

Erhebungsbogen für die Versorgung mit Antidekubitus-Hilfsmitteln (Liegehilfen)

Ersterhebung

Folgerhebung

Umversorgung

Anlass: _____

1. Stammdaten des Versicherten

Name des/der Patienten/in: _____

Krankenkasse: _____

Krankenversicherungs-Nr.: _____

Kunden-Nr. des Patienten beim Leistungserbringer: _____

Alter: _____ Jahre

Geschlecht: männlich weiblich

Aktueller Wohnort des/der Patienten/in: _____

Tel.-Nr.: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

2. Pflegeperson

Ansprechpartner abweichend vom Versicherten (Name, Anschrift, Telefonnummer)

Angehörige(r)/Laie _____

Betreuer _____

Pflegedienst _____

stationäre Pflegeeinrichtung _____

3. Diagnosen (ICD 10) und Besonderheiten der Pflegesituation

4. Pflegegrad

keiner

1

2

3

4

5

beantragt

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:

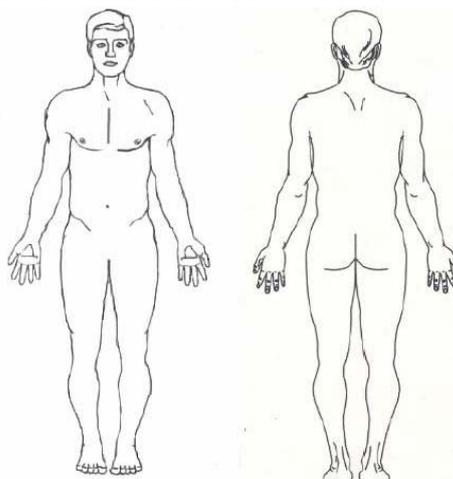
- > den prioritären Pflege- und Therapiezielen
- > den Möglichkeiten der Eigenbewegung des Patienten/Betroffenen
- > den gefährdeten Körperstellen
- > dem Gewicht des Patienten/Betroffenen
- > der Abwägung von Kosten und Nutzen

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)

5.1 Lokalisation besonders gefährdeter Körperstellen bzw. bereits bestehender Wunden

Liegt aktuell ein Dekubitus vor?

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



5.2 Braden-Skala zur Bewertung des Dekubitusrisikos

(ausführliche Braden-Skala unter www.dekubitus-forum.de/braden-skala)

	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	Punkte
sensorisches Wahrnehmungsvermögen	<input type="checkbox"/> vollständig ausgefallen	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/> geringfügig eingeschränkt	<input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt	
Feuchtigkeit der Haut	<input type="checkbox"/> ständig feucht	<input type="checkbox"/> oft feucht	<input type="checkbox"/> manchmal feucht	<input type="checkbox"/> selten feucht	
Aktivität	<input type="checkbox"/> bettlägerig	<input type="checkbox"/> sitzt auf	<input type="checkbox"/> Gehen	<input type="checkbox"/> regelmäßiges Gehen	
Mobilität	<input type="checkbox"/> vollständige Immobilität	<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/> geringfügig eingeschränkt	<input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt	
Ernährung	<input type="checkbox"/> schlechte Ernährung	<input type="checkbox"/> wahrscheinlich unzureichende Ernährung	<input type="checkbox"/> ausreichende Ernährung	<input type="checkbox"/> gute Ernährung	
Reibungs- und Scherkräfte	<input type="checkbox"/> Problem	<input type="checkbox"/> Potenzielles Problem	<input type="checkbox"/> kein feststellbares Problem		
Summe:					

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 bis 15 Punkte = **geringes Risiko**
- 14 bis 12 Punkte = **mittleres Risiko**
- 11 bis 9 Punkte = **hohes Risiko**
- < 9 Punkte = **sehr hohes Risiko**

5.3 Erhebung weiterer Risikofaktoren

- Hat der Patient in einer der Bewertungskategorien der Braden-Skala nur einen Punkt erreicht? 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:

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.

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? (Schmerzerhebung ggf. als **Anlage** beigefügt) nein ja
- Hat er/sie in der Vergangenheit bereits auf den Einsatz eines entsprechenden Hilfsmittels mit Schmerzen reagiert? 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? nein ja
- Sind häufigere Positionswechsel zur Sekretmobilisation mit dem Ziel der Atemerleichterung erforderlich? nein ja

5.4.1 Angaben zu vorhandenen Hilfsmitteln:

- Pflegebett Lagerungshilfen
- Lifter Rollstuhl (Pflege- oder Standardrollstuhl) – Versorgung mit Antidekubituskissen notwendig!
- Toilettenstuhl Sonstiges: _____

5.5 Auswertung der Risikoerhebung

Zusammenfassung des ermittelten Risikos

a) Gesamtsumme aller erreichten Punktwerte gemäß Braden-Skala (5.2): _____ 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:

- kein/geringes Risiko mittleres Risiko hohes Risiko sehr hohes Risiko

c) zusätzliche Anmerkung zur Risikobeurteilung durch die Fachkraft:

5.6 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.	

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 _____ vorgeschlagen.

Ggf. Angabe der Produktart: _____ (7-Steller)

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

Ziel: _____

- Reduzierung der Scherkräfte

- Reduzierung der Reibungskräfte

- Verbesserung des Wohlbefindens

Ziel: _____

- Management vom Mikroklima

- individuelles Ziel:

Notwendige Rahmenbedingungen/Begleitende Maßnahmen

- Ernährungsberatung

- Einfache Handhabung des Produktes

- Lagerung des Patienten

- Inkontinenzmanagement

- Wundversorgung

Zielüberprüfung nach 4 Wochen:

- 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

- durchgeführt nicht durchgeführt

- durchgeführt nicht durchgeführt

Zielsetzung der Hilfsmittelversorgung:

Patientenorientierte Pflegeplanung

Kontrolle der Auslieferung und der notwendigen Einweisung in das Produkt:

Unterschriften

Arzt:

(Name/Stempel)

Datum: _____

Unterschrift: _____

Leistungserbringer:

(Name/Stempel)

Datum: _____

Unterschrift: _____

Versicherter:

Datum: _____

Unterschrift: _____

Zielüberprüfung nach 4 Wochen:

erfolgt nicht erfolgt

erfolgt nicht erfolgt

Unterschriften

Arzt:

(Name/Stempel)

Datum: _____

Unterschrift: _____

Leistungserbringer:

(Name/Stempel)

Datum: _____

Unterschrift: _____

Versicherter:

Datum: _____

Unterschrift: _____

Hinweis:

Die Hilfsmittel-Richtlinie (letzte Änderung: 17.12.2015)* fordert eine Überprüfung der Ergebnisse:

§ 9 Ärztliche Abnahme von Hilfsmitteln

Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt soll prüfen, ob das abgegebene Hilfsmittel ihrer oder seiner Verordnung entspricht und den vorgesehenen Zweck erfüllt, insbesondere dann, wenn es individuell angefertigt oder zugerichtet wurde.

* www.g-ba.de/informationen/richtlinien/13/