

Bedarfserhebungsbogen für die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 11 „Hilfsmitteln gegen Dekubitus“



In Übereinstimmung mit den Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß § 127 Absatz 9 SGB V erstellt der GKV-Spitzenverband Bedarfserhebungsbögen im Rahmen von Fortschreibungen der Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses gemäß § 139 SGB V.

Die Bedarfserhebungsbögen dienen der Feststellung und Erfassung der versorgungsrelevanten Informationen über die Versicherte oder den Versicherten, die Art und den Umfang der Versorgung, ggf. vorhandene zusätzliche Beeinträchtigungen und/oder Erkrankungen sowie etwaige Vorversorgungen.

Die Bögen sind für die Leistungsgewährung durch die Krankenkassen grundsätzlich nicht verpflichtend. Die Entscheidung über die Verwendung der Bedarfserhebungsbögen obliegt den Vertragspartnern gemäß § 127 SGB V. Ergänzungen zu den Bedarfserhebungsbögen können zwischen den Vertragspartnern einvernehmlich vereinbart werden. Die gesetzlichen Vorschriften über den Datenschutz (insbes. DSGVO, BDSG, § 35 SGB I, §§ 67 – 85a SGB X) sind von den Nutzern des Bedarfserhebungsbogens als datenschutzrechtlich verantwortliche Stellen eigenverantwortlich zu beachten (z.B. eventuelle Einwilligungs- und Informationserfordernisse).

1. Personendaten

Erhebungsdatum: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich divers

Körperliche Masse: _____ Körpergröße: _____ m Gewicht: _____ kg

Pflegegrad 1 2 3 4 5 kein Pflegegrad beantragt

Pflegerische Versorgung/Hilfen: nein ja

Diagnose(n) laut ärztlicher Verordnung: _____

Bisherige vorhandene Hilfsmittelversorgung (soweit für diese Versorgung relevant): _____

Erhebungsart: Ersterhebung Folgerhebung

Erhebungsanlass: Erstversorgung Folgeversorgung

Erhebungsort: Häusliches Umfeld Vollstationäre Pflegeeinrichtung Kurzzeitpflegeeinrichtung

Krankenhaus Rehabilitations-einrichtung Anderer Ort und zwar

Bedarfserhebungsbogen für die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 11 „Hilfsmitteln gegen Dekubitus“

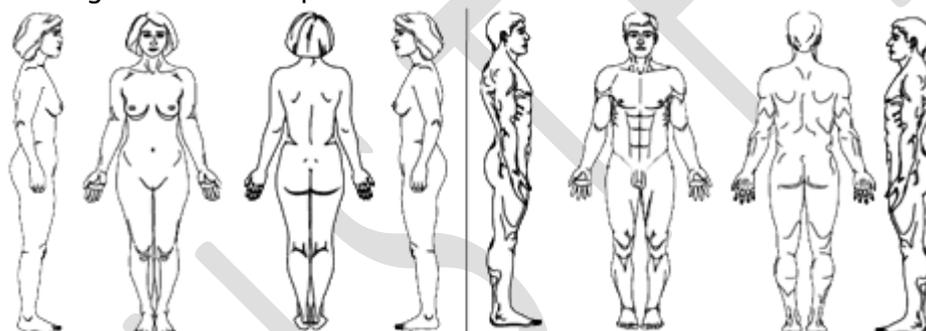
Anwendungsort des Hilfsmittels:	Häusliches Umfeld <input type="checkbox"/>	Vollstationäre Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/>	Kurzzeitpflegeeinrichtung <input type="checkbox"/>
	Krankenhaus <input type="checkbox"/>	Rehabilitations-einrichtung <input type="checkbox"/>	Anderer Ort, und zwar <input type="checkbox"/>

Diabetes mellitus:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Kontrakturen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Harninkontinenz:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Sauerstoffversorgung:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Ernährungssonde/PEG-Sonde:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Allergien:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Weitere Erkrankungen:			wenn ja, welche:		

2. Angaben zum Schädigungsbild

2.1. Allgemeine Angaben

Dokumentation gefährdeter Körperstellen bzw. 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)
Klassifikation/ Stadium				
Durchmesser bzw. Länge/Breite				
Tiefe:				

ggf. weitere Erläuterungen/Angaben zur Wundversorgung:

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

Wenn ja, Angabe des Zeitpunkts, der Lokalisation(en):

Bedarfserhebungsbogen für die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 11 „Hilfsmitteln gegen Dekubitus“



Braden-Skala (komprimierte Form) zur Bewertung des Dekubitusrisikos

	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	Punkte
Sensorische Wahrnehmung	Vollständig eingeschränkt <input type="checkbox"/>	Stark eingeschränkt <input type="checkbox"/>	Leicht eingeschränkt <input type="checkbox"/>	Keine Einschränkung <input type="checkbox"/>	
Feuchtigkeit	Ständig feucht <input type="checkbox"/>	Sehr feucht <input type="checkbox"/>	Gelegentlich feucht <input type="checkbox"/>	Selten feucht <input type="checkbox"/>	
Aktivität	Bettlägerig <input type="checkbox"/>	Sitzfähig <input type="checkbox"/>	Gelegentlich gehfähig <input type="checkbox"/>	Mobil gehfähig <input type="checkbox"/>	
Beweglichkeit	Vollständig immobil <input type="checkbox"/>	Stark eingeschränkt <input type="checkbox"/>	Leicht eingeschränkt <input type="checkbox"/>	Keine Einschränkung <input type="checkbox"/>	
Ernährung	Stark eingeschränkt <input type="checkbox"/>	Eher eingeschränkt <input type="checkbox"/>	Adäquat <input type="checkbox"/>	Keine Einschränkung <input type="checkbox"/>	
Reibungs-Scherkräfte	Problematisch <input type="checkbox"/>	Wenig problematisch <input type="checkbox"/>	Unproblematisch <input type="checkbox"/>	Summe Punkte gesamt <input type="checkbox"/>	

Beurteilung: 11 Punkte und weniger Punkte = hohes bis höchstes Risiko; 16 Punkte bis 12 Punkte = mittleres Risiko, 23 Punkte bis 17 Punkte = geringes Risiko

Bei Erhebung für die Versorgung mit Hilfsmittel, die im Bett als Liegehilfen genutzt werden

nicht zutreffend

Liegesituation der Versicherten oder des Versicherten im Bett:

Sind Eigenbewegungen der Versicherten oder des Versicherten im Bett möglich?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Wird der Oberkörper überwiegend hochgelagert („Sitzposition“)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Sind häufige Positionswechsel zur Sekretmobilisation mit dem Ziel der Atemleichterung notwendig?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Liegen weitere bisher nicht erfasste Risiken vor?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:		
Werden zusätzlich Lagerungshilfsmittel benötigt?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:		

Bedarfserhebungsbogen für die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 11 „Hilfsmitteln gegen Dekubitus“



Bei Erhebung für die Versorgung mit Hilfsmittel, die im Sitzen (Sitzhilfen/Kissen) genutzt werden nicht zutreffend

Sitzsituation der Versicherten oder des Versicherten:

Wie lange wird die Versicherte oder der Versicherte durchschnittlich auf der Sitzhilfe/dem Kissen verweilen?

Ununterbrochen am Stück	ca.	Stunden		
Insgesamt pro Tag	ca.	Stunden		
Besteht bei der Versicherten oder dem Versicherten Sitzinstabilität?			nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Sitzt die Versicherte oder der Versicherte asymmetrisch?			nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Kann die Versicherte oder der Versicherte sensitive Reize im Sitzbereich wahrnehmen?			nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Belastet die Versicherte oder der Versicherte bestehende oder abgeheilte Wunden beim Sitzen?			nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Ist die Versicherte aktive Rollstuhlfahrerin oder der Versicherte aktiver Rollstuhlfahrer?			nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Ist die Versicherte passive Rollstuhlfahrerin oder der Versicherte passiver Rollstuhlfahrer?			nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Erfolgt der Transfer von der Sitzgelegenheit in den Rollstuhl und zurück aktiv?			nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Erfolgt der Transfer von der Sitzgelegenheit in den Rollstuhl und zurück passiv?			nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Wird das Hilfsmittel auf verschiedenen Sitzgelegenheiten genutzt?			nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Wenn ja, auf welchen:				

Versorgungsempfehlung

Empfehlung einer Produktart/eines konkreten Hilfsmittels (Positionsnummer und Bezeichnung) mit Begründung:

**Bedarfserhebungsbogen für die Versorgung mit Hilfsmitteln der
Produktgruppe 11 „Hilfsmitteln gegen Dekubitus“**



Angaben zur Fachkraft

Name der Fachkraft:

Qualifikation:

Name des Leistungserbringers:

Adresse:

Telefonnummer

Bestätigung der Fachkraft, dass die Erhebung durchgeführt wurde:

Datum, Ort

Name (Druckbuchstaben)

Unterschrift der Fachkraft

MUSTER