28
<b>3 Jeder Schritt im Pflegeprozess will überlegt sein</b> .....	<b>31</b>
3.1 Wir sind Weltmeister der Informationssammlung ..	31
3.2 Der Prozess beginnt mit der Informations- sammlung .....	34
3.3 Pflegekräfte als Erfinder von Problemen .....	35
3.4 Die Maßnahmen passen nicht zum Problem oder zu den Zielen in der AEDL-Planung .....	38
3.4.1 Die Sache mit der Trinkmenge .....	38
3.4.2 Dekubitusgefährdung .....	40
3.4.3 Übergewicht .....	40
3.4.4 Inkontinenz .....	41
3.5 Die Maßnahmen passen nicht zur SIS® .....	43
3.5.1 Sturzgefährdung .....	43
3.5.2 Schmerzen .....	44
3.6 Die Maßnahmen werden verkürzt und nur aufgezählt .....	44
3.6.1 Sturzgefährdung .....	44
3.6.2 Kommunikation .....	46
3.6.3 Nächtliche Unruhe .....	47

3.6.4	Fixierung .....	48
3.6.5	Vereinsamung .....	49
3.6.6	Schmerzeinschätzung .....	50
3.7	Die Maßnahmen sind oft nicht handlungsleitend ..	52
3.8	In den Maßnahmen befinden sich nur wenig Pflegemaßnahmen .....	54
3.8.1	Überflüssige/unnötige Maßnahmen bzw. Maßnahmen, die keine sind .....	55
3.9	Die Planung der Behandlungspflege ist unsinnig ..	56
3.10	Evaluation bedeutet nicht »unverändert« .....	59
<b>4</b>	<b>Die Biografie deuten und Probleme erfinden – Anekdoten aus der täglichen Pflegeplanung</b>	<b>64</b>
4.1	Ablehnung wird nicht akzeptiert .....	64
4.2	Untergewicht wird zum Problem .....	65
4.3	Probleme, die keine sind .....	65
<b>5</b>	<b>Lästig und überflüssig – die Doppeldokumentation</b>	<b>69</b>
<b>6</b>	<b>Warum Pflegekräfte mehr tun, als sie müssen</b>	<b>71</b>
6.1	Das Stammbuch .....	73
6.2	Die Anamnese .....	74
6.3	Medizinische Verordnungen, Behandlungspflege und ärztliche Verordnungen .....	76
6.4	Durchführungs- bzw. Leistungsnachweis .....	77
6.4.1	Ambulant .....	79
6.4.2	Stationär .....	80
6.5	Der Pflegebericht .....	81
6.5.1	Ambulant .....	82
6.5.2	Stationär .....	83
6.6	Risikoerhebung Dekubitusgefahr .....	86
6.7	Risikoerhebung Mangelernährung .....	88
6.8	Schmerzmanagement .....	91
6.8.1	Ambulant .....	92
6.8.2	Stationär .....	93
6.9	Sturzrisikoeinschätzung .....	94

6.10	Assessments .....	100
6.11	Wunddokumentation .....	103
6.12	Pflegeplanung .....	105
6.12.1	Stationär .....	106
6.12.2	Ambulant .....	107
<b>7</b>	<b>Weniger ist mehr – Welche Papiere Sie wirklich brauchen</b>	<b>110</b>
<b>8</b>	<b>Die Fünf-Bereiche-Pflegeplanung: lese- und anwendungsfreundlich</b>	<b>117</b>
8.1	Variante 1: Verzichten Sie auf die komplette Darstellung des Pflegemodells .....	120
8.1.1	Beispiel ambulant .....	121
8.1.2	Beispiel stationär .....	121
8.1.3	Beispiel (stationär) .....	125
8.1.4	Die Fünf-Bereiche-Pflegeplanung ambulant .....	132
8.2	Variante 2: Verzichten Sie auf Anamnese- und Biografiebögen .....	141
8.2.1	Die Fünf-Bereiche-Pflegeplanung stationär .....	156
<b>9</b>	<b>Verknüpfen Sie BI, SIS® mit der neuen indikatorengestützten Qualitätsprüfung</b>	<b>166</b>
9.1	Vom Begutachtungsinstrument (BI) zur SIS® .....	167
<b>10</b>	<b>Schlusswort</b>	<b>170</b>
<b>Literatur</b>		<b>171</b>
<b>Register</b>		<b>173</b>