

**ERHEBUNGSBOGEN ZUR VERSORGUNG MIT LIEGEHILFEN ALS HILFSMITTEL
GEGEN DEKUBITUS DER PRODUKTGRUPPE 11 DES HILFSMITTELVERZEICHNISSSES
- ANZUWENDEN BIS ZUR VOLLENDUNG DES FÜNFTEN LEBENSJAHRES -**

1. PERSONENDATEN

Vor- und Zuname des Patienten: _____

Vor- und Zuname des Versicherten: _____

Adresse des Patienten: Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Tel.-Nr.: _____ männlich weiblich

Krankenversicherungs-Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

Hausarzt: _____ Verordner: _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Ggf. Betreuungspersonen: _____

2. WER FÜHRT DIE PFLEGE DURCH? (Name, Anschrift, Telefon)

Angehörige / Laien: _____

Ambulanter Pflegedienst: _____

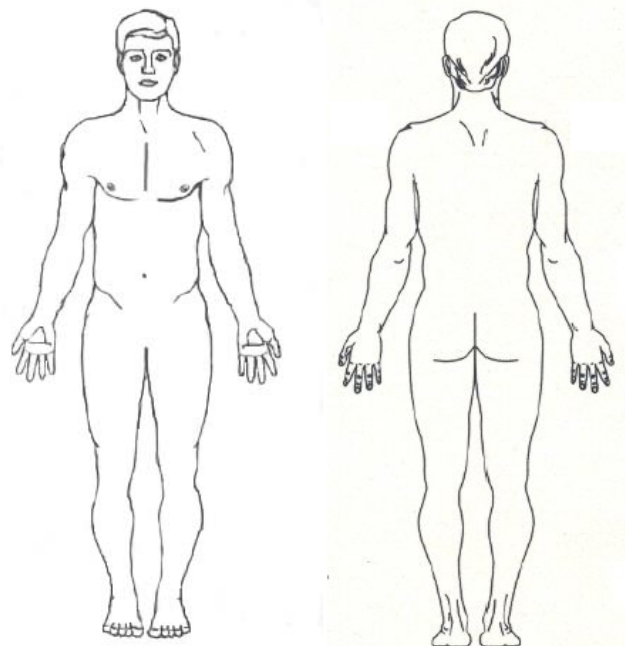
Stationäre Pflege: _____

3. DIAGNOSEN UND BESONDERHEITEN DER PFLEGESITUATION

4. LOKALISATION BESONDERS GEFÄHRDETER KÖRPERSTELLEN BZW. BEREITS BESTEHENDER WUNDEN

Liegt aktuell ein Dekubitus vor ?

 nein ja → Dekubitus Stadium I Dekubitus Stadium II Dekubitus Stadium III Dekubitus Stadium IV → Einteilung nach EPUAP (s. Anhang)
Lokalisation(en) in Schema einzeichnenLag in der Vergangenheit ein Dekubitus Stadium III
oder IV (EPUAP) vor? nein ja → ehem. Dekubitus Stadium III ehem. Dekubitus Stadium IV Muss der Patient auf bestehenden Wunden oder abgeheil-
tem Dekubitus Stadium III oder IV gelagert werden ? nein ja, Begründung:



5. BRADEN Q - SKALA ZUR BEWERTUNG DES DEKUBITUSRISIKOS¹

	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	Σ
Sensorische Wahrnehmung Fähigkeit, Reize durch Berührung, passive Lageveränderung, z.B. einer Gliedmaße, Vibrationen, Temperatur, Schmerz wahrzunehmen und zu verarbeiten	1. Vollständig ausgefallen Unfähigkeit, auf Schmerzreize zu reagieren (auch nicht durch Stöhnen, Zurückzucken, Greifen). Ursache: Herabgesetzte Wahrnehmungsfähigkeit (bis zur Bewusstlosigkeit) oder Sedierung ODER Fähigkeit des Schmerzempfindens über den größten Anteil der Körperoberfläche herabgesetzt	2. Stark eingeschränkt Reagiert nur auf schmerzhafte Reize. Kann Unbehagen weder durch Stöhnen noch durch Unruhe mitteilen, ODER über mehr als die Hälfte des Körper liegen Störungen der sensorischen Wahrnehmung vor, die die Fähigkeit, Schmerz oder Unbehagen zu empfinden, herabsetzen.	3. Wenig eingeschränkt Reagiert auf verbale Aufforderungen, kann aber nicht immer Unbehagen oder die Notwendigkeit des Positionswechsels mitteilen, ODER es liegen wenige Störungen der sensorischen Wahrnehmung vor, die die Fähigkeit, Schmerz oder Unbehagen zu empfinden, in ein oder zwei Gliedmaßen herabsetzen.	4. Nicht eingeschränkt Reagiert auf verbale Aufforderungen. Hat keine sensorischen Defizite, die die Fähigkeit, Schmerz oder Unbehagen zu empfinden und mitzuteilen, herabsetzen.	
Feuchtigkeit Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit (Schweiß, Urin) ausgesetzt ist.	1. Ständig feucht Die Haut ist ständig feucht durch Schweiß, Urin und Drainageflüssigkeit. Feuchte wird jedes Mal festgestellt, wenn der Patient bewegt oder gedreht wird.	2. Sehr feucht Die Haut ist oft, aber nicht ständig feucht. Bettlaken müssen mindestens alle 8 Stunden gewechselt werden.	3. Gelegentlich feucht Die Haut ist gelegentlich feucht, Wäsche- wechsel ist etwa alle 12 Stunden erforderlich.	4. Selten feucht Die Haut ist meistens trocken. Windelwechsel routinemäßig, Lakenwechsel nur alle 24 Stunden erforderlich.	
Aktivität Ausmaß der körperlichen Aktivität	1. Bettlägerigkeit Kann/darf das Bett nicht verlassen	2. An Lehnstuhl/Sessel/ Rollstuhl gebunden Fähigkeit, ein wenig zu gehen, ist eingeschränkt oder nicht vorhanden. Kann das Eigengewicht nicht tragen und/oder braucht Hilfe sich in den Lehnstuhl, Sessel oder Rollstuhl zu setzen.	3. Geht gelegentlich Geht tagsüber gelegentlich, aber nur kurze sehr Strecken, mit oder ohne Hilfe. Verbringt die meiste Zeit im Bett oder im Stuhl.	4. Geht oft Tagsüber wenigstens zweimal außerhalb des Zimmers und wenigstens einmal alle zwei Stunden innerhalb des Zimmers. ODER Patient ist zu jung um laufen zu können	
Mobilität Fähigkeit, die Position des Körpers insgesamt oder der Gliedmaßen zu verändern.	1. Vollständige Immobilität Führt nicht die geringste Positionsänderung des Körpers oder einzelner Gliedmaßen ohne Hilfe aus.	2. Stark eingeschränkt Führt gelegentlich geringfügige Positionsänderungen des Körpers oder einzelner Gliedmaßen aus, ist aber unfähig, den Körper selbständig zu drehen.	3. Leicht eingeschränkt Führt oft, jedoch geringfügige Positionsänderungen des Körpers oder einzelner Gliedmaßen aus.	4. Nicht eingeschränkt Führt oft große Positionsveränderungen ohne Unterstützung aus.	
Gewebedurchblutung und Sauerstoffversorgung	1. Extrem gefährdet Hypotonie, MAP = Mittlerer Arterieller Blutdruck < 50 mmHg, < 40 mmHg beim Neugeborenen) ODER der Patient toleriert keinen Positionswechsel	2. Gefährdet Normotonie, Sauerstoffsättigung < 95 %, Hämoglobin bei < 10 mg/dl, kapilläre Wiederauffüllzeit bei > 2 Sekunden, Serum pH < 7,40	3. Ausreichend Normotonie, Sauerstoffsättigung < 95 %, Hämoglobin bei < 10 mg/dl, kapilläre Wiederauffüllzeit etwa 2 Sekunden, Serum-pH normal	4. Sehr gut Normotonie, Sauerstoffsättigung > 95 %, Hämoglobin normal, kapilläre Wiederauffüllzeit < 2 Sekunden	
				Summe Übertrag	

¹ Quigley S.M., Curley M.A.Q. - Skin integrity in the pediatric population: Preventing and managing pressure ulcers. Journal of the Society of Pediatric Nurses; 1, 1996; 7-18
 Curley M.A.Q., Razmus S., Roberts K.E., Wypij D. – Predicting Pressure Ulcer Risk in Pediatric Patients – The Braden Q Scale Nursing Research; Jan/Feb 2003, Vol 52, No 1, 22-31

Ernährung	1. Sehr schlecht	2. Nicht ausreichend	3. Ausreichend	4. Sehr gut	
<p>Allgemeines Ernährungsverhalten</p>	<p>Keine orale Ernährung und/oder nur klare Flüssigkeitszufuhr, oder intravenöse Flüssigkeitszufuhr über mehr als 5 Tage</p> <p>ODER</p> <p>Eiweißzufuhr < 2,5 mg/dl</p> <p>ODER</p> <p>isst nie eine vollständige Mahlzeit. Isst selten mehr als die Hälfte der angebotenen Mahlzeit. Eiweißzufuhr beträgt nur 2 fleischhaltige Portionen oder Milchprodukte täglich. Trinkt wenig Flüssigkeit. Erhält keine Ernährungsergänzungskost.</p>	<p>Erhält flüssige Nahrung oder Sondenkost / intravenöse Ernährung, die eine für das Alter nicht ausreichende Menge an Kalorien und Mineralien enthält,</p> <p>ODER</p> <p>Eiweißzufuhr < 3 mg/dl</p> <p>ODER</p> <p>isst selten eine vollständige Mahlzeit und allgemein nur die Hälfte der jeweils angebotenen Portion. Eiweißzufuhr umfasst nur 3 fleischhaltige Portionen oder Milchprodukte täglich. Gelegentlich wird Nahrungsergänzungskost zu sich genommen.</p>	<p>Erhält flüssige Nahrung oder Sondenkost., die eine für das Alter ausreichende Menge an Eiweiß und Mineralien enthält</p> <p>ODER</p> <p>isst mehr als die Hälfte jeder Mahlzeit. Isst insgesamt 4 oder mehr fleischhaltige und eiweißhaltige Portionen täglich. Lehnt gelegentlich eine Mahlzeit ab, nimmt aber Ergänzungskost zu sich, sofern sie angeboten wird.</p>	<p>Nimmt eine normale Ernährung ein, die genügend Kalorien für das Alter enthält. Isst beispielsweise fast jede Mahlzeit vollständig auf. Lehnt nie eine Mahlzeit ab. Isst im Allgemeinen 4 und mehr Portionen täglich, die Fleisch oder Milchprodukte enthalten. Isst gelegentlich zwischen den Mahlzeiten. Braucht keine Nahrungsergänzungskost.</p>	
<p>Reibung und Scherkräfte</p> <p>Reibung entsteht, wenn die Haut über das Bettlaken schleift,</p> <p>Scherkräfte entstehen, wenn sich Haut und angrenzende Oberflächen der Knochen gegeneinander verschieben</p>	<p>1. Erhebliches Problem</p> <p>Spastik, Kontraktur, Juckreiz oder Unruhe verursachen – fast ständiges Herumwerfen, um sich schlagen und Reiben</p>	<p>2. Bestehendes Problem</p> <p>Braucht mittlere bis maximale Unterstützung beim Positionswechsel. Vollständiges Anheben ohne über die Laken zu rutschen ist nicht möglich. Rutscht im Bett oder Stuhl oft nach unten und braucht oft maximale Hilfe, um in die Ausgangsposition zu gelangen.</p>	<p>3. Mögliches Problem</p> <p>Bewegt sich schwach oder benötigt geringe Hilfe. Während des Positionswechsels schleift die Haut etwas über Laken, Stuhl, Kopfstützen oder anderes Zubehör. Behält die meiste Zeit relativ gut die Position in Stuhl oder Bett, rutscht aber gelegentlich herab.</p>	<p>4. Kein auftretendes Problem</p> <p>Ist fähig, sich während des Positionswechsels vollständig anzuheben, bewegt sich in Bett und Stuhl unabhängig und hat ausreichend Muskelkraft, um sich während des Positionswechsels zu heben. Erhält in Stuhl oder Bett jederzeit eine gute Position aufrecht.</p>	
Summe Übertrag					
Gesamtsumme					

5.1 ERHEBUNG WEITERER RISIKOFAKTOREN

Ist der Patient unterernährt (siehe auch Abschnitt 5) ? nein ja

Hat der Patient Spastiken / Kontrakturen ? nein ja

Ist der Kreislauf des Patienten dauerhaft instabil ? nein ja

Ist der Patient Diabetiker ? nein ja

Patient muss auf bestehenden Wunden/abgeheiltem Dekubitus Stadium III / IV gelagert werden (siehe Abschnitt 4) nein ja

Liegen weitere, bisher nicht erfasste Risiken vor ? nein ja

Beschreibung der Risiken: _____

5.2 AUSWERTUNG DER RISIKOERHEBUNG

Gesamtsumme aller erreichten
Punktwerte gemäß Braden Q - Skala: _____ Punkte

- kein Risiko (25 – 28 Punkte, Stufe 0)
- allgemeines Risiko (22 – 24 Punkte, Stufe 1)
- mittleres Risiko (14 – 23 Punkte, Stufe 2)
- hohes Risiko (7 – 13 Punkte, Stufe 3)

Beachte:

Liegen weitere bedeutende Risiko-
faktoren vor (siehe Abschnitt 5.1),
die nicht durch die Braden Q - Skala
erfasst werden, muss der Patient in die
jeweils nächsthöhere Risikostufe ein-
gruppiert werden.

Es liegt mindestens ein weiteres Risiko nach 5.1 vor, so dass die
ermittelte Risikostufe um eine Stufe zu erhöhen ist

nein ja

6. ZUSAMMENFASSUNG ALLER ANFORDERUNGEN UND AUSWAHLHILFE FÜR HILFSMITTEL

Patientensituation	zutreffend	nicht zutreffend	Wenn zutreffend, dann sind folgende Bedingungen an das Hilfsmittel zu stellen:	Bemerkung
Manchmal feuchte Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Feuchtigkeit muss verdunsten können. Strukturierte Liegeflächen sind indiziert.	
Oft feuchte Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Feuchtigkeit muss verdunsten können, Verwendung eines Luftstromsystems kann bereits indiziert sein.	
Ständig feuchte Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Die Feuchtigkeit muss aktiv abgeführt (verdunstet) werden. Verwendung eines Luftstromsystems indiziert.	
Flüssigkeitszufuhr unzureichend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei drohender bzw. vorliegender Exsikkose Luftstromsystem vermeiden	
Reibungs- und Scherkräfte können auftreten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reibungs- und Scherkräfte müssen weitestgehend vermieden werden. Das Material der Bezüge muss aus besonders glatten Textilien bestehen. Auf Einzelproduktbeschreibung achten.	
Regelmäßige Eigenbewegungen vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Superweichlagerung ist zu vermeiden. Es sind Systeme zur Förderung der Eigenbewegung, z.B. Mikrostimulationssysteme, zu bevorzugen.	
Patient häufig in sitzender Position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ein direkte Lagerung auf den Wunden ist möglichst zu vermeiden. Ggf. freilagernde Produkte (Matratzen- /Auflagen mit austauschbaren Elementen) verwenden. (Cave: Fensterödeme, lokale Druckerhöhung!) Wechseldrucksysteme können indiziert sein.	
Pulmologischer Befund erfordert eine Sekretmobilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seitenlagerungssysteme können unterstützend wirken. Spezielle Perkussionssysteme können sinnvoll sein. Auf Einzelproduktbeschreibung achten.	
Es liegen Spastiken vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Statische Systeme sind zu bevorzugen. Wechseldrucksystem eher ungeeignet.	
Anhaltende Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Statische Systeme sind zu bevorzugen. Ggf. kann zur Unterstützung der Lagerung ein Seitenlagerungssystem sinnvoll sein.	
Allgemeines Risiko (siehe 5.2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Produkte verwenden die eine Mobilisation erlauben.	
Mittleres Risiko (siehe 5.2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Produkte verwenden die eine Mobilisation erlauben und regelmäßige Lagerung unterstützen.	
Hohes Risiko (siehe 5.2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergänzend dynamische Systeme zur aktiven Lagerungsunterstützung nutzen.	

7. VERSORGUNGSEMPFEHLUNG

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

einem Anti-Dekubitusmittel der Produktart _____

dem konkreten Hilfsmittel (Name) _____

und der Hilfsmittel-Positionsnummer

PG	Ort	UG	Art	Laufende Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

empfohlen.

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

8. WER FÜHRT DIE BEURTEILUNG DURCH? (Name, Anschrift, Telefon)

Arzt:

Pflegekraft:

Sonstige (Funktion angeben):

Datum: _____ Unterschrift / Stempel: _____

9. ERKLÄRUNG DES VERSICHERTEN / PATIENTEN / GESETZLICHEN BETREUERS

Ich bin mit der Erhebung und Weitergabe der Befunddaten an die zuständige Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einverstanden.

Vor- und Zuname: _____

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____