

## Die Pflegedokumentation in der Endoskopie in Deutschland

### Carena Hofmeier

Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie-Assistenzpersonal  
Fachschwester für Endoskopie  
1. Med. Endoskopie  
Sanatoriumsplatz 2  
81545 München

Die Dokumentation ist notwendig und ein fester Bestandteil unseres Aufgabenbereiches in der Funktion ist, ergibt sich aus dem Krankenhausbehandlungsvertrag und dem Krankenpflegegesetz.

Die Dokumentation ist das einzige Instrument für das Endoskopiepflegepersonal Art und Umfang ihrer Tätigkeit nachzuweisen.

Die Qualität dieser Tätigkeit wird so nachvollziehbar und kontrollierbar gemacht. Die Dokumentation kann als Grundlage für Personalbedarfsermittlung und Wirtschaftlichkeit dienen, ebenso als Informationsweitergabe an das weiterbehandelnde Pflegepersonal.

Auf Grund von Untersuchungszahlen kann niemand den Arbeitsaufwand - den Zeitaufwand und die Qualität der Pflege in der Endoskopie beurteilen.

Eine Dokumentation sollte möglichst übersichtlich und praktikabel sein.

Das Thema Dokumentation wird schon seit einigen Jahren immer wieder auf Fortbildungen und Kongressen diskutiert. Viele Endoskopieabteilungen haben sich zu diesem Thema Gedanken gemacht und haben entsprechende Dokumentationsbögen entworfen.

Bisher gab es aber keine Hinweise über die Inhalte eines sinnvollen Dokumentationsbogens.

Aus diesem Anlaß wurde die Arbeitsgruppe Dokumentation im September 1999 in Leipzig gegründet.

Die Arbeitsgruppe besteht aus Mitgliedern der

**ZENTRALEN ARBEITSGRUPPE DES DBFK,  
DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR ENDOSKOPIE-ASSISTENZPERSONAL  
UND DES DEUTSCHEN PFLEGEVERBANDES.**

Ziel dieser Arbeitsgruppe ist die Entwicklung von Leitlinien für eine umfassende Dokumentation in der Endoskopie unter pflegerischen, betriebswirtschaftlichen und juristischen Aspekten zu entwickeln.

Zu Anfang wurde ausführlich diskutiert welche Inhalte ein Dokumentationsbogen haben muß, damit man der qualitativ hohen Arbeit des Pflegepersonals in der Endoskopie gerecht werden kann.

Folgende Fragen mußten erarbeitet werden :

**Welche Daten benötigen wir ?**

**Warum brauchen wir diese Daten ?**

**Was ist minimale Pflichtdokumentation ?**

**Was ist fakultative , maximale Dokumentation ?**

**Was kann als Standard hinterlegt werden ?**

**Welche Daten sind als Nachweis wichtig, daß wir sicher gepflegt , assistiert und sichere Rahmenbedingungen geschaffen haben ?**

**Welche Daten benötigt das Pflegepersonal, daß den Patienten weiter betreut?**

Es wurde über die bereits vorhandenen Pflegedokumentationen in der Endoskopie diskutiert und festgestellt, das es sehr unterschiedliche Ausführungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten gibt.

Frau Ulrike Beilenhoff und Frau Elisabeth Kern-Waechter werteten 17 Dokumentationsbögen aus und kamen zu folgendem Ergebnis:

### **Auswertung von Dokumentationsbögen**

Name und Information über die durchführende Abteilung:	70,6%
Name und Adresse des Patienten :	100, 0%
Untersucher:	88,2%
Untersuchungszeiten generell:	58,8%
Geräte-Typ / Serien-Nr.:	17,6%
Endoskopischer Befund:	23,5%
Endoskopische Leistungen:	76,4%
Durchleuchtung:	35,3%
<b>Vorerkrankungen / Risiken:</b>	<b>29,0%</b>
Voruntersuchungen:	11,7%
<b>Lagerung:</b>	<b>17,6%</b>
Patientenvorbereitung:	52,9%
<b>Pflegerische Leistung während des Eingriffs:</b>	<b>17,6%</b>
Pflegebericht:	64,7%
<b>Aussage über Komplikationen:</b>	<b>05,8%</b>
Entlassungszustand des Patienten:	29,4%
<b>Beratung des Patienten:</b>	<b>11,8%</b>
<b>Pflegegespräch</b>	<b>0,0%</b>
Überwachung im Überwachungsraum:	05,8%
Nachsorge:	64,7%
Transportdienst/Entlassung/Verlegung:	70,6%
Unterschrift unter dem Doku-Bogen:	76,5%
Materialverbrauch:	11,8%
Bilddokumentation:	11,8%
EDV-gestützte Dokumentation	0,0%
Materialversorgung:	29,4%
<b>Hygiene:</b>	<b>17,6%</b>

Das Patientengut ist sehr unterschiedlich. In den meisten Endoskopien werden sowohl junge gesunde , als auch schwerstkranke und alte Patienten untersucht. Das Pflegepersonal ist auf unterschiedlichste Patienten vorbereitet: auf besonders ängstliche Pat., auf ausländische Pat. , auf desorientierte und verwirrte Pat. , auf somnolente Pat., um nur ein paar Beispiele zu nennen, nur dokumentiert wird es in den meisten Fällen nicht. Aus diesen Gründen wurde auch über die Einführung von Scores oder den A/S Klassifikationen nachgedacht und von der Münchner Unterarbeitsgruppe erarbeitet:

A / S Klassifikation für die Dokumentation  
in der Endoskopie

**Endo A1/S1\***

Voll orientiert

Mobil

Ohne Risikofaktoren

Ohne Prämedikation

\*Überwachung der Vitalfunktionen während der Untersuchung

\*Sterile Verbände

**Endo A1/S2\***

Voll orientiert

Mobil

Ohne Risikofaktoren

\*Venöser Zugang

\*Vorbereitung der Prämedikation, Analgetika etc.

\*Überwachung der Vitalfunktionen nach Gabe von Spasmolytika,

\*Kontrastmittel, Antiemetika

\*Rasur vor endoskopischem Eingriff

\*Magensonde legen / assistieren

\*Darmrohr legen / Dekompressionssonde

\*Mundpflege ( vor PEG )

\*Nasen - Rachenabsaugung

\*Sauerstoff - intermittierende Gabe

**Endo A1/S3\***

Voll orientiert

Mobil

Ohne Risikofaktoren

\*Vorbereitung und Assistenz bei endoskopischer Notfalluntersuchung

\*Medikamentöse Therapie und Überwachung bei entgleister Organfunktion  
( Reanimation )

\*Fortlaufende Beobachtung und Betreuung des Patienten bei  
schwerwiegenden Arzneimittelwirkungen ( Atemdepression )

**Endo A2/S1\***

Voll orientiert

Eingeschränkt Mobil

Risikofaktoren bekannt

Hilfestellung bei therapeutischer Lagerung

Urinflasche o. Bettschüssel reichen

Hilfe bei An – und Auskleiden

Vorbereitung und Beratung der ambulanten Patienten vor endoskopischen Eingriffen

Ernährungsberatung nach therapeutisch – endoskopischem Eingriff

Schulung d. Pat. Zur selbständigen Ernährung mittels PEG

Hilfestellung bei Erbrechen

Abführmaßnahmen

\*Überwachung der Vitalfunktionen während der Untersuchung

\*Sterile Verbände

**Endo A2/S2\***

Voll orientiert

Eingeschränkt Mobil

Risikofaktoren bekannt

Hilfestellung bei therapeutischer Lagerung

Urinflasche o. Bettschüssel reichen

Hilfe bei An – und Auskleiden

Vorbereitung und Beratung der ambulanten Patienten vor endoskopischen Eingriffen

Ernährungsberatung nach therapeutisch – endoskopischem Eingriff

Schulung d. Pat. Zur selbständigen Ernährung mittels PEG

Hilfestellung bei Erbrechen

Abführmaßnahmen

\*Venöser Zugang

\*Vorbereitung der Prämedikation, Analgetika etc.

\*Überwachung der Vitalfunktionen nach Gabe von Spasmolytika,

\*Kontrastmittel, Antiemetika

\*Rasur vor endoskopischem Eingriff

\*Magensonde legen / assistieren

\*Darmrohr legen / Dekompressionssonde

\*Mundpflege ( vor PEG )

\*Nasen – Rachenabsaugung

\*Sauerstoff – intermittierende Gabe

**Endo A2/S3\***

Voll orientiert  
Eingeschränkt Mobil  
Risikofaktoren bekannt  
Hilfestellung bei therapeutischer Lagerung  
Urinflasche o. Bettschüssel reichen  
Hilfe bei An – und Auskleiden  
Vorbereitung und Beratung der ambulanten Patienten vor endoskopischen Eingriffen  
Ernährungsberatung nach therapeutisch – endoskopischem Eingriff  
Schulung d. Pat. Zur selbständigen Ernährung mittels PEG  
Hilfestellung bei Erbrechen  
Abführmaßnahmen

- \*Vorbereitung und Assistenz bei endoskopischer Notfalluntersuchung
- \*Medikamentöse Therapie und Überwachung bei entgleister Organfunktion ( Reanimation )
- \*Fortlaufende Beobachtung und Betreuung des Patienten bei schwerwiegenden Arzneimittelwirkungen ( Atemdepression )

**Endo A3/S1\***

Desorientiert  
Somnolent  
Immobil  
Aufwendiges therapeutisches Lagern  
Versorgung bei Diarrhoe und Darmblutung  
Hilfestellung bei mind. 6 –maligem Erbrechen  
Versorgung von inkontinentem Patienten

\*Überwachung der Vitalfunktionen während der Untersuchung  
\*Sterile Verbände

**Endo A3/S2\***

Desorientiert  
Somnolent  
Immobil  
Aufwendiges therapeutisches Lagern  
Versorgung bei Diarrhoe und Darmblutung  
Hilfestellung bei mind. 6 –maligem Erbrechen  
Versorgung von inkontinentem Patienten

\*Venöser Zugang  
\*Vorbereitung der Prämedikation, Analgetika etc.  
\*Überwachung der Vitalfunktionen nach Gabe von Spasmolytika,  
\*Kontrastmittel, Antiemetika  
\*Rasur vor endoskopischem Eingriff  
\*Magensonde legen / assistieren  
\*Darmrohr legen / Dekompressionssonde  
\*Mundpflege ( vor PEG )  
\*Nasen – Rachenabsaugung  
\*Sauerstoff – intermittierende Gabe

**A3/S3\* D = diagnostische Untersuchung T = therapeutischer Eingriff**

Desorientiert

Somnolent

Immobil

Aufwendiges therapeutisches Lagern

Versorgung bei Diarrhoe und Darmblutung

Hilfestellung bei mind. 6 –maligem Erbrechen

Versorgung von inkontinentem Patienten

\*Vorbereitung und Assistenz bei endoskopischer Notfalluntersuchung

\*Medikamentöse Therapie und Überwachung bei entgleister Organfunktion  
( Reanimation )

\*Fortlaufende Beobachtung und Betreuung des Patienten bei  
schwerwiegenden Arzneimittelwirkungen ( Atemdepression )

Die Zentrale Arbeitsgruppe des DBfK erläuterte die von Ihnen entwickelten Scores und es stellte sich heraus, daß sehr viele Übereinstimmungen zwischen den Scores und den A/S Klassifikation vorhanden sind und man diese miteinander verbinden kann.

Man war sich einig , daß ein Leitfaden erstellt werden soll, mit dem jede Endoskopieabteilung arbeiten kann. Wobei ein Grundgerüst, die minimale Dokumentation erarbeitet werden soll, daß in Abhängigkeit von Behandlungsspektrum und personellen Ressourcen, sowie der Struktur jeder einzelnen Endoskopie, ausgebaut werden kann.

Auch die EDV-gestützte Dokumentation wurde erläutert, aber da momentan nur ca. 10% aller Kliniken Deutschlands mit einem funktionierenden Datenverarbeitungssystem ausgestattet sind, wird vorrangig die handschriftliche Dokumentation zu erarbeiten sein. Auf den Dokumentationsbögen sollen möglichst viele Elemente mit Ankreuzmöglichkeiten erscheinen.

Weitaus schwieriger gestaltete sich die Frage: „Was ist eine notwendige minimale Dokumentation ?“ und „ Was ist eine realisierbare maximale Dokumentation ?“

Folgende Vorschläge wurden präsentiert:

Beispiel einer Minimaldokumentation

**Klinik**

**Endoskopie**

Stammdaten des Patienten

Datum:       Kostenstelle:      Station:      amb.       vorstationär       nachstationär

**Art der Untersuchung:**

<input type="checkbox"/> ÖGD	<input type="checkbox"/> Proktoskopie	<input type="checkbox"/> Bronchoskopie
<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> Rektoskopie	<input type="checkbox"/> Laparoskopie
<input type="checkbox"/> ERCP	<input type="checkbox"/> Coloskopie	

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Infektionen?** Tbc  HIV  Hep. B  C  MRSA

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Vorbereitung nach Standard       Rachenanaesthesie

ZVK      Braunüle li  re

Zeit						
Puls						
RR						
SA O <sub>2</sub>						
O <sub>2</sub> - Gabe ( l- Angabe )						
<b>Medikamente: z.B.</b>						
Dormicum ® mg						
Diazepam ® mg						
Buscopan ® mg						
Etomidat ® mg						
Anelate ® mg						
Infusionen: ml						

**Pflegebericht:**

(Besonderheiten, Komplikationen, Bewußtseinslage, Kreislaufsituation )

**Nachsorge:** nach Standard   
Abweichung vom Standard

**Rückgabe von Wertgegenständen:** Zahnprothese       Brille

**Entlassung:**      **Wann:**      **Wohin:**

**In Begleitung von:**

**Untersucher:**

**Assistenz:**

Beispiel einer maximalen Dokumentation

**Endoskopieprotokoll**

**Datum:**

**Stammdaten :**

**amb. • Station:**

**Untersuchungsraum:** 1 2 3 4 5 Station OP Rö  
**Untersuchungsart:** ÖGD COLO ERCP PTCD  
 LAP PEG andere:

**Untersucher:** **Assistenz:** **Dolmetscher:** ja nein

**Notfall :** ja nein **Rufbereitschaft:** ja nein

**Risikofaktoren:** R 1 • R 2 • R 3 • sonstiges:

**iv.- Zugang :** li. Arm re. Arm li. Hand re. Hand ZVK sonstiges:  
**Infusion :**

**Überwachung:** Pulsoxymetrie RR EKG  
 O2-Gabe nasal oral Anästhesie

Zeit					
Puls					
O2 Sätt.					
O2 I					
RR					
Medikation:					
Diazepam					mg
Buscopan					mg
Etomidat					mg
Anexate					mg
					mg
					mg

**Rachenanästhesie**

**Diagnose:** .....

**Bewußtseinslage:** Pat. ansprechbar : > Pat. Nicht ansprechbar : >

**Nachsorge:** Standard - Nr:

**Darf nur trinken • Essen ab :**.....

**Laborkontrolle:**.....

**Zusätzl.Anordnungen:**.....

**Komplikation:** nein

ja Erbrechen Aspiration Herzrhythmusst.  
 Atmung Krampfanfall

 ..... **Unterschrift** .....

Im Laufe dieser Arbeitstreffen, wurde allen Teilnehmern bewußt, daß es keine leichte Aufgabe ist, für alle Kolleginnen und Kollegen ein sinnvolles Arbeitspapier zu erstellen.

Abschließend ist zu sagen :

Das Fazit läßt sich auf ganz einfache Weise ausdrücken:

**Alle die Dinge, die das Endoskopiepflegepersonal durchführt, müssen dokumentiert werden, sonst können wir nicht beweisen, Welch hochwertige Arbeit wir geleistet haben.**

**Pflegedokumentation Endoskopie**

**Datum :**

**Stammdaten :**

**amb. • Station:**

**Untersuchungsraum:** 1 2 3 4 5 Station OP Rö

**Untersuchungsart:** ÖGD COLO ERCP PTCD  
LAP PEG andere:

**Untersucher:** **Assistenz:** **Dolmetscher:** ja nein

**Notfall :** ja nein **Rufbereitschaft:** ja nein

**Risikofaktoren:** . R 1 • R 2 • R 3 • sonstiges:

**Raumvorbereitung nach Standard : Nr:**

**Gerätedesinfektion: NR:** chemisch-thermisch maschinell manuell

**Pflegeanamnese:**.....

**Pflegekategorie:** ENDO A1 / S1 • A1 / S2 • A1 / S3 •  
A2 / S1 • A2 / S2 • A2 / S3 •  
A3 / S1 • A3 / S2 • A3 / S3 •

**Vorbereitung des Patienten Standard - Nr :**

**Lagerung nach Standard: Nr. :**

**Abweichung vom Standard:**

**Pflegerische Assistenz nach Standard:**

**Instrumentarium:** Einmal-A. Charge:  
WV.-A. Charge:

**Patientennachsorge nach Standard: Nr.:**

**Abweichung vom Standard:**

**Entlassungsgespräch :** ja • nein •

**Übergabegespräch an Station:** ja • nein •

**Nach sorgemerckblatt - Nr:** mitgegeben : ja • nein •

**Besonderheiten:**.....

**Mitgegeben:** Zahnprothese Brille Kleidung Schmuck Hörgerät

Sonstiges:

**Entlassen :** Station • nach Hause • sonstiges •  
mit Begleitung • mit Taxi • mit Sanitäter •  
mit Pflegekraft • selbständig •

**Bilddokumentation:** Video Foto

**Archivierung:** Befund Histologie Rö - bilder  
sonstiges:

**Nachbereitung von Raum, Instrumentarium und Zubehör nach Standard :Nr.**



..... **Unterschrift** .....