

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

1. Erst Assessment Wunde

Krankheitsverständnis:

Wund- und therapiebedingte Einschränkungen:

Schmerzen (Rating Scale 1- 10)

Mobilitäts- und Aktivitätseinschränkung

Schlafstörungen

Psychosoziale Aspekte

Pflegebedürftigkeit (Grad)

Lebensqualitätsbestimmung Wound QoL

Vorhandene wundbezogene Hilfsmittel:

Kompression _____

Druckentlastung _____

Spezielle Schuhe _____

Sonstiges _____

Selbstmanagement:

Spezielle Assessment _____

Entstauende Maßnahmen _____

Fußpflege- und Inspektion _____

Bekannte wundheilungsstörende Faktoren:

2. Wundspezifisches Assessment

Medizinische Wunddiagnose /

Grunderkrankung:

Wundlokalisierung:

☐ grafisch ☐ schriftlich ☐ Foto

Wunddauer:

Rezidivzahl:

Wundgröße: (Ausrichtung nach Uhr) Länge _____ Breite _____ Tiefe _____ cm

Taschen: _____

Fisteln: _____

Unterminierung Wundrand: _____

Häufigste Gewebeart/Wundgrund: ☐ Fibrin ____ ☐ Granulationsgewebe ____ ☐ Sehne ____
evtl. % Angabe ☐ Muskel/Faszie ____ ☐ Knochen ____ ☐ Nekrose ____

Sonstiges:

Exsudat:

Quantität:

☐ trocken ☐ feucht ☐ nass

Qualität:

☐ serös ☐ trüb ☐ blutig

Sonstiges: _____

Wundgeruch:

☐ ja ☐ nein

Wundrand:

☐ vital ☐ livide ☐ mazeriert ☐ hyperkeratös
☐ flach ☐ wulstig ☐ unterminiert

Wundumgebung:

☐ vital ☐ livide ☐ trocken ☐ rissig ☐ feucht
☐ mazeriert ☐ Blasen ☐ Rötung

Infektionszeichen:

☐ Rötung ☐ Schwellung ☐ Überwärmung

Schwellung:

Schmerzen:

3. Versorgungplanung – und Konzept nach Arztanordnung:

Bisherige Versorgung / Ausgangssituation:

Erstversorgung: ☐

Wundreinigung:

Wundabstrich:

Wundaufgaben:

Primärverband: (Wundfüller oder direkter Verband)

Name: _____

Größe: _____ Anzahl: _____

Sekundärverband:

Name: _____

Größe: _____ Anzahl: _____

Zusätzliche Medizinprodukte:

Name: _____

Größe: _____ Anzahl: _____

Pflege der Wundumgebung:

Kausaltherapie:

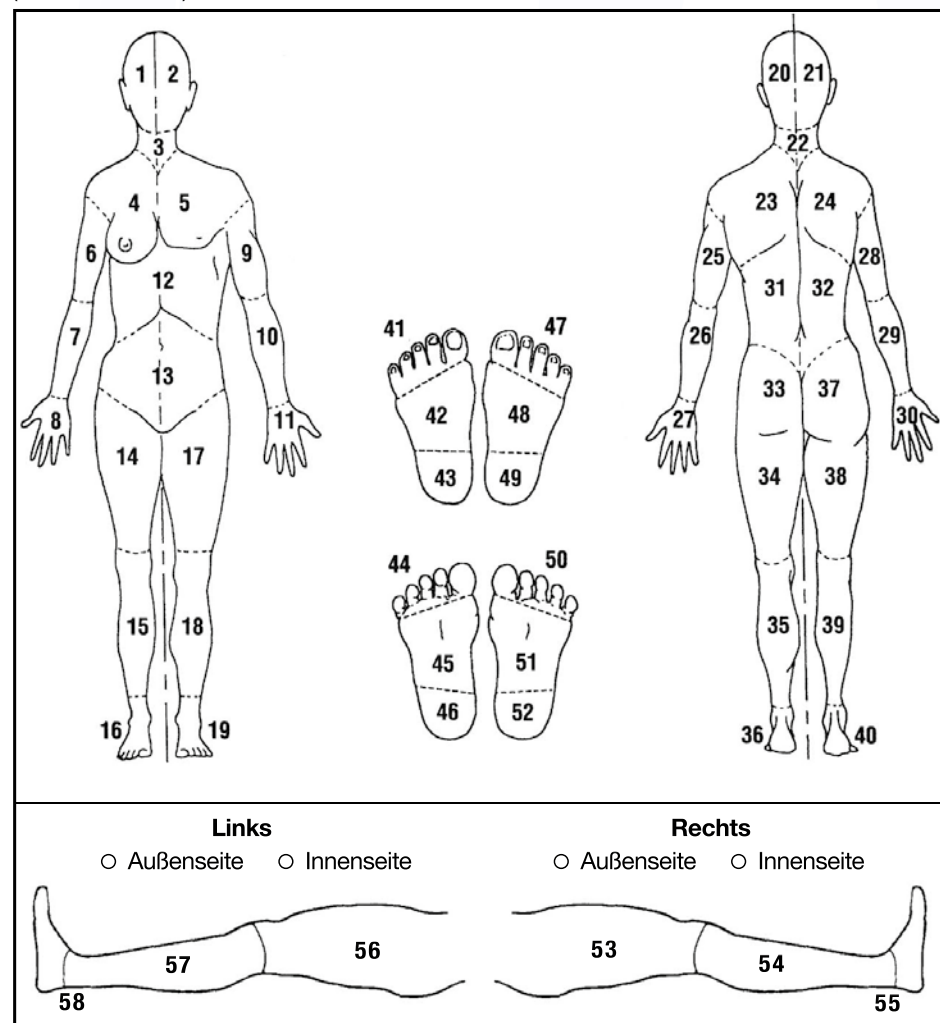
Besonderheiten:

Verbandwechselplanung:

Lokalisation der Wunde

Wundlokalisationsdiagramm

Benutzen Sie das Diagramm zur genauen Beschreibung der Wundlokalisierung (bitte ankreuzen).



Links

☐ Außenseite ☐ Innenseite

Rechts

☐ Außenseite ☐ Innenseite

Angaben zur Fotodokumentation

Abstand: _____ Winkel: _____ Hintergrundfarbe: _____

Kameramodell: _____

Speicherort: _____ Speicherdauer: _____

Datum: _____ Aussteller: _____

Datum: _____ Aussteller: _____

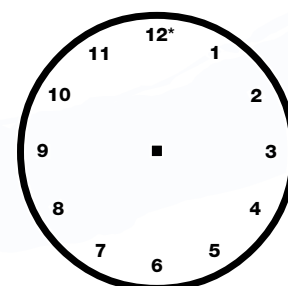
Datum: _____ Aussteller: _____

Datum: _____ Aussteller: _____

Verwendungszweck: _____

Genehmigung des Patienten: _____

Spezielles Wundmanagement: _____



* 12 Uhr entspricht Kopfrichtung

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Unterschrift / Kürzel: _____

4. Monitoring und Verlaufsdokumentation

Datum / Uhrzeit Kürzel							
Veränderung / Ergänzungen							
Erst Assessment Wunde							
Wundspezifisches Assessment							
Wundreinigung							
Wundauflagen							
Pflege der Wundumgebung							
Kausaltherapie							
Besonderheiten							
Therapie – und Pflegeevaluation							

5728 – PDM 06/19

Zum Nutzen dieser Wunddokumentation

Die **Wunddokumentation** ermöglicht die systematische Erfassung der medizinischen und pflegerischen Versorgung einer Wunde und ist somit ein wichtiger Bestandteil des Behandlungs- bzw. Pflegevertrages. Sie umfasst das **Erst-Assessment Wunde**, das **Wundspezifische Assessment**, die **Versorgungsplanung- und Konzept** und die **Verlaufsdokumentation** und bietet die Grundlage

für eine koordinierte Versorgung. Die qualitative, kontinuierliche und fachliche Dokumentation sichert eine konsequente Qualitätssicherung im Versorgungsprozess und gewährleistet Pflegefachkräften bei Haftungsfragen mehr Rechtssicherheit.

Erläuterungen zu den einzelnen Rubriken

1. Das Erst-Assessment Wunde entspricht einer pflegerischen Wundanamnese und bildet die strukturelle Basis zur Erfassung der wund- und therapiebedingten Einschätzung des Betroffenen, welche wichtige Hinweise zur Versorgungsplanung liefert.

Angaben zum **Krankheitsverständnis** können in Form eines Interviews ermittelt werden. Der Patient sollte ermuntert werden die eigene Lebenssituation in Bezug zur Wunde darzustellen. Diese Informationen sollen schriftlich festgehalten werden, sie bieten einen Einblick in das Verständnis des Krankseins des Betroffenen.

Zur Einschätzung der **wund- und therapiebedingten Einschränkungen, der vorhandenen wundbezogenen Hilfsmittel, sowie der Selbstmanagementkompetenzen von Patienten / Bewohner und Angehörigen** können die im Expertenstandard „Pflege des Menschen mit chronischen Wunden“ (DNQP 2015 S.26) beschriebenen Kriterien und Assessment verwendet werden. Die Wunddokumentation bietet die Möglichkeit die relevanten Informationen stichwortartig zu dokumentieren.

Die Erfassung der bekannten **wundheilungsstörenden Faktoren** (wie z.B. Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten) ergänzt die Bewertung der Versorgungssituation im Erst Assessment Wunde.

2. Das Wundspezifische Assessment beschreibt die lokale Wundsituation, es orientiert sich an der Kriterienliste aus dem aktuellen Expertenstandard. Zur genauen Beurteilung der Kriterien wird die Erläuterung der einzelnen Kriterien im Expertenstandard (DNQP 2015 S. 29- 32) empfohlen. Die Wundlokalisierung kann zusätzlich im Wundlokalisationsdiagramm noch eingezeichnet werden. Die Kriterien Wundfläche/ Wundgrund, Wundrand und Wundexsudat wurden mit Empfehlungen aus der S3 Leitlinie Lokaltherapie chronischer Wunden (S3 Leitlinie 091-001, 2012 S. 68-70) ergänzt. Wenn Fotografien zur Unterstützung der Dokumentation eingesetzt werden, müssen diese strikt standardisiert erstellt werden und die **schriftliche Einwilligung des Patienten oder gesetzlichen Vertreters vorliegen** (DNQP 2015 S. 28, DSGVO 2017 Art.7).

3. Versorgungsplanung- und Konzept legt der behandelnde Arzt fest, qualifizierte Mitarbeiter des Gesundheitswesens übernehmen die Durchführung und dokumentieren diese nachvollziehbar. Zur fachlichen Orientierung wird auf den Algorithmus „Wundreinigung “ (S3 Leitlinie 091-00, 2012 S. 43) und den Algorithmus „Wundauflagen (S3 Leitlinie 091-001, 2012 S. 44) hingewiesen. **Pflegerrelevante Maßnahmen** wie z. B. die Pflege der Wundumgebung oder pflegerische Besonderheiten können von der zuständigen Pflegefachkraft ergänzend geplant werden.

4. Monitoring und Verlaufsdokumentation bieten die Möglichkeit die geplanten Leistungen der Wundtherapie und Pflege zu erfassen und individuelle Veränderungen zu dokumentieren. Nach der Erfassung des IST –Zustandes werden **nur die Veränderungen im Verlauf dokumentiert**, eine Wiederholung bzw. Bestätigung gleicher Sachverhalte ist nicht notwendig. Die Kontrolle des Verbandes oder der Wechsel von Wundauflagen muss immer nachvollziehbar dokumentiert werden.

Die Wunddokumentation entspricht der Empfehlung aus der S3 Leitlinie „ Lokaltherapie chronischer Wunden“ eine zeitnahe Evaluation der verordneten Kausal – und Lokaltherapie (S3 Leitlinie 091-001, 2012 S. 66) vorzunehmen. Pflegefachkräfte haben die Möglichkeit den Heilungsverlauf der Wunde und die Wirksamkeit der gesamten Maßnahmen entsprechend dem Expertenstandard Ebene 5 zu beurteilen. (DNQP 2015 S. 46-48). Die Wunddokumentation erfüllt die fachlichen Inhalte der wundspezifischen Prüfungsfragen aus den Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach §275b SGBV für die häusliche Krankenpflege. Zum Erstellen der Wunddokumentation dürfen nur dokumentenechte Schreibmedien z.B. Kugelschreiber benutzt werden. Datum und Unterschrift bzw. Kürzel des Ausstellers dokumentieren die erbrachte Leistung.

Konzeptionelle Entwicklung: Norbert Matscheko, M.A. BSc 2019
Quellen: Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. (DGfW) (2012): S3-Leitlinie 091-001 „Lokaltherapie chronischer Wunden bei Risiken CVI, PAVK und Diabetes mellitus“
DNQP (2015): Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, 1. Aktualisierung S.26 ff
Datenschutz-Grundverordnung DSGVO (2017): Artikel 7 ; Bedingungen für die Einwilligung
<https://dsgvo-gesetz.de/art-7-dsgvo> Zugriff. 15.10.2018