

LAG ERNA
Andreas Schreiber
Krankenpfleger in der Notaufnahme
Klinikum Bamberg

Pflegedokumentation in der Notaufnahme

Die Diskussion über Sinn, Zweck und Notwendigkeit einer Pflegedokumentation in der Notaufnahme wird nun schon seit Anfang der 90er Jahre auf breiter Ebene geführt. Dennoch kann man feststellen, dass diese sehr unterschiedlich gehandhabt wird. Es gibt Notaufnahmen, in denen schon ausführlich und umfassend dokumentiert wird, in anderen werden nur die Personalien der Chipkarte übernommen, oder die Dokumentation obliegt allein dem Arzt. Was auf den Pflegestationen schon lange gut ausgeführt wird, ist bei der Aufnahme lange noch nicht selbstverständlich. So ist es sicherlich immer wieder wichtig, dieses Thema in die Diskussion zu bringen.

Mittlerweile ist jedem bekannt, dass die rechtlichen Grundlagen eine umfassende Pflegedokumentation im Krankenhaus vorschreiben. Wobei die Grundlagen nicht in ausführlichen gesetzlichen Regelungen bestehen, sondern sie beziehen sich auf Gesetzesurteile der letzten Jahrzehnte. Bei entsprechenden Nachfragen von Patienten oder Juristen müssen alle Vorgänge der Behandlung nachvollziehbar sein. Die DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) hat hierfür schon Mitte der 80er Jahre Richtlinien (1) erstellt, die aufzeigen, was eine Pflegedokumentation beinhalten muss. Die sogenannten „W-Fragen“ sollen klären wer, was, warum, wann, in welcher Form, und in welchem Ausmaß angeordnet und/ oder durchgeführt hat.

Dies ist natürlich zum einen im Sinne des Patienten, wenn Probleme und Komplikationen entstehen und Fehler nachgewiesen werden sollen, zum anderen werden aber auch so der Krankenhausträger und die Mitarbeiter in der Notaufnahme geschützt, die die korrekte und professionelle Behandlung belegen können. Nur wenn in der Notaufnahme die Dokumentation beginnt, kommt man zu einer lückenlosen Aufzeichnung der Pflege des Patienten während des gesamten Krankenhausaufenthaltes.

Mit einer ausreichenden Dokumentation können wir, die Pflegekräfte, verdeutlichen, dass wir wegen unserer qualifizierten und professionellen Arbeit nicht durch billigeres ärztliches Hilfspersonal ersetzt werden können. Und nur durch patientennahe und ausreichende Pflegedokumentation können wir die Qualität unserer Arbeit und deren Nutzen zum Wohle des Patienten belegen. Auch eine eindeutige Leistungserfassung wird dadurch ermöglicht. Warum wird dann oft noch unzureichend dokumentiert? Ein Punkt ist sicherlich, dass eine Notaufnahme mit Ambulanzbetrieb bei leichten Erkrankungen und kleinen Verletzungen keine Pflege im engeren Sinne betreibt, der Patient wird in einer meist kurzen Behandlung versorgt und verlässt bald das Krankenhaus mit einem Arztbrief in der Hand. Der Arzt hat seine Tätigkeiten meist in einer Ambulanzkarte dokumentiert, aber wer wie den Verband

gemacht, die Schutzimpfung aufgefrischt oder den Patienten über Verhalten bei Gipsverbänden aufgeklärt hat, wurde nicht aufgeschrieben. Zum zweiten ist jede Notaufnahme so individuell, dass es keine vorgefertigten Pflegedokumentationen geben kann, und so jede Abteilung für ihre Bedingungen etwas neues entwerfen muss. Jeder Beitrag zu diesem Thema kann nur eine Hilfe sein, die endgültige Lösung muss jeder für sich finden. Zum weiteren sind die Pflegekräfte schon mit verschiedenen, vielfältigen administrativen Tätigkeiten befasst, so dass ein zusätzliches Dokumentationsblatt nur als Last betrachtet wird.

Wie sollte also eine effiziente, patientennahe Dokumentation aussehen. Ich habe schon vorher erwähnt, dass jede Notaufnahme für sich die richtige Lösung erarbeiten muss, aber gewisse Punkte müssen diskutiert werden oder sind sogar unerlässlich.

Neben der Dokumentation dient der ganze Aufwand auch der Information und Kommunikation mit und über Patienten, Erkrankung oder Verletzung, Pflegeprobleme, Pflegeverlauf, ärztliche Behandlung und Übergabe an Station oder weiterbehandelnden Arzt, außerhalb des Krankenhauses. Bei kurzzeitigen ambulanten Patienten ist es möglich, die bestehenden ärztlichen Dokumentationen, die meist in der Form einer Ambulanzkarte oder eines Arztbriefes besteht, zu integrieren. Das kann einfach darin bestehen, dass für die pflegerische Dokumentation Raum geschaffen wird, in welchen eingetragen wird, wer die Wunde desinfiziert hat, den Verband angelegt hat, wer die Vitalzeichenkontrolle mit welchen Werten geführt hat oder wer die Tetanusimpfung gespritzt hat. Am besten ist es natürlich, wenn man die Chance nutzt und gemeinsam mit dem ärztlichen Dienst ein neues Dokumentationsblatt erstellt, welches auch den neuen Anforderungen der ambulanten Behandlung gerecht wird. So kann man es anlegen, dass mit einem Chipkartendrucker die Personalien direkt aufgedruckt werden können, dass das Computersystem, das vielleicht schon vorhanden ist oder bald eingeführt wird, mit genutzt werden kann, oder dass dokumentationspflichtige Medikamente (z. B. Tetagam®) patientennah registriert werden. Für ein gemeinsames Projekt müssen natürlich erst alle Beteiligten an einen Tisch gebracht werden, um sich gemeinsam ans Werk zu machen und so die benötigte Akzeptanz in allen Berufsgruppen zu finden. Es ist dabei auch hilfreich, in andere Notaufnahmen zu schauen, wie dort vielleicht schon ein neues System erstellt wurde.

Man sollte darauf achten, dass die Routinemaßnahmen durch einfaches Handzeichen abgehakt werden können, so dass der Bogen die Arbeit nicht erschwert, sondern erleichtert. Zur eigenen Kontrolle und Statistik und für Rückfragen sollte auch immer Ankunftszeit, Behandlungsbeginn und -ende notiert werden.

Bei der Pflegedokumentation in der Notaufnahme für Patienten, die stationäre Aufnahme bedürfen, muss die pflegerische Komponente größeren Raum einhalten. In der Notaufnahme bekommen die Pflegekräfte schon wichtige Informationen über soziales Umfeld und Erkrankung des Patienten von Rettungsassistenten, Notarzt oder Angehörigen, die später übersehen oder vergessen werden, wenn sie nicht gleich dokumentiert werden.

So soll auch die Art des Eintreffens in der Notaufnahme aufgeschrieben werden, ob mit Notarzt, Krankenwagen oder privat.

Der Dokumentationsbogen für stationäre Patienten sollte mit den Pflegestationen abgestimmt werden, so dass er eine Vorstufe der Pflegeanamnese und der weitergehenden Pflegeplanung ist und in die Pflegedokumentation der Stationen leicht integriert werden kann. Deshalb wird es oft schwierig sein die ärztliche und pflegerische Dokumentation, für stationäre Aufnahmen, in einem gemeinsamen Blatt zu erstellen, weil der weitere Verlauf auf Station auch meist in getrennten Systemen erfolgt. Deshalb sollte man prüfen, ob es besser ist, für die ambulante und stationäre Behandlung zwei getrennte Systeme zu nutzen. Kommt es zu einer Änderung im Verlauf der Behandlung des Patienten, so dass der vermeintlich ambulante Patient doch stationär aufgenommen werden muss, oder auch umgedreht, kann man einfach mit dem anderen Bogen weitermachen, mit einem Hinweis auf den hinzugefügten zweiten Blatt.

Eine ausführliche Pflegeanamnese ist in der Hektik der Notaufnahme meist nicht möglich, aber auffallende Pflegeprobleme müssen schon hier notiert werden können. Einen größeren Platz benötigt natürlich auch der Verlauf der Vitalzeichenkontrolle, bei der auch der Bewusstseinszustand des Patienten nicht vergessen werden darf. Wichtig ist es immer auch genau zu notieren, welche Gegenstände, Hilfsmittel und Wertsachen der Patient mit in die Notaufnahme bringt, auch der Verbleib der unscheinbaren Chipkarte ist oft Grund einer Nachfrage von Patienten oder Angehörigen, meist erst einige Tage nach der Aufnahme. Welche pflegerische Maßnahmen sind schon in der Notaufnahme ergriffen worden und entstehen daraus für die Stationen notwendige Konsequenzen? Welche Primärdiagnostiken (EKG, Röntgen, Laborparameter) sind im Rahmen der ersten Aufnahme schon erfolgt? Welche Medikamente wurden vom ärztlichen Dienst oder vom Pflegepersonal auf Arztanweisung gegeben. Gab es Besonderheiten im Laufe des Aufenthaltes des Patienten in der Notaufnahme? Sind für die verwaltungstechnische Abrechnung die Patientendaten schon erfasst worden? Dies sind alles wichtige Punkte, die im Protokoll nicht fehlen dürfen.

Wie schon vorher erwähnt, müssen die einzelnen Punkte in jedem Haus auf die individuelle Situation zugeschnitten sein, damit ein Großteil der routinemäßig anfallenden Kriterien leicht und schnell erfasst werden können.

Hat man so einen neuen gemeinsamen Bogen erstellt, sollte man ihn, bevor er in Druck geht, von neutralen Personen prüfen lassen, welche Fehler, oder vor allem Missverständnisse er beinhaltet, die nur für Außenstehende erkennbar sind. Jetzt hat man auch noch die Möglichkeit, Verbesserungsvorschläge einzuarbeiten, die von den Nutzern aus dem Arbeitsbereich noch berechtigt angemerkt werden.

Fazit: Trotz ausführlicher Diskussion seit vielen Jahr über Notwendigkeit einer Pflegedokumentation in der Notaufnahme, gibt es in vielen Notaufnahmen immer noch

große Mängel in der Art und Weise der Dokumentation für die Pflege. Die Notwendigkeit einer umfassenden und ausführlichen Pflegedokumentation in der Notaufnahme ist nicht nur in juristischen Vorgaben zu sehen, sondern sie dient auch als Instrument, mit welchem das Ausmaß und die Qualität der pflegerischen Arbeit in der Notaufnahme erfasst werden kann. Durch gemeinsame und vorausschauende Entwicklung von Dokumentationsbogen kann eine große Akzeptanz erreicht werden, die nicht als Zusatzarbeit oder Belastung angesehen wird. Es ist dabei wichtig, dass alle beteiligten Gruppen mit in die Erstellung integriert werden. Für Notaufnahmen mit Ambulanzbetrieb kann es sinnvoll, für die ambulante Behandlung einen separaten Bogen zu erstellen.

Auch die Möglichkeit der Integration in das bestehende Pflegedokumentationssystem auf den Stationen muss geprüft werden, um doppelte Schreibarbeit auf ein Minimum zu reduzieren. Es ist hilfreich in verschiedenen anderen Notaufnahmen zu schauen, um deren Dokumentationssysteme kennen zu lernen und so für sich die benötigten Kriterien zusammenzustellen. So dürfte es nicht schwer sein eine gute Dokumentation für seine Notaufnahme zu erstellen.

(1) Deutsche Krankenhausgesellschaft: Grundsätze für Anforderungen an die patientenbezogene Pflegedokumentation in Krankenhäusern