

„Schreibst du noch oder pflegst du schon?“

In meiner täglichen Arbeit als Dozentin und Beraterin in Sachen moderne Wundversorgung merke ich immer wieder, wie es beim Thema Wunddokumentation zu heftigen Diskussionen unter den Teilnehmern meiner Schulungen kommt.

Da treten immer wieder die gleichen Kommentare aus dem Auditorium der Pflegekräfte und Wundexperten auf. Kommentare wie: „Ich habe nicht die Zeit das alles zu dokumentieren“ – „ich weiß nicht was ich da immer schreiben soll“ – „wir sind unterbesetzt und finden keine Zeit für die Dokumentation“.

Sicher ist, dass die Dokumentation ohne eindeutige Vorgaben und einem gut definierten Prozess durch die Pflegeeinrichtung oft zu Frustration bei den Pflegekräften führt. Genauso wichtig ist es für angemessene Personalkapazität zu sorgen. Oft erwerben Pflegeeinrichtungen teure Formblätter für die Wunddokumentation, die zwar versuchen jede rechtliche Lücke zu schliessen, dadurch aber oft unübersichtlich und viel zu umfangreich sind. Auch der Medizinische Dienst der Krankenkasse (MDK) prüft und bewertet die Dokumentation nicht als Fleißarbeit, sondern fordert eine plausible, aussagekräftige, nachvollziehbare und bewohnerbezogene Dokumentation. Ich höre dann zwar immer wieder Kommentare wie – „bei uns hat der MDK aber etwas anderes gesagt“ oder „unser MDK hat es durchgelassen“. Fakt ist, das Prozedere zur verpflichtenden Qualitätsprüfung nach SGB XI ist in Deutschland überall gleich und kann nicht von Stadt zu Stadt unterschiedlich gehandhabt werden. Das gilt für die Pflege wie auch für den MDK.

Es empfiehlt sich daher dringend immer in der Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112 + 114 SGB XI nachzulesen und im Zweifel den MDK mit der Frage zu konfrontieren. Unbestritten ist der Druck auf die Pflegekräfte häufig enorm hoch. Die meisten Pflegekräfte lieben die direkte Arbeit mit dem Patienten und würden gerne viel mehr Zeit für diesen Teil ihrer

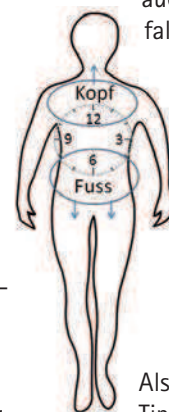
Aufgabe nutzen, doch geht das oft nicht, da sie gefühlt mittlerweile mehr Zeit am Schreibtisch verbringen als am Patienten selbst. Hinzu kommt die Angst etwas falsch oder nicht aussagekräftig dokumentiert zu haben. Um den Mitarbeitern in dieser Situation zu helfen, ist es für die Pflegeeinrichtungen essenziell sich Gedanken über die richtige Dokumentation und die internen Vorgaben dazu zu machen. Es ist wichtig zu verstehen was wirklich wunddokumentationsrelevant ist, ja was die rechtlichen Vorgaben sind. Anhand dieser Recherche muss der eigene Wunddokumentationsprozess unter die Lupe genommen werden. In den meisten Fällen gibt es viel Potenzial für eine Vereinfachung. Der beste Weg ist sicher, wenn das notwendige Wissen zur Dokumentation und der damit verbundenen Überarbeitung der Dokumentations-Formulare in den Pflegeeinrichtungen selbst erworben wird.

Ich verstehe, dass dies, vor allem auch in kleineren Einrichtungen, oft nicht möglich ist. In so einem Fall sollte man wenigstens zu der Entscheidung kommen externe Hilfe in Anspruch zu nehmen. In meinen Schulungen zur Wunddokumentation spreche ich Teilnehmer mit einem hohen Frustrationslevel häufig darauf an, mir doch Ihre Dokumentations-Formulare unverbindlich für eine Bewertung zukommen zu lassen.

Ich versuche dann in einer Rückmeldung einige Hilfestellungen zur Optimierung zu geben, biete aber auch an ein individuell angepasstes Wunddokumentations-Formular für diese Einrichtung zu erstellen. In einem solchen Fall setzen wir uns dann zusammen und erarbeiten eine individuell mit allen

rechtlichen Vorgaben gestaltete Dokumentation. Durch das gemeinsame Erarbeiten der Dokumentationsvorlage verliert diese Ihren Schrecken, da die Mitarbeiter wissen was wo und wie einzutragen ist.

Durch ein gezielt eingesetztes Dokumentations-Formular werden häufig auch „Doppeldokumentationen“ vermieden. Der nächste Schritt muss dann natürlich die konsequente und andauernde Schulung der Mitarbeiter sein. Nur durch Routine und das Erlernen der Dokumentations-Sprache kann der dafür benötigte Zeitaufwand dauerhaft auf ein Minimum reduziert werden. Je öfter man eine Wunde beurteilt hat umso besser und routinierter kann man nachher dokumentieren. Das allerwichtigste ist Sicherheit im Umgang mit der Wunddokumentation und in der Wundbeurteilung zu bekommen. Wichtig sind hierbei vor allem auch die oft nicht bekannten oder falsch erlernten Basics:

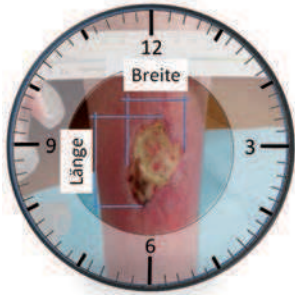


- Wie messe ich eine Wunde aus?
- Was ist eigentlich der Wundrand und was die Wundumgebung?
- Was bedeutet Rezidiv, was Unterminierung, was Assessment?

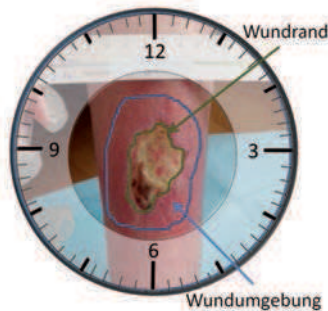
Als kleine Anleitung hier ein paar Tipps zu den Basics:

1. Für die richtige Betrachtungsweise der Wunde hilft es das Prinzip der Uhr zu verwenden. Danach ist der Kopf immer in Richtung 12 Uhr, die Füße in Richtung 6 Uhr.
2. Bei Wunden an den Armen sind diese immer im angelegten Zustand zu betrachten also Richtung Schulter bedeutet 12 Uhr Richtung Finger bedeutet 6 Uhr.

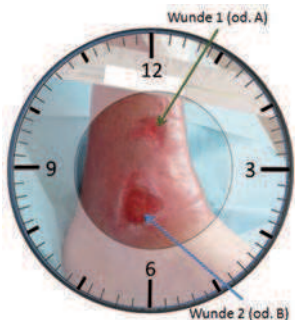
Beim Vermessen der Länge und der Breite der Wunde ist dann die Länge nach Wunduhr von 12 Uhr in Richtung 6 Uhr – die Breite von 3 Uhr in Richtung 9 Uhr anzugeben.



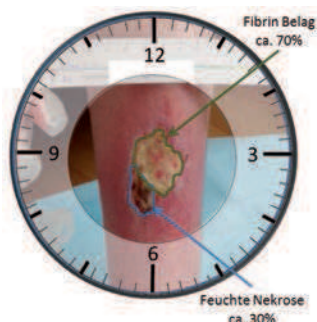
In diesem Bild wird verdeutlicht, was als Wundrand und was als Wundumgebung zu bezeichnen ist.



Sollten mehrere Wunden in unmittelbarer Umgebung sein ist es wichtig diese in der Dokumentation eindeutig zu benennen, sprich Ihnen eine Nummer oder einen Buchstaben zu weisen.



Sollten innerhalb einer Wunde verschiedene Stadien auftreten, ist es wichtig beide zu benennen. Ein Tipp: eine geschätzte „Fläche“ mit angeben, das verdeutlicht das Ausmaß der Wundsituation.



Generell lässt sich feststellen, dass besonders Schulungen zum Thema Wunddokumentation sehr gut angenommen werden, da meist auch ein reger Austausch der Teilnehmer untereinander stattfindet.

In vielen meiner Schulungen zu diesem Thema versuche ich das KISS Prinzip (keep it short and simple = mach's kurz und einfach) zu vermitteln. Anhand von Fallbeispielen wird gezielt geübt wie man kurz und knapp und trotzdem nachvollziehbar und der Wahrheit entsprechend dokumentiert.

Dabei ist die größte Herausforderung oft die angelernten Fehler zu korrigieren. Man muss (sehr behutsam) versuchen bei vielen Gewohnheiten den Blickwinkel zu verändern. Einige der Teilnehmer haben sich im Laufe der Berufsjahre, beispielsweise Begrifflichkeiten angeeignet, die sich Ihrer Meinung nach professionell oder aussagekräftig anhören, die in Wirklichkeit aber nichts aussagen. Ein typisches Beispiel ist: „die Wunde ist unverändert“ Wie unverändert? Auf welchen Zustand bezogen? Ohne eine klare Referenz auf einen Zeitpunkt an dem die Wunde eindeutig und richtig dokumentiert wurde, sagt dieser Satz „die Wunde ist unverändert“ nichts aus. Ein weiteres Beispiel: „Die Wunde ist reizlos.“ Laut Duden ist die Bedeutung von reizlos: ohne Reiz, wenig schön, langweilig – wollten Sie das wirklich so ausdrücken?

In Schulungen stößt man im ersten Moment auf viel Unverständnis wenn man aufzeigt, dass das, was jahrelang als gute und aussagekräftige Dokumentation betrachtet wurde rechtlich gesehen häufig nicht haltbar wäre. Daher versuche ich, vorwiegend anhand von Fallbeispielen, Hilfestellungen zu geben, Formulierungsmöglichkeiten mit den Pflegekräften zu erarbeiten und so neben den Basics der Wundbegutachtung einen neuen aussagekräftigen „Dokumentations-Wortschatz“ anzutrainieren. Das Thema muss so gefestigt werden, dass es irgendwann ganz automatisch geht, zu dokumentieren, ohne sich den Kopf zu zerbrechen wie etwas zu formulieren ist. Eine Dokumentation die aussagekräftig ist muss nicht zwangsläufig kompliziert klingen.

Ein häufiger Fehlglaube ist auch, dass eine Fotodokumentation rechtlich

notwendig ist. Das ist nicht wahr. Weder im Heimgesetz noch in der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112 und 114 SGB XI ist vermerkt, daß man eine Fotodokumentation benötigt. Dennoch ist, wenn die Möglichkeit dazu besteht, eine gut gemachte Fotodokumentation sicher von Vorteil wenn man dem Patienten den visuellen Wundverlauf bei der Patientenedukation verdeutlichen möchte.

Immer häufiger führe ich auf den Wunsch von Pflegeheimen oder bei Pflegediensten dokumentationsbezogene Stichproben durch. Dazu schaue ich mir einige ihrer Wunddokumentationen der letzten Monate an, wobei ich immer wieder feststelle, dass eine der Schwierigkeiten, neben der richtigen Formulierung, die Fähigkeit lückenlos und nachvollziehbar zu dokumentieren.

Es ist klar, je besser dokumentiert wurde desto nachvollziehbarer ist es für jemanden, der die Wunde nicht kennt. Das Ziel muss also sein, so zu dokumentieren, dass es selbst der Kollege versteht der gerade aus dem Urlaub kommt und im Vorfeld noch nie mit dem Patienten zu tun hatte. Dazu bedarf es oft eines Umdenkens – *aber es funktioniert!*

Merke: Gut zu dokumentieren ist zwar nicht einfach, es lässt sich aber lernen! Ein weiterer Fehler der häufig rechtliche Folgen haben kann ist, dass derjenige der dokumentiert, die dokumentierte Leistung gar nicht selbst erbracht hat. Tun sie mir bitte einen Gefallen, dokumentieren Sie nur wenn Sie die Leistung, sprich z.B. den Verbandwechsel auch wirklich selbst durchgeführt haben.

Des Öfteren bekomme ich von Pflegekräften zu hören, dass sie die Dokumentation durchführen müssen obwohl die Pflegehilfskraft den Verbandwechsel durchgeführt hat. Bitte treten sie in einem solchen Fall selbstbewusst gegenüber ihrem Arbeitgeber auf und verweigern sie dieses Vorgehen. Letztendlich sind Sie es, der sich sonst angreifbar macht. Dokumentation ist eine persönliche Verpflichtung und kann nicht delegiert werden!

Im Grundsatz ist es wichtig zu verstehen, dass die Dokumentation letztlich nicht nur der rechtlichen Absicherung dient, sondern auch der Information

aller am Wundheilungsprozess beteiligten Personen. Nur wenn alle beteiligten, Arzt, Klinik, Pflegekräfte und auch die Krankenkasse immer auf dem gleichen Stand sind, kann ein reibungsloser und somit für den Patienten optimaler Heilungsprozess sichergestellt werden. Zur rechtlichen Seite lässt sich noch sagen, dass es in bisherigen Schadensersatzprozessen in der Regel um die Klärung folgender Fragen ging:

- Ist die Wunde richtig erfasst und sind die Risiken der Wunde (z. B. Infektion) erkannt worden?
- Ist der Ort und Zeitpunkt der Entstehung nachvollziehbar?
- Sind die richtigen Maßnahmen regelmäßig durchgeführt worden?
- Sind Veränderungen an den Wundverbänden bzw. den Maßnahmen aufgefallen und sind diese dokumentiert worden?
- Ist der Arzt/die Ärztin rechtzeitig hinzugezogen worden?
- Ist die ärztliche Anordnung erkennbar?
- Sind die getroffenen Maßnahmen entsprechend dem aktuellsten Stand der Wissenschaft?
- Sind die Hygienestandards eingehalten worden?

In einem Schadensfall hilft auch kein Jammern, sondern nur eine gute Dokumentation, dass man nachvollziehen kann wann, was, durch wen, wie, womit und warum geleistet wurde.

Verordnungen

Ganz ähnliche Probleme wie bei der Wunddokumentation gibt es häufig auch in der Aussagekraft und Nachvollziehbarkeit von Verordnungsscheinen. Bei der Durchsicht von Verordnungsscheinen fällt mir immer wieder auf, dass Dinge die für den Arzt klar sind, da er den Patienten seit Jahren kennt nicht dokumentiert werden und somit oft die Begründung für die eine oder andere Verordnung fehlt. Der Arzt kennt seinen Patienten, stellt eine Diagnose und für Ihn ist dann klar warum der Patient eine zusätzliche Kompressions-therapie benötigt. Weiß das auch der Sachbearbeiter der Krankenkasse oder der des MDK? Nein!

Wenn zum Beispiel eine CVI (chronisch venöse Insuffizienz) nicht auf der Verordnung vermerkt wird, ist auch

nicht nachvollziehbar, warum eine Kompressionstherapie durchgeführt werden soll.

Ein Beispiel: Auf einer Verordnung wird ein täglicher Wechsel der Wundverbände verordnet, ohne zusätzliche Information warum dies notwendig ist. Ist es weil die Wunde infiziert ist? Exsudiert sie stark? Ist es gar eine palliative Wundsituation? Für die Krankenkasse bedeutet ein täglicher Verbandwechsel enorme Kosten, wenn also keine ausreichende Begründung vorliegt, wird die Verordnung unter Umständen abgelehnt, was wiederum Frust und zusätzliche Arbeit auf Seiten der Pflege auslöst. Wenn also die vom Arzt zu stellende medizinische Wunddiagnose nicht vorliegt muss die Pflegefachkraft die Diagnose vom Arzt „einholen“. Denn ohne medizinische Wunddiagnose ist unklar um welche Wundart es geht und welches Ausmaß der Wunde vorliegt.

Ein weiteres Beispiel: Der Arzt diagnostiziert einen Ulcus cruris und der Pflegedienst soll laut Verordnung 1x täglich Kompressionsverbände durchführen. Sagt ein diagnostizierter Ulcus cruris aus, dass ein Kompressionsverband gemacht werden muss? Nein! Ein diagnostizierter Ulcus cruris heisst lediglich, dass es sich um eine Wunde am Unterschenkel handelt, es ist ein sogenannter Sammelbegriff. Daher ist es in so einem Fall entscheidend vom Arzt zu erfahren ob der Ulcus venös oder arteriell bedingt ist, ob es sich gar um eine gemischte Form handelt oder ob andere Ursachen vorhanden sind wie Stoffwechselerkrankungen, dermatologische Erkrankungen, genetische Defekte, Infektionskrankheiten oder eine maligne Entartung. Wer ohne diese Ursache zu kennen, „nur zum ausprobieren ob es dem Patienten hilft“, einen täglichen Kompressionsverband anlegt, schadet u. U. nicht nur dem Patienten sondern hat im schlimmsten Fall auch rechtliche Folgen zu befürchten. Der Ulcus könnte schliesslich auch arteriell bedingt sein und dann ist ein Kompressionsverband kontraindiziert.

Ich darf nochmals daran erinnern, der Arzt hat zwar die Therapieverantwortung, wir in der Pflege allerdings die Durchführungsverantwortung und daraus ergibt sich auch die Remon-

strationspflicht. Das bedeutet, dass wir die Durchführung ablehnen müssen sobald etwas nicht dem aktuellsten Stand der Wissenschaft entspricht. Dies betrifft z. B. auch die Anwendung von Stoffen, Produkten und Methoden die auf der „Absoluten-Negativliste“ stehen (siehe Negativliste von Werner Sellmer). Um auf den Kompressionsverband zurückzukommen, wenn keine klare Diagnose für die Sinnhaftigkeit eines solchen vorliegt, muss die Durchführung in jedem Fall abgelehnt werden, bis eine ausreichende Diagnose vorliegt.

In Schulungsveranstaltungen, die ich für die Landesärztekammer durchführe, versuche ich die Ärzte bezüglich der Sorgfalt bei Verordnungen zu sensibilisieren. Die meisten Ärzte verstehen die Thematik sehr schnell und sind bereit entsprechend genauer zu verordnen. Das Problem ist, dass die eine Seite (in diesem Fall die Ärzte) meist nicht die Probleme der anderen Seite (Krankenkassen / Pflegedienste / Pflegeheime) sieht. Umgekehrt ist es aber genau der gleiche Fall, was oft zu Ärger über die jeweils andere Seite führt. Dieses Problem kann nur durch einen starken Ausbau der interdisziplinären Kommunikation gelöst werden.

Zusammenfassend kann ich sagen, gehen Sie regelmäßig auf Fortbildungen, fragen Sie nach wenn sie etwas nicht wissen oder unsicher sind, reflektieren Sie sich selbst und nehmen sie Hilfe an. Lassen Sie sich nicht von der Angst möglicher rechtlicher Folgen beeinflussen, wenn Sie von Ihrem Handeln überzeugt sind. Treten Sie selbstbewußt aber respektvoll auf, wenn Sie merken, dass etwas falsch läuft. Sie haben den Beruf der Pflegekraft gewählt, weil Sie anderen Menschen helfen wollen, denken Sie aber zwischendurch auch an sich selbst.



*Sabrina Gaiser-Franzosi
Exam. Krankenschwester, Wundexpertin
ICW e.V., Wundtherapeutin,
Medizinprodukteberaterin,
Gerichtlich bestellte Sachverständige
des Sozialgerichts Stuttgart*