

Wund-Foto-Dokumentation

Was nicht dokumentiert wurde, gilt als nicht erbracht



Foto: N. Dietrich

Bei chronischen Wunden sind Wundgrößenveränderungen von nur 1–2 mm pro Woche nicht ungewöhnlich. Durch die Dokumentation erhalten alle an der Therapie Beteiligten einen sofortigen Überblick über die Situation des Patienten bzw. Bewohners. Sie stellt darüber hinaus eine Qualitätskontrolle für alle Beteiligten dar. Für den Leistungserbringer ist die Dokumentation der Nachweis für die geleistete Arbeit und die verwendeten Materialien. Bei rechtliche Auseinandersetzungen kommt der Dokumentation eine Schlüsselrolle zu: Alles was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht erbracht.

Eine wesentliche Maßnahme zur Einschätzung der Wirksamkeit einer gewählten Therapie ist die Dokumentation. Bei einer akkuraten Durchführung gestattet es den Therapeuten, auch geringfügige Veränderungen zu erkennen. Dies ist insbesondere bei der Behandlung chronischer Wunden von Bedeutung. Bei der Fotodokumentation müssen bestimmte Vorgaben eingehalten werden.

Allgemeine Grundlagen

In der Dokumentation ist die gebräuchliche Fachsprache anzuwenden. Die Beschreibung von Sachverhalten hat in objektiver Form zu erfolgen, Relativwörter sollten nicht verwendet werden (Abb. 1). Die Darstellung muss in sich schlüssig sein und es dürfen keine Widersprüche auftreten. Zur Arbeitserleichterung sind vorgefertigte Wunddokumentationsbögen empfehlenswert. Die von der pharmazeutischen Industrie kostenfrei zur Verfügung gestellten Dokumentationsbögen sind häufig nicht vollständig oder nur auf Produkte des Anbieters beschränkt. Um sicherzustellen, dass alle benötigten Parameter erfasst werden, bleibt häufig nur die Möglichkeit der Erstellung von eigenen Bögen oder eine Übernahme aus einer ähnlichen Einrichtung.

Anhand standardisierter Vorgaben der jeweiligen Einrichtung können Abkürzungen und Handzeichen verwendet werden. Dafür muss allerdings eine entsprechende Kürzelliste vorliegen, die innerhalb der Aufbewahrungsfristen vorzuhalten ist.

Bei EDV-gestützten Dokumentationssystemen ist auf nachgewiesene Rechtssicherheit zu achten, so dürfen zum Beispiel Einträge nicht nachträglich editierbar sein. Eine Software mit geprüfter Rechtssicherheit ist z. B. JalomedWD.

Alle Eintragungen sind dokumentenecht und zeitnah vorzunehmen. Therapieanweisungen des behandelnden Arztes sind, wenn nicht sofort erfolgt, innerhalb von 24 Stunden gegenzeichnen. Die Verwendung von „Tipp-Ex“ oder anderen Korrekturmitteln sind nicht zulässig, Streichungen müssen lesbar bleiben. Sämtliche Eintragungen sowie Änderungen sind mit Datum und Handzeichen bzw. ausgeschriebenen Namen des Eintragenden zu versehen.

Entsprechend dem BGB § 199 (2) gilt seit dem 1. Januar 2002 eine Aufbewahrungs-, Klage- und Verjährungspflicht von generell 30 Jahren.

Was wird dokumentiert?

Sinnvolle Kategorien zur Dokumentation können folgende sein:

1. Informationssammlung über den Patienten und seine Erkrankung sowie Risikoeinschätzung und prophylaktische Maßnahmen:

- Patientendaten
- Wundart
- Ursache und Risikoschätzung (z. B. beim Dekubitus mittels Braden-Skala)
- Beeinflussende Faktoren
- Prophylaxe

2. Wundanalyse

- Lokalisation
- Wundgröße
- Wundbeurteilung
- Wundumgebung
- Besonderheiten

3. Therapie

4. Durchführungsnachweis

Ermittlung der Wundgröße und -tiefe

1. Wundgrößenbestimmung

■ Flächenbestimmung mit Maßskala (Länge x Breite in Zentimeter):

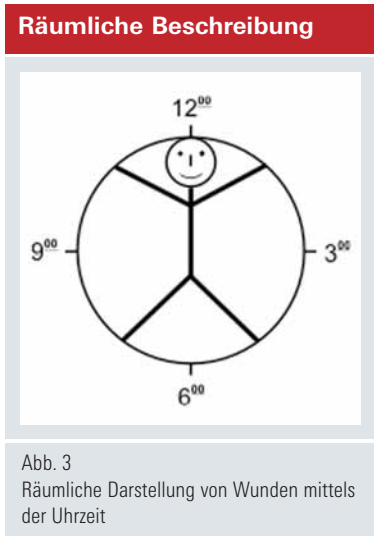
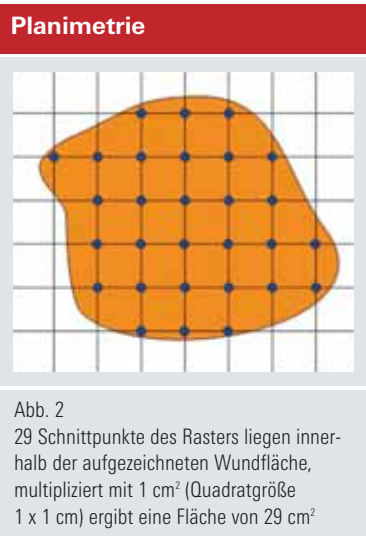
Die einfachste und am häufigsten angewendete Methode ist die Ermittlung von Länge x Breite. Zum genauen Aufzeichnen des Wundumfangs sind transparente Verpackungen von Wundaufgaben geeignet. Die innere Seite dieser Umhüllungen sind steril und können daher auf die Wunde aufgelegt werden. Mittels eines Permanentmarkers wird der Wundumfang nachgezeichnet. Anschließend erfolgt die Übertragung dieser Zeichnung auf eine saubere Transparentfolie (bzw. Quadratrasterfolie) und deren Ablage in der Dokumentation.

■ Planimetrie: Punktzählmethode mittels Rasterflächen. Quadratrasterfolien eignen sich gut für eine einfache und schnelle, aber trotzdem noch ausreichend exakte Bestimmung von Flächen. Die Form der Fläche ist dabei unerheblich.

Die Punktzählmethode beruht darauf, dass ein Schnittpunkt der Rasterlinien als Repräsentant eines Quadrates („Flächenwert“ eines Rasterpunktes) angesehen werden kann. Für die Flächenbestimmung brauchen dann nur die innerhalb der Wund-

Aussagen aus Pflegedokumentationen – Beispiele Abb. 1	
In Pflegedokumentationen gefundenen Aussagen	Objektive Formulierung
„... und eine belegte Wunde am Arsch ...“	Dekubitus im Bereich des Steißbeins
„... schmieriger Ausfluss aus der Wunde.“	Absonderung von Wundsekret (mit genauer Klassifizierung, z. B. eitrig, serös)
„... Alles gut vom Wundbild (stinkt ein bisschen).“	Wundgeruch wahrnehmbar

Quelle: (Matscheko 2003, mündliche Mitteilung) und deren objektive Formulierung



fläche liegenden Schnittpunkte gezählt und mit dem Flächenwert eines Quadrates multipliziert werden (Abb. 2).

Entsprechende Folien befinden sich beispielsweise auf der Umverpackung von einzelnen Wundaufgaben der Firma 3M Deutschland GmbH oder als Abziehfolie zum Einkleben in die Wunddokumentation auf einer Hydrogelkompressen der Paul Hart-

mann AG. Druckvorlagen für Quadratraster stehen im Internet unter der Adresse www.gandersheimer-modell.de/site2/service.html zur Verfügung.

■ Räumliche Beschreibung: Insbesondere bei Taschenbildung ist die räumliche Beschreibung von Bedeutung. Diese orientiert sich üblicherweise an einem Zifferblatt (Abb. 3, 4):

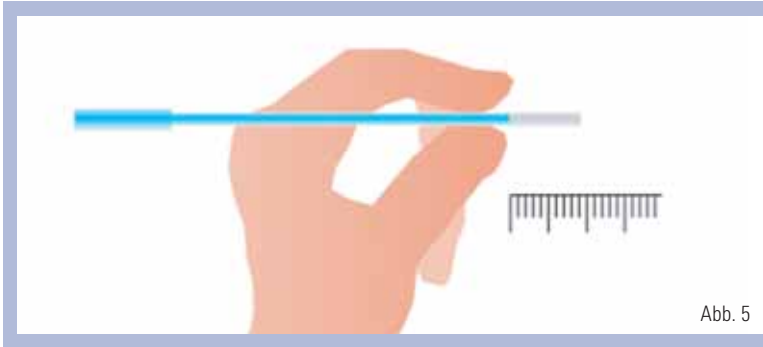
Ablesen der Wundtiefe

Abb. 5

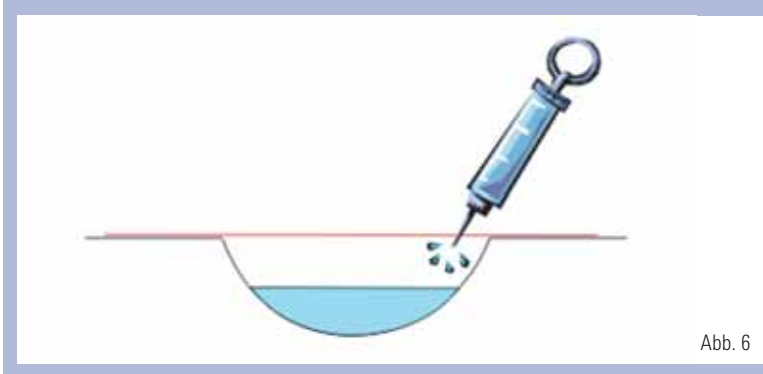
Volumenbestimmung mittels Auslitern

Abb. 6

2. Wundtiefe

Eine Bestimmung der Wundtiefe kann mit einem sterilen Watterträger oder speziellen Stäbchen mit Maßeinteilung vorgenommen werden. Ähnlich ist bei Wundtaschen zu verfahren, siehe Abb. 5 und 6. In der Verpackung von Alginattamponaden der Firma B. Braun sind derartige Stäbchen enthalten.

3. Wundvolumenmessung

Das Volumen der Wunde kann näherungsweise aus Wundfläche \times Wundtiefe berechnet werden. Genauer ist das so genannte Auslitern der Wunde. Die Wunde wird mit einer Folie (z. B. die Folie aus der Flächenmessung verbleibt über der Wunde) abgedeckt. Mittels einer sterilen Spritze wird angewärmte Ringer- oder Kochsalzlösung vorsichtig unter die Folie gespritzt, bis die Flüssigkeit den gesamten Hohlraum aufgefüllt hat (Abb. 6). Die Menge der fehlenden Spüllösung in der Spritze entspricht dem Volumen der Wunde.

Fotodokumentation**Einwilligungserklärung**

Zwingend notwendig für eine Fotodokumentation ist die vorherige Zustimmung des Patienten bzw. dessen Vertreters. Über den Zweck ist der Patient zu informieren, insbesondere dann, wenn Fotos zu Vorträgen, für Veröffentlichungen oder wissenschaftliche Untersuchungen genutzt werden sollen. Am sichersten ist eine schriftliche Bestätigung mit Angabe des Zwecks.

Ist der Patient nicht in der Lage zuzustimmen, dürfen im Notfall erste Fotos angefertigt werden. Diese bleiben bei den Akten, auch wenn die Zustimmung später versagt wird.

Die Zustimmung kann jederzeit durch den Patienten oder Betreuer widerrufen werden. Einverständnis bzw. Ablehnung ist in den Patientenunterlagen zu dokumentieren und gegenzeichnen.

Technische Voraussetzungen

Polaroid-Bilder sind im Allgemeinen wegen zu kurzer Haltbarkeit unzureichend. Spiegelreflexkameras sind nach wie vor geeignet. Die Entwicklung der Negativabzüge hat aber in der Einrichtung zu erfolgen. Um eine Verletzung der Persönlichkeitsrechte des Patienten zu vermeiden, muss bei einer auswärtigen Entwicklung die Genehmigung des Patienten vorliegen. Eine bessere Alternative stellt das Fotografieren mit Digitalkameras dar, die Qualität der Aufnahmen ist sehr gut, es müssen keine Negativabzüge entwickelt werden und die Aufbewahrungspflicht von 30 Jahren kann eingehalten werden.

Die Digitalkamera sollte folgende Merkmale besitzen:

- Makrofunktion (Möglichkeit von Nahaufnahmen)
- Blitz
- Großes LCD-Display (mindestens 2 Zoll bzw. 5,1 cm), möglichst schwenkbar
- Programmautomatik
- Datum- und Zeitsystem
- Externe Speicherkarte

Die Digitalbilder werden auf einem Computer oder einem anderen Datenträger (CD, DVD, externe Festplatte) archiviert. Mindestens einmal pro Woche wird von allen neuen Aufnahmen eine Sicherheitskopie erstellt. Die Kopie verbleibt nicht am Computerarbeitsplatz, sondern wird in einem anderen Raum gelagert. Bei einem etwaigen Brand ist damit die Gefahr eines kompletten Datenverlustes minimiert.

Rechtliche Aspekte

Zur Wahrung der Rechtssicherheit muss ein Foto folgende Daten enthalten:

- Erstellungsdatum
- Name des Patienten oder Kürzel oder Patientennummer
- Geburtsdatum des Patienten
- Zentimeterskala.

Häufigkeit der**Fotodokumentation:**

- Bei Aufnahme und Entlassung aus oder in die Einrichtung

- Regelfall = 14–28 Tage
- Unbedingt bei Wundveränderungen.

Rechtliche Regelungen zur Wundfotografie gibt es nur für das Ulcus cruris im EBM 2000plus S. 56, Ziffer 02312 (www.ebm2000plus.de). Als obligater Leistungsinhalt für die Behandlung eines oder mehrerer Ulcera cruris ist eine Fotodokumentation zu Beginn der Behandlung und danach alle vier Wochen festgeschrieben.

Praktische Hinweise

1. Allgemeine Standardeinstellungen der Digitalkamera

- Automatikmodus
- Eingeschalteter Blitz (in der Regel im Automatikmodus Standardeinstellung)
- Nahaufnahme (in der Regel Pflanzensymbol)
- Weißabgleich automatisch (in der Regel im Automatikmodus Standardeinstellung)
- Datumsanzeige aktiviert.

In manchen Fällen (z. B. bei Gegenlicht) kann es sinnvoll sein, die Standardeinstellung auszuschalten und individuelle Einstellungen vorzunehmen.

Für diese Fälle sollten sich ausgewählte Mitarbeiter in den Einrichtungen intensiv mit der Kamera beschäftigen und zum Ansprechpartner für alle Probleme werden.

2. Vorbereitungen durch den Fotografen

Die Pflegekraft hat sich vor dem Fotografieren mit der Kamera vertraut zu machen und die Funktionalität der Kamera zu überprüfen. Die Ablichtung der Wunde erfolgt während eines durchzuführenden Verbandwechsels nach der Wundreinigung. Unnötige Verbandwechsel und erhöhte Materialkosten werden somit vermieden.

Alle benötigten Materialien (neue Verbandstoffe, Zentimetermaß mit Patientenangaben, Kamera usw.) müssen bereit liegen.

3. Motivwahl

Sollte ein Patient mehrere Wunden haben oder ist eine Wunde klein und eine genaue Zuordnung zum betroffenen Körperteil ist anhand des Fotos nicht möglich, ist es ratsam, erst eine Übersichtsaufnahme der betroffenen Körperpartie zu machen. Die eigentliche Wunde sollte immer aus dem gleichen Abstand und dem gleichen Winkel aufgenommen werden. Nur so lassen sich Veränderungen der Wunde genau erkennen.

4. Umgang mit der Kamera

Sollte die Pflegekraft mit der Bedienung der Kamera unsicher sein, sind mehrere Fotos anzufertigen und nur die besten zu archivieren. Die Bilder erscheinen auf den Display der Kamera scharf, auf dem größeren PC-Bildschirm werden allerdings

oftmals Mängel deutlich. Im schlechtesten Fall wäre ein erneutes Fotografieren, mit wiederholtem Verbandwechsel, erforderlich.

5. Bildausschnitt

Die Wunde sollte mindestens ein Drittel des Bildes ausfüllen. Dazu ist das Abbild heranzuzoomen und mit der Kamera nicht zu nah an die Wunde zu kommen. Jede Kamera hat einen festen Mindestabstand zum Objekt. Wenn dieser unterschritten wird, ergeben sich unscharfe Bilder.

Es ist darauf zu achten, nicht das Gesicht des Patienten oder anderer im Raum befindlicher Personen zu fotografieren. Auch das Schamgefühl des Patienten sollte gewahrt bleiben. Entsprechende Stellen sollten durch ein OP-Tuch, Handtuch usw. abgedeckt werden.

Anzeige
im Heft

Ablesen der Wundgröße

Abb. 7, 8



Trotz ausgedehnter Wundfläche ausreichende Bildschärfe, Zentimetermaß gerade aufgelegt, alle Wundinformationen vorhanden



Falsch aufgelegtes Zentimetermaß, die Skala wird verzerrt

6. Belichtung

Beim Fotografieren ist ein ausreichende und gleichmäßige Ausleuchtung nötig. Ist die Beleuchtung zu gering, fällt es vielen Kameras schwer, mit dem Autofokus das Motiv scharf zu stellen. Ein einfarbiger Hintergrund (z. B. grünes OP-Tuch, Handtuch, Laken) lenkt nicht von der eigentlichen Aufnahme ab, auch die Farbwiedergabe kann dadurch verbessert werden. Der Hintergrund sollte allerdings nicht weiß oder zu hell sein, um eine Über- bzw. Unterbelichtung zu vermeiden. Das Fotografieren gegen das Licht (z. B. von der Zimmermitte in Richtung Fenster) führt zu Fehlbelichtungen.

Sondert die Wunde viel Sekret ab oder die Kamera wird exakt horizontal zur Wunde gehalten, spiegelt sich das Blitzlicht in der Wunde und das Foto wird unbrauchbar. In diesem Fall hat

sich das Abdecken der Blitzlampe mit Pergamentpapier bewährt.

7. Sonstiges

Für eine präzise Erfassung der Wundgröße ist es nötig, dass das Zentimetermaß auf dem Bild gerade dargestellt wird (siehe Abb. 7). Die selbst haftenden Papierskalen werden oft den anatomischen Wölbungen folgend auf die Haut gelegt. Dadurch werden die Maßskalen auf den Fotos verzerrt wiedergegeben und eine genaue Größenbestimmung ist nur schlecht möglich (Abb. 8).

Alle hygienischen Standards müssen eingehalten werden. Durch Fotodokumentationen wurden schon manche Nachlässigkeiten, wie Arbeit ohne Handschuhe oder ins Bett abgeworfene Verbandstoffe, aufgedeckt.

Fazit

Eine korrekt durchgeführte Dokumentation gibt Auskunft über die Notwendigkeit, die Art, den Umfang und die Qualität einer durchgeführten Therapie. Außerdem kann sie für die Mitarbeiter des Gesundheitswesens Rechtsicherheit bedeuten. Sie ist also nicht nur eine gesetzlich vorgeschriebene Mehrbelastung, sondern dient einer erfolgreichen Therapie des Patienten und dem Schutz der Mitarbeiter.

Die Fotodokumentation mit Digitalkameras ist dabei eine mittlerweile anerkannte Form. Sie kann allerdings die schriftliche Dokumentation nicht ersetzen, sondern nur ergänzen und Sachverhalte deutlicher darstellen.

Die modernen Kameras werden immer besser und erleichtern den Medizinern und Pflegekräften die Arbeit. Beim Fotografieren muss sorgfältig vorgegangen werden, um dem Patienten so wenig Unannehmlichkeiten wie möglich zu bereiten.

Abbildungsnachweis:

Abb. 1–6: Heinz-Dieter Hoppe
Abb. 7 + 8: Ralf Lobmann (Klinik für Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg)

Anschrift der Verfasser:

Dr. Heinz-Dieter Hoppe
Leiter der Bildungsstätte
Gandersheimer Modell
Maxim-Gorki-Straße 9, 06484 Quedlinburg
E-Mail: mail@wundheilung.net

Frank Hederer
Stellv. Pflegedienstleiter
Klinikum Dorothea Christiane Erxleben
Quedlinburg gGmbH
Ditfurter Weg 24, 06484 Quedlinburg
E-Mail:
F.Hederer@klinikum-quedlinburg.de