

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

Ersterhebung

Folgeerhebung

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-Kissens:

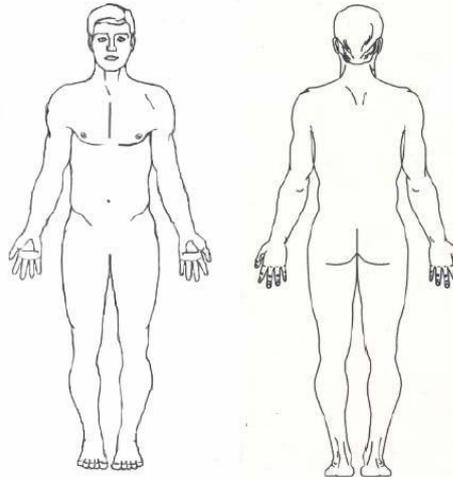
Für die Entscheidung zu einem Hilfsmittel ist wesentlich, welche Therapie- und Versorgungsziele mit dem Patienten/Betroffenen angestrebt werden (z. B. unabhängige Mobilität, selbstständiger Transfer, erhöhte Sitztoleranz, Verbesserung der Sitzposition). Um die angestrebten Ziele zu erreichen, müssen 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.

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

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.

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

- Standardrollstuhl  Leichtgewichtrollstuhl  Aktivrollstuhl
- Starrrahmenrollstuhl  Pflegerollstuhl  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):

---

---

### 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:

---

---

---

### 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 \_\_\_\_\_ 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**

- 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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Zielüberprüfung nach 4 Wochen:**

- erreicht     teilweise     nicht erreicht

- verbessert     nicht verbessert

- erreicht     teilweise     nicht erreicht

**Zielsetzung der Hilfsmittelversorgung:**

**Notwendige Rahmenbedingungen/Begleitende Maßnahmen**

- Korrekte Handhabung des Produktes
- Adäquate Versorgung des Patienten außerhalb des Rollstuhls (z. B. Bett/Matratze)
- Inkontinenzmanagement
- 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: \_\_\_\_\_

**Zielüberprüfung nach 4 Wochen:**

- erreicht       teilweise       nicht erreicht
- durchgeführt       teilweise durchgeführt
- nicht durchgeführt
- durchgeführt       nicht durchgeführt
- 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 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/](http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/13/)