

# INHALT

|   |    |
|---|----|
| <b>Vorwort</b>  | 7  |
| <b>Einleitung</b>   | 8  |
| <b>1 Allgemeine Informationen und Grundsätze zur Dokumentation</b>          | 9  |
| 1.1 Die einzelnen Grundsätze und ihre Bedeutung                             | 10 |
| 1.2 Welchen Sinn hat eine Pflegedokumentation?                              | 14 |
| 1.3 Die Formulare und der Pflegeprozess                                     | 16 |
| <b>2 MDK, Heimaufsicht etc. – Wem dient die Pflegedokumentation?</b>        | 19 |
| 2.1 Viel hilft nicht immer viel – zu viel Papier erhöht die Fehlerrate      | 24 |
| <b>3 Jeder Schritt im Pflegeprozess will überlegt sein</b>                  | 27 |
| 3.1 Weltmeister der Informationssammlung                                    | 27 |
| 3.2 Der Prozess beginnt mit der Informationssammlung                        | 30 |
| 3.3 Pflegekräfte als Erfinder von Problemen                                 | 30 |
| 3.4 Die Maßnahmen passen nicht zum Problem oder zu den Zielen               | 33 |
| 3.4.1 Maßnahmen werden einfach aneinandergereiht                            | 37 |
| 3.4.2 Die Maßnahmen sind oft nicht handlungsleitend                         | 45 |
| 3.4.3 Die Maßnahmenspalte enthält keine Pflegemaßnahmen                     | 47 |
| 3.4.4 Die Planung der Behandlungspflege ist unsinnig                        | 49 |
| 3.5 Evaluation bedeutet nicht »unverändert«                                 | 50 |
| <b>4 Probleme erfinden – Anekdoten aus der täglichen Pflegeplanung</b>      | 55 |
| <b>5 Lästig und überflüssig – die Doppeldokumentation</b>                   | 59 |
| <b>6 Warum Pflegekräfte mehr tun, als sie müssen</b>                        | 61 |
| 6.1 Das Stammbblatt   | 62 |
| 6.2 Die Anamnese  | 63 |
| 6.3 Medizinische Verordnungen, Behandlungspflege und ärztliche Verordnungen | 65 |
| 6.4 Durchführungs- bzw. Leistungsnachweis                                   | 66 |
| 6.4.1 Ambulant  | 67 |
| 6.4.2 Stationär   | 68 |

|          |  |            |
|----------|--|------------|
| 6.5      | Der Pflegebericht .....  | 69         |
| 6.5.1    | Ambulant .....   | 69         |
| 6.5.2    | Stationär .....  | 70         |
| 6.6      | Risikoehebung Dekubitusgefahr .....  | 71         |
| 6.7      | Risikoehebung Mangelernährung .....  | 72         |
| 6.8      | Schmerzmanagement .....  | 75         |
| 6.8.1    | Ambulant .....   | 76         |
| 6.8.2    | Stationär .....  | 77         |
| 6.9      | Sturzrisikoeinschätzung .....  | 78         |
| 6.9.1    | Ambulant .....   | 80         |
| 6.9.2    | Stationär .....  | 80         |
| 6.10     | Assessments .....  | 86         |
| 6.11     | Wunddokumentation .....  | 89         |
| 6.12     | Pflegeplanung .....  | 91         |
| 6.12.1   | Stationär .....  | 92         |
| 6.12.2   | Ambulant .....   | 92         |
| <b>7</b> | <b>Weniger ist mehr – Welche Papiere Sie wirklich brauchen .....</b>                                     | <b>97</b>  |
| <b>8</b> | <b>Dokumentationswahnsinn – und die Lösung .....</b>   | <b>104</b> |
| 8.1      | Variante 1: Verzichten Sie in der Pflegeplanung auf die<br>komplette Darstellung des Pflegemodells ..... | 106        |
| 8.1.1    | Die Beispiele in der verkürzten Fünf-Bereiche-Pflege-<br>planung im ambulanten Bereich .....             | 120        |
| 8.2      | Variante 2: Verzichten Sie auf Anamnesebögen und Biografie .....   | 129        |
| 8.2.1    | Die Beispiele in der verkürzten Fünf-Bereiche-Pflege-<br>planung im stationären Bereich .....            | 144        |
| <b>9</b> | <b>Schlusswort .....</b>   | <b>154</b> |
|          | <b>Literatur .....</b>   | <b>155</b> |
|          | <b>Register .....</b>  | <b>156</b> |