

Egen-Klassifikation Version 2 (EK2)
Steffensen 2008

Name _____ **Geburtsdatum** _____

Untersuchungsdatum _____

Untersucher _____ (bitte einkreisen)

HINWEIS: *Geben Sie den besten Wert an, den Sie in den vergangenen zwei Wochen erreicht haben, insbesondere wenn es Unterschiede zwischen guten und schlechten Tagen gibt

1	Benutzung des Rollstuhls Wie gut können Sie sich innerhalb und außerhalb des Hauses mit dem Rollstuhl fortbewegen?	n. z.
	Kann manuellen Rollstuhl auf ebenem Boden benutzen, 10 m < 1 min	0
	Kann manuellen Rollstuhl auf ebenem Boden benutzen, 10 m > 1 min	1
	Kann keinen manuellen Rollstuhl benutzen, braucht elektrischen Rollstuhl	2
	Benutzt elektrischen Rollstuhl, hat aber manchmal Probleme mit der Lenkung	3

2	Transfer vom Rollstuhl Wie kommen Sie von Ihrem Rollstuhl ins Bett?	n. z.
	Kann den Transfer ohne Hilfe durchführen	0
	Kann den Transfer vom Rollstuhl selbstständig mit Hilfsmitteln durchführen	1
	Braucht Unterstützung beim Transfer vom Rollstuhl mit oder ohne zusätzliche Hilfsmittel (Lifter, Rutschbrett)	2
	Muss beim Transfer mit Stützung des Kopfes aus dem Rollstuhl gehoben werden	3

3	Stehen Stehen Sie manchmal? Wie machen Sie das?	n. z.
	Kann mit Knieunterstützung (z. B. mit Orthesen) stehen	0
	Kann mit Knie- und Hüftunterstützung stehen, z. B. mit Stehhilfen	1
	Kann mit Ganzkörperunterstützung stehen	2
	Kann nicht geholfen werden in eine stehende Position zu kommen.	3

4	Gleichgewicht im Rollstuhl Können Sie sich nach vorn und seitwärts beugen und wieder aufrichten?	n. z.
	Kann sich aus einer weiten Vorbeuge den Händen hochdrücken und aufrichten	0
	Kann den Oberkörper aus der aufrechten Haltung $\geq 30^\circ$ in alle Richtungen beugen, aber sich nicht selbst aufrichten (wie oben beschrieben)	1
	Kann den Oberkörper $< 30^\circ$ nach beiden Seiten beugen	2
	Kann die Stellung des Oberkörpers nicht verändern, kann nur mit vollständiger Stützung von Rumpf und Kopf sitzen	3

5	Armbewegungen Können Sie Finger, Hände und Arme gegen die Schwerkraft bewegen?	n. z.
	Kann die Arme (mit oder ohne Ausgleichsbewegungen) über den Kopf heben	0
	Kann die Arme nicht über den Kopf heben, aber die Unterarme gegen die Schwerkraft anheben, d. h. die Hand mit/ohne Ellbogenunterstützung zum Mund führen	1
	Kann die Unterarme nicht gegen die Schwerkraft anheben, aber die Hände gegen die Schwerkraft bewegen, wenn der Unterarm abgestützt ist	2
	Kann die Finger, aber nicht die Hände gegen die Schwerkraft bewegen	3

6	Einsatz der Arme und Hände zum Essen Wie essen Sie?	n. z.
	Kann ohne Unterstützung der Ellbogen essen und trinken	0
	Kann mit Unterstützung der Ellbogen essen und trinken	1
	Isst und trinkt mit Unterstützung der Ellbogen, unter Mithilfe der gegenseitigen Hand (mit oder ohne weitere Hilfsmittel)	2
	Muss gefüttert werden	3

7	Umdrehen im Bett Wie drehen Sie sich nachts im Bett um?	n. z.
	Kann sich im Bett mit Bettzeug umdrehen	0
	Braucht etwas Hilfe beim Umdrehen im Bett oder kann sich nur in bestimmte Richtungen drehen	1
	Kann sich nicht selbst im Bett umdrehen. Muss im Verlauf der Nacht 0–3 Mal gedreht werden	2
	Kann sich nicht selbst im Bett umdrehen. Muss im Verlauf der Nacht ≥ 4 Mal gedreht werden	3

8	Abhusten Wie können Sie bei Bedarf husten?	n. z.
	Kann wirksam husten	0
	Hat Schwierigkeiten zu husten und braucht manchmal manuelle Unterstützung. Kann sich räuspern	1
	Braucht immer Unterstützung beim Abhusten. Kann nur in bestimmten Haltungen und mit manueller Unterstützung, Air-Stacking (Luftanhäufen) etc.	2
	Kann nicht husten, Atemwege müssen durch Absaugen und/oder Hyperventilation oder intermittierende Überdruckinhalation freigelegt werden	3

9	Sprechen Können Sie so laut sprechen, dass das, was Sie sagen, am anderen Ende eines großen Raums verständlich ist?	n. z.
	Kräftige Sprache. Kann laut singen und sprechen	0
	Kann in normaler, aber nicht mit erhöhter Lautstärke sprechen	1
	Spricht leise und muss alle 3 bis 5 Worte Luft holen	2
	Die Sprache ist für alle, außer für enge Verwandte, schwer verständlich	3

10	Körperliches Wohlbefinden <i>Bezieht sich nur auf die Ateminsuffizienz (siehe Handbuch) – Verwenden Sie die Kategorien als Fragen</i>	n. z.
	Keine Beschwerden, fühlt sich wohl	0
	Wird schnell müde. Hat Schwierigkeiten, in einem Stuhl oder im Bett zu sitzen	1
	Hat Gewicht verloren, wenig Appetit. Hat nachts Angst einzuschlafen, schläft schlecht	2
	Hat weitere Beschwerden (nicht mit Score 2 erfasst): Stimmungsschwankungen, Magenschmerzen, Herzklopfen, Schwitzen	3

11	Tagesmüdigkeit <i>Müssen Sie Ihren Tag genau einteilen oder Ruhepausen einlegen, damit Sie nicht zu müde werden?</i>	n. z.
	Wird tagsüber nicht müde	0
	Muss die Aktivitäten einschränken, um nicht zu müde werden	1
	Muss die Aktivitäten einschränken und Ruhepausen einlegen, um nicht zu müde werden	2
	Wird tagsüber trotz eingeschränkter Aktivität und Ruhepausen müde	3

12	Kopfkontrolle <i>Wie viel Unterstützung benötigen Sie im Rollstuhl für Ihren Kopf?</i>	n. z.
	Benötigt keine Kopfstütze	0
	Benötigt eine Unterstützung für den Kopf beim Auf- und Abwärtsfahren (Standardrampe, Neigung 15 %)	1
	Benötigt beim Fahren des Rollstuhls eine Unterstützung für den Kopf	2
	Benötigt immer beim Sitzen im Rollstuhl eine Kopfstütze	3

13	Bedienung des Joysticks <i>Welche Art von Fahrhebel verwenden Sie zur Steuerung Ihres Rollstuhls?</i>	n. z.
	Verwendet einen Standard-Joystick ohne Spezialanpassung	0
	Verwendet einen speziell angepassten Joystick oder hat den Rollstuhl angepasst, um den Joystick bedienen zu können	1
	Verwendet keinen Joystick, sondern andere Steuerungstechniken, z. B. Saug-Blas-Steuerung oder Scanner-Steuerung	2
	Kann den Rollstuhl nicht selbst bedienen. Muss ihn durch eine andere Person bedienen lassen	3

14	Nahrungsmittelbeschaffenheit <i>Müssen Sie Ihre Nahrung in irgendeiner Weise verändern, damit Sie sie essen können?</i>	n. z.
	Kann Nahrungsmittel jeglicher Beschaffenheit essen	0
	Isst zerkleinerte bzw. in kleine Stücke geschnittene Nahrung und vermeidet harte/zähe Nahrung	1
	Isst fein gehackte/pürierte Nahrung	2
	Ernährt sich hauptsächlich über eine Sonde	3

15	Essen (mit oder ohne Hilfe) <i>Wie lange brauchen Sie, um eine vollständige Mahlzeit zu essen?</i>	n. z.
	Kann eine vollständige Mahlzeit in der gleichen Zeit essen wie andere, die an der Mahlzeit teilnehmen	0
	Kann nur mit Ansporn eine vollständige Mahlzeit in der gleichen Zeit essen wie andere oder benötigt etwas mehr Zeit (ca. 10 Minuten)	1
	Kann eine vollständige Mahlzeit essen, braucht dafür aber erheblich (mindestens 15 Minuten) länger als andere	2
	Kann selbst mit zusätzlicher Zeit und Hilfe keine vollständige Mahlzeit essen	3

16	Schlucken <i>Haben Sie manchmal Schluckprobleme?</i>	n. z.
	Hat nie Schluckprobleme und verschluckt sich nie an Nahrung/Getränken	0
	Hat ab und zu (weniger als einmal monatlich) Probleme beim Schlucken bestimmter Nahrungsmittel oder verschluckt sich ab und zu	1
	Hat regelmäßig Schwierigkeiten beim Schlucken von Nahrung/Getränken oder verschluckt sich an Nahrung/Getränken (öfter als einmal im Monat)	2
	Hat Schwierigkeiten, Speichel oder Sekret herunterzuschlucken	3

17	Handfunktion <i>Welche dieser Tätigkeiten können Sie ausführen?</i>	n. z.
	Kann den Deckel von einer Flasche Wasser oder Limonade abschrauben und den Sicherheitsring dabei absprenge	0
	Kann zwei Zeilen schreiben oder eine Computertastatur bedienen	1
	Kann die Unterschrift schreiben oder Text senden oder eine Fernbedienung bedienen	2
	Kann die Hände nicht benutzen	3

GESAMTPUNKTZAHL / 51	
-----------------------------	--

<p>Bemerkungen: ggf. Begründung, warum bestimmte Punkte nicht zutreffen (n. z.)</p> <p>Operationen: Bitte Datum und Art der Operation eintragen</p> <p>Datum des Anfangs und Art der assistierten Beatmung</p> <p>Körpergröße</p> <p>Gewicht</p> <p>Forcierte Vitalkapazität (FVC)</p> <p>FVC%</p> <p>Brooke-Score</p>
