

# Erhebungsbogen für die Versorgung mit Antidekubitus-Hilfsmitteln (Liegehilfen)

Ersterhebung

Folgeerhebung

Umversorgung

Anlass: \_\_\_\_\_

## 1. Stammdaten des Versicherten

Name des/der Patienten/in: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Krankenversicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

Geschlecht:  männlich  weiblich

Aktueller Wohnort des/der Patienten/in: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

BMI: \_\_\_\_\_

## 2. Pflegeperson (Name, Anschrift, Telefonnummer)

Angehörige(r)/Laie \_\_\_\_\_

Pflegedienst \_\_\_\_\_

stationäre Pflegeeinrichtung \_\_\_\_\_

## 3. Diagnosen (ICD 10) und Besonderheiten der Pflegesituation

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 4. Pflegestufe

keine

1

2

3

## 5. Risikoerhebung

### Kriterien zur Auswahl eines Antidekubitus-Systems nach dem Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe:

Für die Entscheidung zu einem druckreduzierenden Hilfsmittel ist wesentlich, welche prioritären Pflege- und Therapieziele mit dem Patienten/Betroffenen angestrebt werden (z. B. Schmerzreduktion, Bewegungsverbesserungen, Ruhigstellung). Um die angestrebten Ziele zu erreichen, müssen die Hilfsmittel so ausgewählt werden, dass sie die Zielerreichung unter der Prämisse einer vorgenommenen Prioritätensetzung unterstützen.

Die einzusetzenden Lagerungshilfsmittel sollen nach folgenden Kriterien ausgewählt werden:

- > den prioritären Pflege- und Therapiezielen
- > den Möglichkeiten der Eigenbewegung des Patienten/Betroffenen
- > den gefährdeten Körperstellen
- > dem Gewicht des Patienten/Betroffenen
- > der Abwägung von Kosten und Nutzen

Bitte berücksichtigen Sie bei der Auswahl des Hilfsmittels zusätzlich, welches aktuelle Dekubitusrisiko der Patient nach der Braden-Skala hat und ob der Patient in der Vergangenheit bereits einen höhergradigen Dekubitus besaß. (www.dnqp.de/ExpertenstandardDekubitusprophylaxe.pdf).

**5.6. Auswertung der Risikoerhebung**

**Zusammenfassung des ermittelten Risikos**

**a) Gesamtsumme aller erreichten Punktwerte gemäß Braden-Skala: \_\_\_\_\_ Punkte**

**b) Betrachtung der zusätzlichen Faktoren:**

Liegt ein weiterer Risikofaktor laut der Punkte 5.3 und/oder 5.4 führt dies zu einer Risikoerhöhung um eine Stufe.

Daraus folgt die abschließende Risikoeinteilung:

allgemeines Risiko       mittleres Risiko       hohes Risiko       sehr hohes Risiko

**c) Abschließende Risikobeurteilung der Fachkraft und Grundlage für die Versorgung:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 5.1. Braden-Skala zur Bewertung des Dekubitusrisikos

Übersetzung: Heidi Heinhold; autorisiert durch Barbara Braden

	<b>1 Punkt</b>	<b>2 Punkte</b>	<b>3 Punkte</b>	<b>4 Punkte</b>	
<b>sensorisches Wahrnehmungsvermögen</b> Fähigkeit, lagebedingte wie künstliche Reize wahrzunehmen und adäquat zu reagieren	<b>vollständig ausgefallen</b> Keine Reaktion auf Schmerzreize (auch kein Stöhnen, Zucken, Greifen) auf Grund verminderter (nervaler) Wahrnehmungsfähigkeit bis hin zur Bewusstlosigkeit oder Sedierung ODER Missempfindungen/Schmerzen werden über den größten Körperteil nicht wahrgenommen.	<b>stark eingeschränkt</b> Reaktion nur auf starke Schmerzreize, Missempfindungen können nur über Stöhnen oder Unruhe mitgeteilt werden ODER sensorisches Empfinden stark herabgesetzt. Missempfindungen/Schmerzen werden über die Hälfte des Körpers nicht wahrgenommen.	<b>geringfügig eingeschränkt</b> Reaktion auf Ansprechen, Missempfindungen bzw. das Bedürfnis nach Lagerungswechsel können nicht immer vermittelt werden ODER sensorisches Empfinden teilweise herabgesetzt. Missempfindungen/Schmerzen werden in ein oder zwei Extremitäten nicht wahrgenommen.	<b>nicht eingeschränkt</b> Reaktion auf Ansprechen, Missempfindungen ODER Schmerzen werden wahrgenommen und können benannt werden.	
<b>Feuchtigkeit</b> Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist	<b>ständig feucht</b> Die Haut ist ständig feucht durch Schweiß, Urin usw. Nässe wird bei jedem Bewegen festgestellt.	<b>oft feucht</b> Haut ist oft feucht, aber nicht immer. Bettwäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden.	<b>manchmal feucht</b> Die Haut ist hin und wieder feucht, die Wäsche muss zusätzlich einmal täglich gewechselt werden.	<b>selten feucht</b> Die Haut ist normalerweise trocken. Wäschewechsel nur routinemäßig.	
<b>Aktivität</b> Grad der körperlichen Aktivität	<b>bettlägerig</b> Das Bett kann nicht verlassen werden.	<b>sitzt auf</b> Kann mit Hilfe etwas laufen. Kann das eigene Gewicht nicht alleine tragen. Braucht Hilfe um aufzusitzen (Bett, Stuhl, Rollstuhl).	<b>Gehen</b> Geht mehrmals am Tag, aber nur kurze Strecken. Teils mit, teils ohne Hilfe. Verbringt die meiste Zeit im Bett/Lehnstuhl/Rollstuhl.	<b>regelmäßiges Gehen</b> Verlässt das Zimmer mindestens zweimal am Tag. Geht tagsüber im Zimmer etwa alle zwei Stunden auf und ab.	

	<b>1 Punkt</b>	<b>2 Punkte</b>	<b>3 Punkte</b>	<b>4 Punkte</b>	
<b>Mobilität</b> Fähigkeit, die Körperposition zu wechseln und zu verändern	<b>vollständige Immobilität</b> Selbst die geringste Lageänderung des Körpers oder von Extremitäten wird nicht ohne Hilfe durchgeführt.	<b>stark eingeschränkt</b> Eine Lageänderung des Körpers oder von Extremitäten wird hin und wieder selbstständig durchgeführt, aber nicht regelmäßig.	<b>geringfügig eingeschränkt</b> Geringfügige Lageänderungen des Körpers oder der Extremitäten werden regelmäßig und selbstständig durchgeführt.	<b>nicht eingeschränkt</b> Lageänderungen werden regelmäßig und ohne Hilfe durchgeführt.	
<b>Ernährung</b> Allgemeines Ernährungsverhalten	<b>schlechte Ernährung</b> Isst die Portion nie auf. Isst selten mehr als 1/3 jeder Mahlzeit. Isst zwei eiweißhaltige Portionen (Fleisch oder Milchprodukte) oder weniger täglich. Trinkt zu wenig. Trinkt keine Nahrungsergänzungskost oder wird per Sonde oder seit mehr als fünf Tagen intravenös ernährt.	<b>wahrscheinlich unzureichende Ernährung</b> Isst selten ganze Mahlzeit auf, in der Regel nur die Hälfte. Die Eiweißzufuhr erfolgt über nur drei Portionen (Milchprodukte, Fleisch) täglich. Hin und wieder wird Ergänzungskost zu sich genommen ODER erhält weniger als die erforderliche Menge Flüssigkeit bzw. Sondenernährung.	<b>ausreichende Ernährung</b> Isst mehr als die Hälfte der meisten Mahlzeiten, mit insgesamt vier eiweißhaltigen Portionen (Milchprodukte, Fleisch) täglich. Lehnt hin und wieder eine Mahlzeit ab, nimmt aber Ergänzungsnahrung an ODER wird über eine Sonde ernährt und erhält so die meisten erforderlichen Nährstoffe.	<b>gute Ernährung</b> Isst alle Mahlzeiten, weist keine zurück. Nimmt normalerweise vier eiweißhaltige Portionen (Milchprodukte, Fleisch) zu sich, manchmal auch eine Zwischenmahlzeit. Braucht keine Nahrungsergänzungskost.	
<b>Reibungs- und Scherkräfte</b>	<b>Problem</b> Mäßige bis erhebliche Unterstützung bei jedem Positionswechsel erforderlich. (An-)Heben (z. B. auch in Richtung Kopfende ist nicht möglich, ohne über die Unterlage zu schleifen. Rutscht im Bett oder Stuhl regelmäßig nach unten und muss wieder in die Ausgangsposition gebracht werden. Spastik, Kontrakturen und Unruhe verursachen fast ständige Reibung.	<b>potenzielles Problem</b> Bewegt sich ein wenig und braucht selten Hilfe. Die Haut scheuert während der Bewegung weniger intensiv auf der Unterlage (kann sich selbst ein wenig anheben). Verbleibt relativ lange in der optimalen Position im Bett (Sessel/Rollstuhl/Lehnstuhl). Rutscht nur selten nach unten.	<b>kein feststellbares Problem</b> Bewegt sich unabhängig und ohne Hilfe in Bett und Stuhl. Muskelkraft reicht aus, um sich ohne Reibung anzuheben. Behält optimale Position in Bett oder Stuhl aus eigener Kraft bei.		
<b>Summe:</b>					

**Auswertung:**

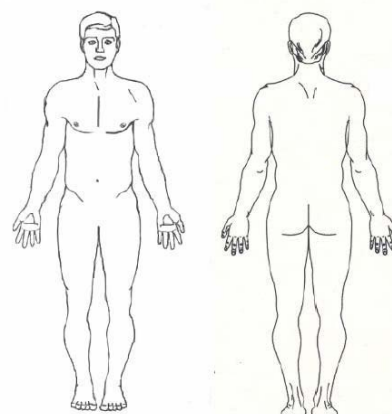
Bitte addieren Sie die Gesamtsumme des Patienten und werten das Ergebnis nach dem Gefährdungsgrad "kein Risiko" bis "sehr hohes Risiko" aus.

- >18 Punkte = **kein Risiko**
- 18-15 Punkte = **geringes Risiko**
- 14-12 Punkte = **mittleres Risiko**
- 11-9 Punkte = **hohes Risiko**
- < 9 Punkte = **sehr hohes Risiko**

**5.2. Lokalisation besonders gefährdeter Körperstellen bzw. bereits bestehender Wunden**

Liegt aktuell ein Dekubitus vor?

- nein
- ja, Dekubitus-Stadium \_\_\_\_\_  
(Lokalisation bitte in Skizze eintragen)



### 5.3. Erhebung weiterer Risikofaktoren

- Hat der Patient in einer der Bewertungskategorien der Braden-Skala nur einen Punkt erreicht?  nein  ja
- Ist der Patient mangel- oder fehlernährt?  nein  ja
- Hat der Patient Spastiken/Kontrakturen?  nein  ja
- Ist der Patient Diabetiker?  nein  ja
- Lag in der Vergangenheit ein Dekubitus nach EPUAP vor?  nein  ja
- Muss der Patient auf bestehenden Wunden/ abgeheiltem Dekubitus gelagert werden?  nein  ja
- Liegen weitere bisher noch nicht erfasste Risiken vor?  nein  ja  
Wenn ja, Beschreibung der Risiken:
- 
- 

### 5.4. Erhebung weiterer Entscheidungskriterien für die Wahl des Hilfsmittels

- Leidet der/die Patient/in an dauerhaften Schmerzen, die durch (aktive/passive) Bewegung gesteigert werden?  nein  ja
- Hat er/sie in der Vergangenheit bereits auf den Einsatz eines entsprechenden Hilfsmittels mit Schmerzen reagiert?  nein  ja
- Schmerzerhebung als **Anlage** beigefügt  nein  ja
- Sind noch Eigenbewegungen (regelmäßige, kleine Positionswechsel des Körpers und der Extremitäten) des Patienten vorhanden?  nein  ja
- Nimmt der Patient längere Zeit eine sitzende Position im Bett ein oder sitzt der Patient durch?  nein  ja
- Sind häufigere Positionswechsel zur Sekretmobilisation mit dem Ziel der Atem erleichterung erforderlich?  nein  ja

Bei Patienten, die in der Vergangenheit einen Dekubitus Grad III oder IV hatten, wird das Gewebe über den knöchernen Erhebungen nie wieder gleichartig aufgebaut. Die Gefahr der Erkrankung an einem Dekubitus ist in diesem Bereich ungleich höher als im Bereich unbelasteten Gewebes.

**Folgende Nebenwirkungen der Wirkprinzipien "Weichlagerung und Wechseldruck" sind möglich:**

Weichlagerung	Wechseldruck
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; mögliche Reduzierung der Spontanbewegung</li> <li>&gt; möglicher Verlust des Körperschemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; mögliche Verstärkung vorhandener Schmerzen</li> <li>&gt; mögliche Verstärkung von Spastiken</li> <li>&gt; mögliche Verstärkung von Wahrnehmungs- und Körperbildstörungen</li> </ul>

Nicht geeignet zur Dekubitusprophylaxe und Therapie sind kleinzellige Wechseldrucksysteme, Standard-Schaumstoffmatratzen, Felle, Sitzringe und Wassermatratzen.

## 5.5. Zusammenfassung aller Anforderungen und Auswahlhilfen für Hilfsmittel

Durch Übertragung der Relevanzpunkte in diese Tabelle ergeben sich die für eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung notwendigen Bedingungen zur Auswahl eines geeigneten Lagerungssystems.

Patientensituation	zutreffend	nicht zutreffend	Wenn zutreffend, dann sind folgende Bedingungen an das Hilfsmittel zu stellen:	Bemerkung
Körpergewicht < 40 kg			Das Produkt muss auf das Gewicht ausgelegt sein. Ggfs. Produkt zur Sonderversorgung verwenden. Auf Einzelproduktbeschreibung achten.	
Körpergewicht > 90 kg			Das Produkt muss auf das Gewicht ausgelegt sein. Ggfs. Produkt zur Sonderversorgung verwenden. Auf Einzelproduktbeschreibung achten.	
Körpergröße > 1,90 m			Ggfs. Produkt zur Sonderversorgung erforderlich Berechnung der erforderlichen Systemlänge Körpergröße _____ m + 0,1 m = _____ m	
Manchmal feuchte Haut			Die Feuchtigkeit muss verdunsten können. Strukturierte Liegeflächen sind indiziert.	
Oft feuchte Haut			Die Feuchtigkeit muss verdunsten können, Verwendung eines Luftstromsystems kann bereits indiziert sein.	
Ständig feuchte Haut			Die Feuchtigkeit muss aktiv abgeführt (verdunstet) werden. Verwendung eines Luftstromsystems indiziert.	
Flüssigkeitszufuhr unzureichend			Bei drohender bzw. vorliegender Exsikkose Luftstromsystem vermeiden	
Reibungs- und Scherkräfte können auftreten			Reibungs- und Scherkräfte müssen weitestgehend vermieden werden. Das Material der Bezüge muss aus besonders glatten Textilien bestehen. Auf Einzelproduktbeschreibung achten.	
Regelmäßige Eigenbewegungen vorhanden			Superweichlagerung ist zu vermeiden. Es sind Systeme zur Förderung der Eigenbewegung, z. B. Mikrostimulationssysteme, zu bevorzugen.	
Patient häufig in sitzender Position			Die Auflagen-/Matratzenstärke so wählen, dass kein Durchsinken möglich ist. Das Produkt soll über eine Randverstärkung verfügen. Auf korrekte Positionierung der Knickstellen achten (siehe Einzelproduktbeschreibung). Wechseldrucksysteme geeignet, wenn automatische Anpassung bzw. Statikfunktion vorhanden.	
Patient muss auf bestehenden Wunden gelagert werden			Eine direkte Lagerung auf den Wunden ist möglichst zu vermeiden. Ggfs. freilagernde Produkte (Matratzen- /Auflagen mit austauschbaren Elementen) verwenden. (Cave: Fensterödeme, lokale Druckerhöhung!) Wechseldrucksysteme können indiziert sein.	
Pulmologischer Befund erfordert eine Sekretmobilisation			Seitenlagerungssysteme können unterstützend wirken. Spezielle Perkussionssysteme können sinnvoll sein. Auf Einzelproduktbeschreibung achten.	
Es liegen Spastiken vor			Statische Systeme sind zu bevorzugen. Wechseldrucksystem eher ungeeignet.	
Anhaltende Schmerzen			Statische Systeme sind zu bevorzugen. Ggfs. kann zur Unterstützung der Lagerung ein Seitenlagerungssystem sinnvoll sein.	

## 5.6. Auswertung der Risikoerhebung

Bitte tragen Sie Ihre Ergebnisse auf Seite 2 ein!

### 6. Wurde vor dieser Erhebung mit einem Antidekubitus-Hilfsmittel versorgt?

nein       ja

Wenn ja, mit welchem?

Bitte nennen Sie den Produktnamen und die Art des Antidekubitus-Hilfsmittels (z. B. Microstimulationssysteme, Wechseldruck, Weichlagerung etc.):

---

---

Gab es Probleme damit?

nein       ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### 7. Versorgungsvorschlag

**Unter Berücksichtigung des zuvor erhobenen und dokumentierten Status wird die Versorgung mit**

**einem Antidekubitus-Hilfsmittel der Produktart** \_\_\_\_\_

**dem konkreten Hilfsmittel (Name)** \_\_\_\_\_

**und der Hilfsmittel-Positionsnummer:** \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ **empfohlen.**

Falls im Einzelfall ein konkretes Produkt benannt wird, bitte begründen, warum dieses erforderlich ist:

---

---

Grundsätzlich können auch Medizinprodukte ohne Hilfsmittelverzeichnis-Nr. eingesetzt werden!

Versorgung kann aus Wiedereinsatzlager erfolgen.

Kostenvoranschlag für Neuversorgung – Siehe **Anlage**.

**8. Erhebung durchführende Personen – Versorgungsteam (Name, Anschrift, Telefon)**

**Arzt/Pflegefachkraft/Therapeut:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

**Leistungserbringer:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

**Versicherter/Vertreter:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

**9. Einverständniserklärung der/des Versicherten/Erziehungsberechtigten/Betreuers/sonstigen Verantwortlichen für die Weitergabe der Daten:**

Ich bin damit einverstanden, dass für den auf Seite 1 genannten Versicherten zum Zwecke einer optimalen Hilfsmittelversorgung erhobene – auch medizinische – Daten einschließlich einer Fotodokumentation zur Auswertung auf einem Fragebogen festgehalten werden. Dieser Fragebogen wird ausschließlich von dem am Verfahren beteiligten medizinischen Fachpersonal und dem ebenfalls am Verfahren beteiligten Hilfsmittelleistungserbringer (z. B. Sanitätshaus) genutzt. Mit einer Weiterleitung an meine Krankenkasse bin ich im Rahmen dieser Versorgung einverstanden, wenn die Daten ausschließlich zu dieser Versorgung verwendet werden. Ferner bin ich darüber informiert, dass die Beantwortung der Fragen freiwillig ist und nachteilige Folgen einer Nichtbeantwortung sich nicht ergeben. Es kann in diesem Fall jedoch möglicherweise keine optimale Versorgung sichergestellt werden.

Der Fragebogen unterliegt dem Sozialdatenschutz.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

**Zielsetzung der Hilfsmittelversorgung:**

Die am Prozess beteiligten Personen legen das/die Versorgungsziele/e fest:

**Verbesserung der Patientensituation**

- Reduktion von Schmerzen

Ziel: \_\_\_\_\_

- Verbesserung der Mobilisation

Ziel: \_\_\_\_\_

- Verbesserung des Hautzustandes

Ziel: \_\_\_\_\_

- Verbesserung des Wundzustands

Ziel: \_\_\_\_\_

- Erhalt der Eigenbewegung

Ziel: \_\_\_\_\_

- Verhinderung eines Dekubitus

- Ermöglichung spezieller Lagerungen

Ziel: \_\_\_\_\_

- Verbesserung/Erhaltung der Wahrnehmung

\_\_\_\_\_

- Reduzierung der Scherkräfte

- Reduzierung der Reibungskräfte

- Verbesserung des Wohlbefindens

Ziel: \_\_\_\_\_

- Management vom Mikroklima

- individuelles Ziel:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Notwendige Rahmenbedingungen/Begleitende Maßnahmen**

- Ernährungsmanagement

- Einfache Handhabung des Produktes

- Lagerung des Patienten

- Inkontinenzmanagement

- Wundversorgung

- Patientenorientierte Pflegeplanung

**Zielüberprüfung nach 4 Wochen:**

- erreicht     teilweise     nicht erreicht

- erreicht     teilweise     nicht erreicht

- erreicht     teilweise     nicht erreicht

- erreicht     teilweise     nicht erreicht

- erreicht     teilweise     nicht erreicht

- erreicht     teilweise     nicht erreicht

- erreicht     teilweise     nicht erreicht

- erreicht     teilweise     nicht erreicht

- erreicht     teilweise     nicht erreicht

- erreicht     teilweise     nicht erreicht

- erreicht     teilweise     nicht erreicht

- verbessert     nicht verbessert

- erreicht     teilweise     nicht erreicht

- durchgeführt     teilweise durchgeführt

- nicht durchgeführt

- erreicht     teilweise     nicht erreicht

- durchgeführt     teilweise durchgeführt

- nicht durchgeführt

- verbessert     nicht verbessert

- verbessert     nicht verbessert

- erfolgt     nicht erfolgt

Kontrolle der Auslieferung und der notwendigen Einweisung in das Produkt:

**Unterschriften**

**Arzt:**

\_\_\_\_\_  
(Name/Stempel)

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Leistungserbringer:**

\_\_\_\_\_  
(Name/Stempel)

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Versicherter:**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

erfolgt

nicht erfolgt

**Unterschriften**

**Arzt:**

\_\_\_\_\_  
(Name/Stempel)

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Leistungserbringer:**

\_\_\_\_\_  
(Name/Stempel)

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Versicherter:**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Hinweis:  
Die Überprüfung der Ergebnisse muss vom Arzt unterschrieben werden (Hilfsmittel-Richtlinie in der Neufassung vom 16. Oktober 2008, § 8)!