

# Erhebungsbogen für die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 11 „Hilfsmittel gegen Dekubitus“

## 1. Angaben zur Erhebung

**Erhebungsdatum:**

---

**Erhebungsart:**       Ersterhebung               Folgerhebung

---

**Erhebungsanlass:**    Erstversorgung             Folgeversorgung             Umversorgung

---

**Erhebungsort:**       Häusliches Umfeld             Vollstationäre  
Pflegeeinrichtung             Klinik

---

**Anwendungsort  
des Hilfsmittels:**    Häusliches Umfeld             Vollstationäre  
Pflegeeinrichtung             Kurzzeitpflege-  
einrichtung

---

Anderer Ort:

---

## 2. Stammdaten der Versicherten / des Versicherten

**Name:**    **Vorname:**    **Geburtsdatum:**

---

**Geschlecht:**             männlich     weiblich

---

**Anschrift:**

---

**Telefonnummer:**

---

**Krankasse:**    **Versichertennummer:**

---

**Behandelnder  
Arzt:**    **Telefonnummer:**

---

**Pflegegrad:**             1     2     3     4     5     Kein  
Pflegegrad             Pflegegrad beantragt

---

## 3. Angaben zur Pflegesituation

**Lebt der Versicherte  
allein?**

- Ja       Nein  
 Unterstützung durch Haushaltshilfe (\_\_\_\_\_ Besuche pro  
Woche)

### Wer führt die pflegerische Versorgung durch?

- 24-Stunden-Betreuung** Name: \_\_\_\_\_
- Angehörige / Bekannte / Nachbartn** Name: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_
- Ambulanter Pflegedienst:** Name: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_
- Pflegeheim:** Name: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Wohnbereich: \_\_\_\_\_

### Besonderheiten zur Pflegesituation:

- Liege- bzw. Schlafsituation:**     Pflegebett     Seniorenbett     Heimausstattung    Maße der Liegefläche:  
 Einlegerahmen     Standardbett     Doppelbett    ..... cm x ..... cm

### 4. Gesundheitszustand

**Körpergröße:** \_\_\_\_\_ **Gewicht:** \_\_\_\_\_

#### Dokumentierte Diagnosen:

- |                           |                          |                            |               |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------|---------------|
| Diabetes mellitus:        | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |               |
| Durchblutungsstörungen:   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |               |
| Sauerstoffversorgung:     | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |               |
| Ernährungssonde/PEG-Sonde | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |               |
| Kontrakturen:             | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |               |
| Harninkontinenz:          | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |               |
| Stuhlinkontinenz:         | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |               |
| Allergien:                | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Welche: _____ |

Weitere dokumentierte Erkrankungen: \_\_\_\_\_

## 5. Braden-Skala zur Bewertung des Dekubitusrisikos

	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	Punkte
<b>Sensorisches Empfindungsvermögen</b> Fähigkeit, adäquat auf druckbedingte Beschwerden zu reagieren	<b>fehlt</b> • keine Reaktion auf schmerzhafte Stimuli mögliche Gründe: Bewusstlosigkeit, Sedierung oder • Störung der Schmerzempfindung durch Lähmungen, die den größten Teil des Körpers betreffen (z.B. hoher Querschnitt)	<b>stark eingeschränkt</b> • eine Reaktion erfolgt nur auf starke Schmerzreize • Beschwerden können kaum geäußert werden (z.B. durch Stöhnen oder Unruhe) oder • Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung, wovon die Hälfte des Körpers betroffen ist	<b>leicht eingeschränkt</b> • Reaktion auf Ansprache oder Kommandos • Beschwerden können aber nicht immer ausgedrückt werden (z.B. dass die Position geändert werden soll) oder • Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung, wovon eine oder zwei Extremitäten betroffen sind	<b>vorhanden</b> • Reaktion auf Ansprache, Beschwerden können geäußert werden oder • keine Störung der Schmerzempfindung	
<b>Feuchtigkeit</b> Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist	<b>ständig feucht</b> • die Haut ist ständig feucht durch Urin, Schweiß oder Kot • immer wenn der Patient gedreht wird, liegt er im Nassen	<b>oft feucht</b> • die Haut ist oft feucht, aber nicht immer • Bettzeug oder Wäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden	<b>manchmal feucht</b> • die Haut ist manchmal feucht, und etwa einmal pro Tag wird neue Wäsche benötigt	<b>selten feucht</b> • die Haut ist meist trocken • neue Wäsche wird selten benötigt	
<b>Aktivität</b> Ausmaß der physischen Aktivität	<b>bettlägerig</b> • ans Bett gebunden	<b>sitzt auf</b> • kann mit Hilfe etwas laufen • kann das eigene Gewicht nicht allein tragen • braucht Hilfe, um aufzusitzen (Bett, Stuhl, Rollstuhl)	<b>geht wenig</b> • geht am Tag allein, aber selten und nur kurze Distanzen • braucht für längere Strecken Hilfe • verbringt die meiste Zeit im Bett oder im Stuhl	<b>geht regelmäßig</b> • geht regelmäßig 2-3 mal pro Schicht • bewegt sich regelmäßig	
<b>Mobilität</b> Fähigkeit, die Position zu wechseln und zu halten	<b>komplett immobil</b> • kann auch keine geringfügigen Positionswechsel ohne Hilfe ausführen	<b>Mobilität stark eingeschränkt</b> • bewegt sich manchmal geringfügig (Körper oder Extremitäten) • kann sich aber nicht regelmäßig allein ausreichend umlagern	<b>Mobilität gering eingeschränkt</b> • macht regelmäßig kleine Positionswechsel des Körpers und der Extremitäten	<b>mobilität</b> • kann allein seine Position umfassend verändern	
<b>Ernährung</b> Ernährungsgewohnheiten	<b>sehr schlechte Ernährung</b> • isst kleine Portionen nie auf, sondern nur 2/3 • isst nur 2 oder weniger Eiweißportionen (Milchprodukte, Fisch, Fleisch) • trinkt zu wenig • nimmt keine Ergänzungskost zu sich oder • darf oral keine Kost zu sich nehmen oder • nur klare Flüssigkeiten oder • erhält Infusionen länger als 5 Tage	<b>mäßige Ernährung</b> • isst selten eine normale Essensportion auf, isst aber im allgemeinen etwa die Hälfte der angebotenen Nahrung • isst etwa 3 Eiweißportionen • nimmt regelmäßig Ergänzungskost zu sich oder • erhält zu wenig Nährstoffe über Sondenkost oder Infusionen	<b>adäquate Ernährung</b> • isst mehr als die Hälfte der normalen Essensportionen • nimmt 4 Eiweißportionen zu sich • verweigert gelegentlich eine Mahlzeit, nimmt aber Ergänzungskost zu sich oder • kann über Sonde oder Infusionen die meisten Nährstoffe zu sich nehmen	<b>gute Ernährung</b> • isst immer die gebotenen Mahlzeiten auf • nimmt 4 oder mehr Eiweißportionen zu sich • isst auch manchmal zwischen den Mahlzeiten • braucht keine Ergänzungskost	
<b>Reibung und Scherkräfte</b>	<b>Problem</b> • braucht viel bis massive Unterstützung bei Lagewechsel • Anheben ist ohne Schleifen über die Laken nicht möglich • rutscht ständig im Bett oder im Rollstuhl herunter, muss immer wieder hochgezogen werden • hat spastische Kontraktionen oder • ist sehr unruhig (scheuert auf den Laken)	<b>potentielles Problem</b> • bewegt sich etwas allein oder braucht wenig Hilfe • beim Hochziehen schleift die Haut nur wenig über die Laken (kann sich etwas anheben) • kann sich über längere Zeit in einer Lage halten (Stuhl, Rollstuhl) • rutscht nur selten herunter	<b>kein Problem zur Zeit</b> • bewegt sich in Bett und Stuhl allein • hat genügend Kraft, sich anzuheben • kann eine Position über lange Zeit halten, ohne herunterzurutschen		
<b>Beurteilung</b>				<b>Gesamtpunktzahl</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 11 Punkte und weniger Punkte = hohes bis höchstes Risiko</li> <li>○ 16 Punkte bis 12 Punkte = mittleres Risiko</li> <li>○ 23 Punkte bis 17 Punkte = geringes Risiko</li> </ul>					

## 6. Versorgung mit Liegehilfen (Antidekubitus-Systeme)

Hat der Patient die Fähigkeit zu eigenständigen, druckentlastenden Positionsveränderungen?  Ja  Nein

Nimmt der Patient eine permanente Oberkörperhochlagerung, Sitzposition im Bett ein?  Ja  Nein

Sind häufige Positionswechsel zur Sekretmobilisation mit dem Ziel der Atem erleichterung notwendig?  Ja  Nein

Toleriert der Patient eine passive Positionsveränderung?  Ja  Nein

Welche Positionen werden bzw. werden nicht toleriert? \_\_\_\_\_

Hat der Patient die Fähigkeit zum Aufrechterhalten einer bestimmten druck-entlastenden Position?  Ja  Nein

Wird ein Lagerungswechsel des Patienten durchgeführt?

Ja Lagerungsintervall am Tag: \_\_\_\_\_ Lagerungsintervall in der Nacht: \_\_\_\_\_

Garnicht oder nur eingeschränkt Grund: \_\_\_\_\_

Wird ein Bewegungsplan geführt?  Ja  Nein

## 7. Weitere Risiko- und Einflussfaktoren

Besonderheiten im Körperprofil:

Beschreibung der vorliegenden Schmerzsymptomatik / Schmerzmedikation:

Bestehen Spastiken / Kontrakturen?  Ja  Nein Lokalisation: \_\_\_\_\_

Bestehen Frakturen?  Ja  Nein Lokalisation: \_\_\_\_\_

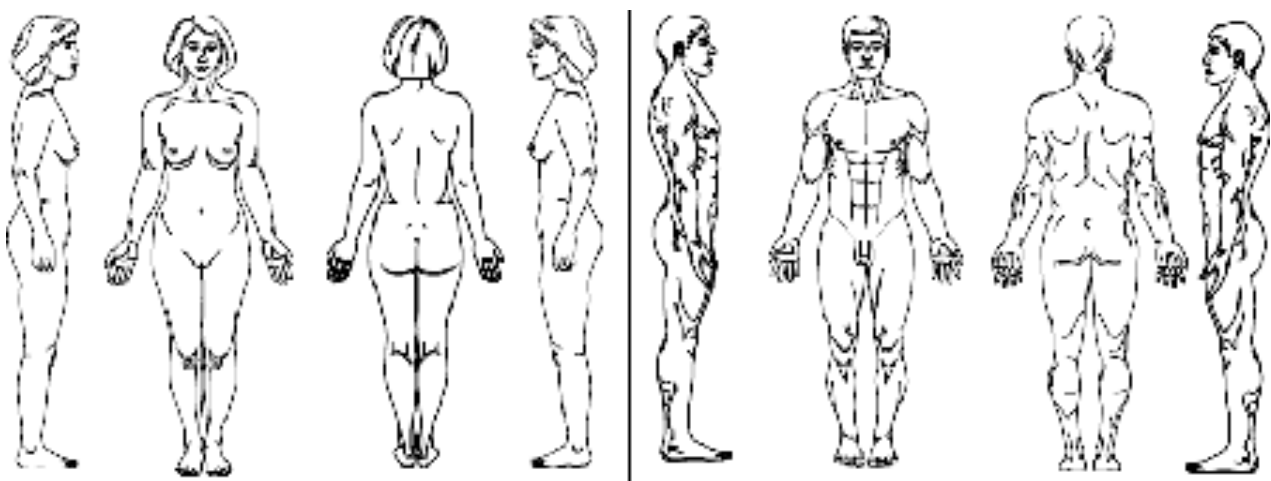
## 8. Versorgung mit Sitzhilfen (Antidekubitus-Sitzkissen)

Art der genutzten Sitzhilfe :

Wie lange wird die Versicherte oder der Versicherte durchschnittlich ununterbrochen am Stück auf der Sitzhilfe/dem Kissen verweilen?	Ca _____ Stunden
Wie lange wird die Versicherte oder der Versicherte durchschnittlich insgesamt pro Tag auf der Sitzhilfe/dem Kissen verweilen?	Ca _____ Stunden
Kann der Patient die Sitzposition eigenständig verändern	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sitzt die Versicherte oder der Versicherte asymmetrisch?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Kann die Versicherte oder der Versicherte sensitive Reize im Sitzbereich wahrnehmen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Belastet die Versicherte oder der Versicherte bestehende oder abgeheilte Wunden beim Sitzen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Ist die Versicherte aktive Rollstuhlfahrerin oder der Versicherte aktiver Rollstuhlfahrer?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Erfolgt der Transfer von der Sitzgelegenheit in den Rollstuhl und zurück aktiv?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Erfolgt der Transfer von der Sitzgelegenheit in den Rollstuhl und zurück passiv?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wird das Hilfsmittel auf verschiedenen Sitzgelegenheiten genutzt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Wenn ja, auf welchem:

## 9. Dokumentation gefährdeter Körperstellen & bereits bestehender Dekubiti



(o = gefährdeter Bereich, x = bestehender Dekubitus)

### Beschreibung des/der dokumentierten Dekubitus/Dekubiti

	Dekubitus (x 1)	Dekubitus (x 2)	Dekubitus (x 3)	Dekubitus (x 4)
Kategorie/Stadium				
Durchmesser bzw. Länge/Breite				
Tiefe				

### Ergänzende Angaben zur Dekubitusituation:

Ort der Dekubitusentstehung (Klinik, Transport, Häuslichkeit, stationäre Einrichtung):

---

Bisher eingesetzte Hilfsmittel gegen Dekubitus (Probleme? Wirksamkeit?):

---

Lag(en) in der Vergangenheit bereits ein Dekubitus/Dekubiti vor?  Ja  Nein

---

Wenn ja: Angabe des Zeitpunkts, der Lokalisation(en), des (jeweiligen) Kategorie/Stadium:

---

---

Angaben zu eventuellen weiteren chronischen Wunden:

---

---

## 10. Versorgungsempfehlung

Empfehlung einer Produktart/eines konkreten Hilfsmittels (Positionsnr. und Bezeichnung) mit ausführlicher, fachlicher Begründung:

---

---

---

---

Besonderheiten für die Auswahl des Hilfsmittels / Zielsetzung des Hilfsmittels

---

---

Berücksichtigung begleitender Therapieziele (Vorbeugung von Komplikationen, Schmerzreduktion, Mobilitätserhalt...)

---

---

Bestehen Wechselwirkungen mit anderen Hilfsmitteln?

---

---

Empfehlung notwendiger weiterer Hilfsmittel zur Dekubitusprävention, -unterstützenden Therapie

---

---

### Angaben zur geschulten Fachkraft

Name der geschulten Fachkraft:

---

Qualifikation:

---

Name des Leistungserbringers:

---

Adresse:

---

Telefonnummer:

---

### Bestätigung der geschulten Fachkraft, dass die Erhebung vor Ort durchgeführt wurde

---

Ort, Datum

Unterschrift der geschulten Fachkraft

### Einverständniserklärung/Bestätigung der vor Ort durchgeführten Erhebung

Die oder der Versicherte bzw. die Betreuerin oder der Betreuer (gemäß Seite 1) bestätigt, dass die Erhebung zur Versorgung mit einem Hilfsmittel gegen Dekubitus vor Ort erfolgt ist. Außerdem bestätigt sie oder er, dass sie oder er mit der Erhebung der Daten und der Weitergabe gemäß der Datenschutzerklärung einverstanden ist:

---

Ort, Datum

Name(Druckbuchstaben)

Unterschrift Versicherte oder Versicherter/ Betreuerin oder Betreuer

### Datenschutzerklärung

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Die vorgenannten Daten sind zur Beurteilung der konkreten Hilfsmittelversorgung erforderlich. Die Daten werden zur Leistungsentscheidung und zur Abrechnung an die Krankenkasse übermittelt. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung und Datenübermittlung sind §§ 294 in Verbindung mit § 302 Abs. 1 SGB V. Die Erteilung der Auskunft an den Leistungserbringer ist Voraussetzung für die Gewährung der beantragten Leistungen. Bei fehlender Mitwirkung kann die Leistung ganz oder teilweise versagt werden (§ 66 SGB I).