

# Wunddokumentation nach dem UFER -Prinzip



Einstiegsseite der  
Power Point Präsentation



**Wir zeigen Ihnen hier einen Auszug mit Erläuterungen aus dem begleitenden Fachvortrag „Wunddokumentation nach dem UFER-Prinzip“.**

**Der gesamte Vortrag umfasst mehr als 70 Folien.  
Die Folien der Präsentation erkennen sie an dem blauen Hintergrund.**

**Ebenfalls zeigen wir Ihnen Teile der praxiserprobten, papiergebundenen Wunddokumentation.**

**Die gesamte Wunddokumentation umfasst 3 Dateien. Sie besteht aus Wundverlaufsbogen, Wundversorgung und Wundbeurteilung.**

**Die hier gezeigten Seiten sind Ausschnitte aus dem Wundverlaufsbogen und sind an dem weißen Hintergrund zu erkennen.**

**Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen.**

**Haben Sie Fragen zu dem Fachvortrag oder zur papiergebundenen Wunddokumentation?**

**Dann schicken Sie uns einfach eine E-Mail an:  
gonda@pflagedienst-bauernfeind.de**

# Wunddokumentation nach dem UFER -Prinzip



- Wund**U**mggebung
- Wund**F**läche
- Wund**E**xsudat
- Wund**R**and



Die Power Point Präsentation erläutert Schritt für Schritt die Wunddokumentation nach dem UFER-Prinzip.

Die Wunddokumentation ist immer eine zusätzliche Dokumentation zur Pflegedokumentation.

Die Begrifflichkeiten wurden überarbeitet und wenn möglich mit festgelegten Begrifflichkeiten beschrieben.

# Wundverlaufsbogen

UFER-Prinzip =	Systematisches Beschreiben:		Aufnahme-Datum	Datum	Datum
	WundUmgebung WundFläche	WundExsudat WundRand			
<b>WundUmgebung</b>					
Wundumgebung (ab 4 mm)  (lt. Dr. med. Th. Eberlein)	ist unauffällig				
	ist gerötet		cm	cm	cm
	ist livide		cm	cm	cm
	ist blass				
	usw.				
	usw.				
	usw.				
	usw.				
<b>Handzeichen</b>					



Hauptbestandteil der **papiergebundenen Wunddokumentation** ist der Wundverlaufsbogen.

Er erfasst die Wunde vom Aufnahmedatum bis zu 16 Wochen (bei 14tägiger Dokumentation) anhand eines Diagramms.

Auf einen Blick wird sofort erkannt, ob sich die Wunde verbessert oder verschlechtert.

Auf jeder Seite ist das Aufnahmedatum und die weiteren Folgedaten (wenn die Wunde neu ausgemessen, also beschrieben wird) zu sehen.

Beim Kunden (häusliche Pflege) ist eine Kopie der Wunddokumentation.

Im Falle einer Krankenhauseinweisung wird diese Kopie mitgegeben.

Somit sind die Kollegen im Krankenhaus über den gesamten Wundverlauf informiert.

Der Zeitpunkt des Ausmessens einer Wunde sollte im Unternehmen als Standard festgelegt werden.

Unser Standard ist Montags alle 14 Tage.

An diesem Tag werden alle Wunden ausgemessen und anhand der Wunddokumentation beschrieben.

Zusätzlich muss die Wunde bei jeder Wundverschlechterung und bei jeder neuen Wundversorgung beschrieben werden.

Der ausführende Mitarbeiter zeichnet jedes Formular ab.

Eine Transparenz für alle Beteiligten liegt vor, Rückfragen der Pflegedienstleitung oder des

behandelnden Arztes sind einfach und nachvollziehbar.

Der jeweilige Mitarbeiter wird zunehmend sicherer bei dieser Art von Dokumentation.

# Wunddokumentation

- Wundarten
- Lokalisation (siehe auch Diagramm)
- Vorangegangene Wunden
- Fotodokumentation



Unser Wundverlaufsbogen beginnt mit den Fragen der

- **Wundarten** (siehe weitere Erläuterungen)
- **Lokalisation** (siehe weitere Erläuterungen)
- **Vorangegangenen Wunden** (siehe weitere Erläuterungen)
- Fotodokumentation

# Wundarten mod.nach Knapp 1999, Lippert 2001

<b>Mechanische Verletzungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Schürfwunden</li> <li>•Schnittwunden</li> <li>•Riss – Kratzwunden</li> <li>•Platz – Quetschwunden</li> <li>•Schusswunden</li> <li>•Ablederungen</li> <li>•Amputationen <b>durch Trauma</b></li> <li>•Bisswunden</li> <li>•Blasen</li> </ul>	<b>Iatrogene Wunden</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Inzisionen</li> <li>•Punktionen</li> <li>•Laserbehandlungen</li> <li>•Spalthautentnahmen</li> <li>•Amputationen</li> <li>•<b>Sekundär heilende Wunden</b></li> </ul>	<b>Chronische Wunden</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Dekubitus</li> <li>•Venöses Ulcus</li> <li>•Arteriellcs Ulcus</li> <li>•<b>Lymphatisches Ulcus</b></li> <li>•<b>Gemischtes Ulcus</b></li> <li>•Diabetisches Fußsyndrom</li> <li>•Ulzerierte Tumore</li> </ul>
<b>Thermische Verletzungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Erfrierungen</li> <li>•Verbrennungen</li> <li>•Stromverletzungen</li> </ul>		
<b>Chemische Verletzungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Verätzungen durch Säuren</li> <li>Verätzungen durch Laugen</li> </ul>		
<b>Strahlenschäden</b>		



Schon bei der Suche nach Wundarten können die unterschiedlichsten Definitionen gelesen werden.

Leider steht bei den meisten Dokumentationen nur die chronische Wunde im Vordergrund.

Unser Wundverlaufsbogen wurde nicht nur für die chronische Wunde entwickelt, sie soll eine Übersicht über alle Wundarten geben.

Die Wundarten nach Knapp und Lippert sind vollständig und übersichtlich.

Laut Lippert werden drei Grundarten von Wunden unterschieden.

1. Traumatische
2. iatrogene (vom Arzt hervorgerufene)
3. Chronische Wunde.

## Die traumatische Wunde

Entsteht durch äußere Gewalteinwirkung.

Mechanische Verletzungen, thermische Verletzungen, chemische Verletzungen, strahlenbedingte Wunden.

## Die iatrogene (vom Arzt hervorgerufene) Wunde

Das sind Wunden nach operativen und diagnostischen Eingriffen  
z.B. Inzisionen, Punktionen, Laserbehandlung, Spalthautentnahme.

## Die chronische Wunde

Der Zeitrahmen, wann eine akute zur chronischen Wunde wird, wird je nach Autor zwischen 4 und 8 Wochen angegeben.

Folgende Aussage kann aber als Anhalt genommen werden:

Eine Wunde, die innerhalb 6 Wochen nicht abheilt, oder deren Heilungsverlauf Rückschritte und Stillstände durch äußere (exogene) oder innere (endogene) Einflüsse

zeigt, muss als chronische Wunde bezeichnet werden.

Die Wundarten von Knapp und Lippert wurden mit Hilfe von Dr. med. Thomas Eberlein, Dermatologe / Venerologe – Allergologe, modifiziert.  
Bei „Mechanische Verletzungen“ wurden die Amputationen nach Trauma ergänzt.  
Bei „Iatrogene Wunden“ wurden die sekundär heilenden Wunden ergänzt.  
Bei den chronischen Wunden wurde das lymphatische Ulcus und das gemischte Ulcus noch mit aufgenommen.  
Die Wundarten sind in unserem Wundverlaufsbogen nach dem jetzigen Wissensstand vollständig  
und für den Wundbeurteiler ein optimales Handwerkszeug.  
Ein regelmäßiges Lernen und eine Gewinnung von Sicherheit ist durch ankreuzen gewährleistet.

# Lokalisation Vorangegangene Wunden

<b>Lokalisation (siehe auch Körperskizze):</b>	
<b>Vorangegangene Wunden mit gleicher Lokalisation (Jahr / Gradeinteilung)</b>	
<b>Jahr</b>	<b>Wundgrad nach Daniel</b>

Ausschnitt



## Lokalisation

Die stichwortartige Beschreibung der Lokalisation der Wunde wird per Hand eingetragen.

Dabei ist auf den Sprachgebrauch zu achten.

Er sollte im Unternehmen standardisiert werden.

Diese Lokalisation in Worten wird unterstützt mit der Körperskizze und der digitalen Fotodokumentation.

## Vorangegangene Wunden mit gleicher Lokalisation (Jahr / Gradeinteilung)

Wichtig zu wissen ist, dass zerstörtes spezifisches Gewebe ab Muskel einer Muskelzerstörung z.B. eines Dekubitus ab der Stufe 3 (bei Seiler) Stufe 4 (bei Daniel) und Stufe 4 (bei NPUAP) lediglich durch Granulationsgewebe und Ersatz Narbengewebe ersetzt wird.

Es wird also funktionales Gewebe dauerhaft durch Narbengewebe ersetzt.

Reparationsgewebe erreicht niemals die vorherige Funktion bzw.

Belastungsfähigkeit.

Ein abgeheilte Dekubitus sollte immer als solcher in der Dokumentation gut sichtbar gekennzeichnet werden.

Es kann ansonsten zu Falscheinschätzungen und zu Fehlentscheidungen kommen z.B. bei Antidekubitusauflagen, (ICW Nachrichten 01/05 von Hans Jürgen Flohr)

## Wunddokumentation nach dem UFER-Prinzip:

Das **U** steht für **WundUmgebung**

Das **F** steht für Wund**Fläche**

Das **E** steht für Wund**Exsudat**

Das **R** steht für Wund**Rand**

The slide features a blue background with the title 'WundUmgebung' in large orange letters. On the left, a checklist includes:  unauffällig,  gerötet,  blass,  usw.,  usw.,  usw.,  usw.,  usw.,  usw. A white box with red text states 'ab 4 mm um Wunde'. Two photographs show wounds with red circles indicating the 4mm measurement. The UFER acronym is written vertically on the right: U (orange), F (green), E (yellow), R (blue). A logo for 'Hauslicher Pflegedienst Gonda, Bayern, Deutschland' is at the bottom right.

Durch das systematische Vorgehen unseres Wundverlaufsbogens werden die verschiedenen Parameter der WundUmgebung erfasst:

Das Thema Wundumgebung wird genauer erläutert.

- **Wundumgebung**
- **usw.**

### Was ist Wundumgebung?

Dr. med. Thomas Eberlein hat die Wundumgebung beschrieben als das Areal, welches den Wundrand umgibt.

Er legte fest: ab 4 mm beginnt die Wundumgebung.

Bis zu 4 mm gehört zum Wundrand.

Die Wundumgebung geht also direkt in den Wundrand über.

#### - Wundumgebung ist unauffällig

Damit bei der Dokumentation nichts vergessen wird, muss auch eine unauffällige Wundumgebung registriert werden.

#### - Wundumgebung ist gerötet

Eine Rötung entsteht infolge eines Infekts, Erysipel oder Phlegmone

Wenn die Wundumgebung gerötet ist, wird dies in der dafür vorgesehene Spalte eingetragen.

Es gibt kein leicht, stark oder sehr stark gerötet.

Dies kann zu einer subjektiven Beurteilung des Betrachter führen.

Die Wundbeurteilung sollte von jedem gleich bewertet werden können.

Bei dem einen ist die Wunde stark, bei dem anderen leicht gerötet.

Die Rötung wird ausgemessen und in cm eingetragen.

Es macht einen Unterschied ob 1 cm gerötet oder 15 cm gerötet ist.

## Wunddokumentation nach dem UFER-Prinzip:

Das **U** steht für Wund**U**mggebung

Das **F** steht für **WundFläche**

Das **E** steht für Wund**E**xsudat

Das **R** steht für Wund**R**and

**WundFläche**

- Wundgröße
- Wundhöhle
- Fistel
- Wundtasche
- usw.
- usw.
- usw.
- usw.
- usw.
- usw.
- usw.

**U**  
**F**  
**E**  
**R**

 Hauslicher Pflegedienst  
02034 23310123

Die Wundgröße und Wundhöhle werden auf den nächsten Seiten genauer erklärt.

# Wundgröße

## Flache, völlig einsehbare Wunde

- Länge: gemessen von Kopf bis Fuß
  - Breite: gemessen von rechter zur linken Körperseite
  - Tiefe: gemessen an der tiefsten Stelle
  - Foliendokumentation gemacht: ?
- U  
F  
E  
R



### Wundgröße:

Die Wundgröße kann nur bei völlig einsehbarem Wundgrund (Wundbett) - also bei flachen Wunden - ausgemessen werden.

Häufig kommt es bei der Dokumentation von Wunden schon beim Ausmessen der Wunde zu unterschiedlichen Maßen.

Das Ausmessen sollte im Unternehmen standardisiert werden.

**Länge:** längste Stelle gemessen von Kopf bis Fuß

**Breite:** breiteste Stelle gemessen von rechter Körperseite zu linker Körperseite

**Tiefe:** gemessen senkrecht zum Wundgrund mit einer Knopfkanüle oder einem sterilen Watteträger

### Foliendokumentation gemacht

Die Foliendokumentation ist ideal bei Wunden die sehr ungleich sind und nur durch das Ausmessen der cm<sup>2</sup> das Ausmaß der Wunde anhand des Wundbeurteilbogens Dritte erkennen lässt.

### Unsere Planimetrie

Auf einem DIN A 4 Blatt wurde ein 1 cm-Raster aufgedruckt (gesamte Länge und Breite).

Dieser Vordruck wird in den Drucker eingelegt ([kann unter Aktuelles heruntergeladen werden](#)).

Jede sterile Folie ist für das Abzeichnen der Wunde zu gebrauchen.

Um Kosten zu senken kann eine Seite der Verpackung (wenn sie aus Folie besteht) von den jeweiligen Wundversorgungsprodukten verwendet werden.

Diese Folie wird mit der sterilen Seite auf die Wunde gelegt.  
Nun wird mit einem wasserfesten Faserstift die Wunde abgezeichnet.  
Diese Folie wird aus hygienischen Gründen in eine Klarsichtfolie gesteckt.  
Auf die Klarsichtfolie kann das Datum, die Nummer der Wunde und der Name geschrieben werden.  
Diese Klarsichtfolie mit abgezeichneter Wundfolie wird in den Kopierer gelegt und auf das vorgedruckte Raster kopiert.  
Die Klarsichtfolie mit der kontaminierten Wundfolie kann nun entsorgt werden.  
Die Wunde ist jetzt gedruckt auf der Planimetrievorlage.  
Die cm<sup>2</sup> Kästchen des Rasters können nun ausgezählt werden.

Eine andere Methode ist das Aufzeichnen auf eine mit zentimeterbedruckte Trägerfolie von z.B. Op site Flexigrid (Fa. Smith + Nephew).  
Diese kann in der Kundenakte aufbewahrt werden.  
Bedenklich dabei sind die Hygiene und die Kosten.

# Wundhöhle

tief, zerklüftet, ggf. nicht einsehbar



- keine Wundhöhle
- Länge:
- Breite:
- Tiefe:
- Auslitern ? cm<sup>2</sup>

U  
F  
E  
R



## Keine Wundhöhle vorhanden

Wenn keine Wundhöhle vorhanden ist wird dies zur kompletten Wundbeurteilung eingetragen

## Wundhöhle

Ist eine Wunde die tief, zerklüftet, nicht komplett einsehbar ist.

Bei der Wundhöhle wird ebenfalls ausgemessen:

**Länge:** längste Stelle gemessen von Kopf bis Fuß

**Breite:** breiteste Stelle gemessen von rechter Körperseite zu linker Körperseite

**Tiefe:** gemessen senkrecht zum Wundgrund mit einer Knopfkanüle oder einem sterilen Watteträger

## Auslitern

Auslitern eignet sich bei Wundhöhlen.

Sie können mit der Planimetrie nicht erfasst werden.

Optimale Lage des Betroffenen ist die Voraussetzung zum Gelingen dieser Art von Dokumentation.

Mit steriler Folie wird die Wunde mindestens 3 cm über Wundrand abgeklebt.

Mit steriler Spritze und mit einer sterilen Kanüle wird eine definierte Menge an Ringerlösung unter die Folie gebracht.

Dabei wird die Folie durchstoßen und langsam die Ringerlösung bis zum Wundrand aufgefüllt.

Das Fassungsvermögen in Kubikzentimeter wird notiert.

### Wunddokumentation nach dem UFER-Prinzip:

Das **U** steht für Wund**U**mgebung

Das **F** steht für Wund**F**läche


Das **E** steht für Wund**E**xsudat

Das **R** steht für Wund**R**and

**WundExsudat**

- Exsudatcharakter
- Wundmilieu
- usw.
- usw.

**U**  
**F**  
**E**  
**R**

 Hauslicher Pflegedienst  
GEBEN. BEWUSSTSEIN.

Durch das systematische Vorgehen unseres Wundverlaufsbogens werden verschiedene Parameter des WundExsudat erfasst:

Das Thema „Exsudatcharakter“ wird genauer erläutert.

# Exsudatcharakter

- kein Wundexsudat
- klares Wundexsudat
- trübes Wundexsudat
- usw.
- usw.

U  
F  
E  
R



## **Wundexsudat**

Wundexsudat ist durch Entzündung bedingter Austritt von Flüssigkeit (ggf. auch Zellen) aus den Blut- und Lymphgefäßen; je nach Zusammensetzung:

Um die Wundbeurteilung klar verständlich zu machen - ohne subjektives Empfinden der Beurteiler - wurde der Wundbeurteilungsbogen mit 5 Ankreuzmöglichkeiten standardisiert.



# Schmerzen

mit Einschätzungsskala Numerische Ratingskala (NRS)  
keine Schmerzen 0 - stärkste Schmerzen 10

## Schmerzskala

Schmerzen Selbsteinschätzung



## Schmerztyp

brennend, pochend, ziehend, stechend



Häufig werden diesen Parametern bei der Wundbeurteilung zu wenig Beachtung geschenkt.

Gerhard Kammerlander ist insbesondere auf die Lebensqualität und die Schmerzen des Betroffenen, besonders in seinen Weiterbildungen zum zertifizierten Wundmanager<sup>®</sup>, eingegangen.

Unter **Sonstiges** steht in unserer Wundbeurteilung die Frage zur Lebensqualität und zu den Schmerzen im Vordergrund.

Erst bei der Verringerung der Schmerzen und der Aufwertung der Lebensqualität findet der Betroffene Zutrauen zum Wundtherapeuten.

Dieses Vertrauen ist wichtig bei der Wundversorgung, denn ohne fehlt die Compliance des Betroffenen.

Gerade bei chronischen Wunden erleidet der Betroffene einen sozialen Rückzug. Deshalb sollte in jedem Wundbeurteilungsbogen die psychische Stimmungslage in Bezug auf die Wunde, die sozialen Kontakte und die körperliche Belastbarkeit abgefragt werden

### **Sensorische Dimension**

Diese Dimension gibt Auskunft darüber, wie sehr die Wunde schmerzt und wie sie sich anfühlt (d.h. die körperliche Empfindung eine Wunde zu haben).

Nach der ursprünglichen Gewebeschädigung werden die Schmerzrezeptoren in der Haut durch die entzündliche Reaktion sensibilisiert. Dies hilft dem Menschen, das Ausmaß und den Ort der Wunde festzustellen, so dass diese geschützt werden kann.

Bei der akuten Wunde klingt dieser Schmerz bei der Heilung ab.

Bei der chronischen Wunde kann es durch die verlängerte entzündliche Reaktion dazu kommen, dass der Betroffene eine erhöhte Empfindlichkeit in der Wunde selbst (primäre Hyperalgesie) und der umgebenen Haut (sekundäre Hyperalgesie) davonträgt.

Kommen regelmäßig weitere Schmerzreize hinzu z.B. durch Verbandswechsel (Hochschrauben) kann der Betroffene in seinem Zyklus eingeschlossen sein, in dem jeder Sinnesreiz als Schmerz registriert wird (Allodynie).

### **Art der Schmerzen**

Der Schmerz soll beschrieben werden, bzw. die Empfindlichkeit der Wunde.

Bei Bewegung oder bei Ruhe.

- Ist es ein anhaltender schmerzhafter oder klopfender Schmerz (eher ein nozizeptiver Schmerz) oder ein scharfer, brennender, stechender Schmerz (eher ein neuropathischer Schmerz)?
- Schmerzauslöser?
- Wo ist der Schmerz?
- Ist er auf den unmittelbaren Wundbereich beschränkt oder spürt der Betroffene im umliegenden Bereich Schmerzen? Eine Körperkarte kann helfen.

Alle unnötigen Reize für die Wunde, wie Luftzug durch offene Fenster, vermeiden.  
Stechen in der Wunde oder anstoßen der Wunde vermeiden.

Wenn Wundspüllösung notwendig ist, bitte auf die Temperatur achten.

Möglichst Wundtemperatur (ggf. anwärmen) Baby-Flaschenwärmer ist ideal (sterile Wundspüllösungen!!).

Sanfte Wundbehandlung, jede leichte Berührung kann Schmerzen verursachen.

Wenn die Wunde sanft behandelt wird, schafft das Vertrauen beim Betroffenen.

Der Verband soll dem Wundtyp entsprechen.

Eine feuchte Wundheilung aufrecht erhalten, um die Reibung an der Oberfläche zu vermeiden.

Schmerzen und Trauma beim Abnehmen des Verbandes kann auf ein Minimum reduziert werden.

Die numerische Bewertungsskala (Numerical Scale/NRS bietet dem Betroffenen eine Reihe von Zahlen (0 – 10).

Bei der NRS handelt es sich um eine Skala mit zehn Stufen.

Sie wird eingesetzt als Papierversion zum Ankreuzen, als Schmerzlineal auf dem der Betroffene einen Schieber auf die entsprechende Zahl rückt oder in Form einer Frage: Auf einer Skala von null bis zehn, auf der die Ziffer 0 „kein Schmerz“ und die Zahl 10 „schlimmster vorstellbarer Schmerz“ bedeutet, würden Sie welche Nummer für Ihre Schmerzen wählen?

Wir haben im Pflegedienst eine selbst erstellte papiergebundene Wunddokumentation, die sich in der Praxis ambulant und stationär sehr bewährt hat. Diese papiergebundene Dokumentation wurde über 10 Jahre weiterentwickelt und immer wieder vervollständigt.

**Schauen Sie sich zwei Seiten (von 7) unseres Wundverlaufsbogens an. Haben Sie Interesse an der papiergebundenen Dokumentation in Verbindung mit einer Fortbildung nehmen Sie Kontakt auf unter: [gonda@pflagedienst-bauernfeind.de](mailto:gonda@pflagedienst-bauernfeind.de)**

**Literaturhinweise:**

- Definitionen von Dr. med. Thomas Eberlein Dermatologe/Venerologe - Allergologe
- Wundmanagement von Wiltrud Probst und Anette Vassel-Biergans
- Prinzipien der Best Practice ein Konsensdokument zur Reduzierung von Schmerzen bei der Wundversorgung
- EWMA Positionsdokument Schmerzen beim Verbandwechsel
- „Lokaltherapeutische Standards für chronische Hautwunden“, von Gerhard Kammerlander 2. Auflage 2001, Verlag Springer Wien New York [www.springer.de](http://www.springer.de)
- Wundatlas von Hans Lippert, 2001 J.A. Barth Verlag in MVH Medizinverlage Heidelberg GmbH & Co. KG, Heidelberg