

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

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 \_\_\_\_\_

Physio-/Ergotherapeut \_\_\_\_\_

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

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

### 4. Pflegestufe

keine

1

2

3

## 5. Risikoerhebung

### Kriterien zur Auswahl eines Antidekubitus-Kissens:

Für die Entscheidung zu einem Hilfsmittel ist wesentlich, welche Therapie- und Versorgungsziele mit dem Patienten/Betroffenen angestrebt werden (z. B. unabhängige Mobilität, selbstständiger Transfer, erhöhte Sitztoleranz, Verbesserung der Sitzposition). Um die angestrebten Ziele zu erreichen, müssen die Hilfsmittel so ausgewählt werden, dass sie die Zielerreichung unter der Prämisse einer vorgenommenen Prioritätensetzung unterstützen.

Bitte berücksichtigen Sie bei der Auswahl des Hilfsmittels zusätzlich, welche funktionellen Einschränkungen beim Patienten vorliegen. Zur Erhebung dieser Limitationen können z. B. der FIM (Functional Independence Measure) oder SCIM (Spinal Cord Independence Measure) eingesetzt werden.

### 5.5. 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

	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	
<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 Körperanteil 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 Bewegung 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:**

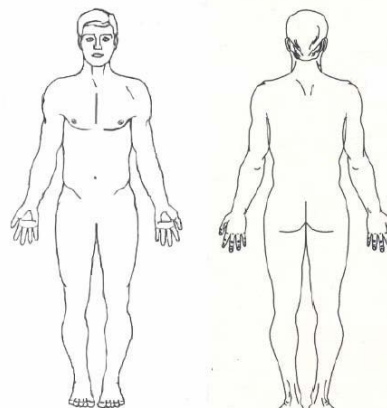
Bitte addieren Sie die Gesamtsumme des Patienten und werten das Ergebnis nach dem Gefährdungsgrad "kein Risiko" bis "sehr hohes Risiko" aus.

- >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 Spastiken/Kontrakturen?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Ist der Patient stark athrophiert?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Ist der Patient Diabetiker?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Lag in der Vergangenheit ein Dekubitus nach EPUAP vor?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Sitzt der Patient auf einer bestehenden Wunde/<br>abgeheiltem Dekubitus?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Kann der Patient sensitive Reize im Sitzbereich nicht oder<br>nur eingeschränkt wahrnehmen?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Leidet der/die Patient/in an dauerhaften Schmerzen?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Schmerzerhebung als <b>Anlage</b> beigefügt   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Besteht Sitzstabilität oder ist z. B. das Gleichgewicht<br>des Benutzers eingeschränkt?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Kann der Benutzer die Sitzposition passiv oder aktiv<br>adäquat verändern?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Kann der Patient bewusst den Sitzbereich entlasten?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Sitzt der Benutzer asymmetrisch, z. B. wegen<br>Beckenschiefstand, Amputation, Skoliose, Hemiplegie?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Besteht eine Gelenkeinstellung der Hüfte?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Ist die Adduktion/Abduktion beeinträchtigt?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Liegt ein progressiver Krankheitsverlauf vor (z. B.<br>Multiple Sklerose – MS, Amyotrophe Lateralsklerose – ALS),<br>der Einfluss auf die Sitzposition nehmen kann? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Liegen weitere bisher noch nicht erfasste Risiken vor?<br>Wenn ja, Beschreibung der Risiken:  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
- 
- 

### 5.4. Erhebung weiterer Entscheidungskriterien für die Wahl des Hilfsmittels – Angaben zur Rollstuhlversorgung

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Standardrollstuhl   | <input type="checkbox"/> Leichtgewichtrollstuhl | <input type="checkbox"/> Aktivrollstuhl   |
| <input type="checkbox"/> Starrahmenrollstuhl | <input type="checkbox"/> Pflegerollstuhl        | <input type="checkbox"/> Elektrorollstuhl |

Hersteller \_\_\_\_\_ Modell \_\_\_\_\_

Sitzbreite \_\_\_\_\_ cm      Sitztiefe \_\_\_\_\_ cm      Rückenhöhe \_\_\_\_\_ cm

Höhenverstellbare Armlehnen       nein       ja

Höhenverstellbare Fußrasten       nein       ja

Ist der Rollstuhl an die Körpermaße des Patienten angepasst?  nein  ja

Wie lange sitzt der Patient durchschnittlich auf dem Kissen?

ununterbrochen am Stück \_\_\_\_\_ Stunden

insgesamt pro Tag \_\_\_\_\_ Stunden

Wird das Kissen auf verschiedenen Sitzgelegenheiten genutzt?  nein  ja

Wenn ja, wo und wie lange: \_\_\_\_\_

Gibt es weitere Anforderungen die sich aus den Lebensumständen oder den individuellen Bedürfnissen ergeben (z. B. Latexallergie, Patientenpräferenzen):

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

Bei der Auswahl des Kissens ist die Abstimmung auf den Rollstuhl unbedingt zu beachten, da nur so die Wirkungsfähigkeit des Antidekubitus-Kissens sichergestellt werden kann.

### 5.5. Auswertung der Risikoerhebung

Bitte tragen Sie Ihre Ergebnisse auf Seite 2 ein!

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

nein  ja

Wenn ja, mit welchem?

Bitte nennen Sie den Produktnamen und die Art des Antidekubitus-Hilfsmittels:

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

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:

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

**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

- Optimierung der Druckverteilung

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

- Verbesserung der Sitzposition  
(z. B. bei Beckenschiefstand)

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

- Verbesserung der Sitzstabilität

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

- Erhöhung der Sitztoleranz/Verlängerung der Sitzzeit

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

- Erhalt/Verbesserung der eigenständigen Mobilität (z. B. Trippler)

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

- Erhalt der eigenständigen Druckentlastung

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

- Verbesserung/Erhalt des eigenständigen/mechanischen Transfers

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

- Integration in das häusliche Umfeld  
(z. B. Knie unter der Tischplatte)

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

- Erhalt der Hautintegrität/Verhinderung eines Dekubitus

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

- Verbesserung der Schmerzsituation

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

- Verbesserung Mikroklima

- Temperatur

- Feuchtigkeit

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

- Verbesserung des Wundzustandes

- individuelles Ziel:

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

#### Notwendige Rahmenbedingungen/Begleitende Maßnahmen

- Korrekte Handhabung des Produktes

- Adäquate Versorgung des Patienten außerhalb des Rollstuhls (z. B. Bett/Matratze)

- Inkontinenzmanagement

### 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

- erreicht     teilweise     nicht erreicht

- durchgeführt     teilweise durchgeführt  
 nicht durchgeführt

- durchgeführt     nicht durchgeführt

- Wundversorgung
- Ernährungsberatung

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: \_\_\_\_\_

- durchgeführt       nicht durchgeführt
- durchgeführt       teilweise durchgeführt
- nicht durchgeführt

erfolgt       nicht erfolgt

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)!