

Gutachten zur Feststellung der
Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
Versicherte/r: _____

Gutachten vom: _____
Geb.-Datum: _____

1. Derzeitige Versorgungs- und Betreuungssituation

1.1. Ärztliche/Medikamentöse Versorgung

Arztbesuche _____ keine
Hausbesuche _____

Praxisbesuche _____ keine

Medikamente _____ keine

1.2. Verordnungsfähige Heilmittel _____ keine
(*Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie, Sonstiges*)

1.3. Hilfsmittels _____ keine

1.4. Umfang der Pflegerischen Versorgung _____ keine
 Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)

Pflege durch Angehörige/Bekannte

Pflege durch Pflegeeinrichtung(en) im Sinne des SGB XI

_____ ambulant stationär

Pflege durch	Name, Vorname	Straße	PLZ	Ort	Pflegezeit pro Woche*
A					
B					
C					
D					

*) Schlüssel:	0 = Professionelle Pflege	1 = unter 14 Stunden	2 = 14 bis 21 Stunden
	3 = 21 bis 28 Stunden	4 = über 28 Stunden	

Gutachten zur Feststellung der
Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
Versicherte/r: _____

Gutachten vom: _____
Geb.-Datum: _____

1.5. Pflegerelevante Aspekte der Wohn-/Betreuungssituation _____ keine
Versicherte(r) alleinlebend Ja Nein

2. Pflegerelevante Vorgeschichte und Befunde

2.1. Fremdbefunde

2.2. Pflegerelevante Vorgeschichte [Anamnese]

2.3. Allgemeinzustand / Befund

[Größe, Gewicht, Kräfte- und Pflegezustand]

3. Krankheit[en] / Behinderung[en] und ihre Auswirkung[en] auf die Aktivitäten des täglichen Leben

3.1. Stütz- und Bewegungsapparat

(Schädigungen / Fähigkeitsstörungen/ Ressourcen bezüglich sich bewegen, waschen, kleiden, ernähren. Und ausscheiden können – im Weiteren „Selbstpflege“ genannt)

Auswirkung(en)* auf die Aktivitäten

Bewegen

Waschen/Kleiden

Ernähren

Ausscheiden

*) Graduierung:	0. = keine pflegerelevante Fähigkeitsstörung(en)	1. = keine Fremdhilfe, selbständige Ausführung verlängert oder Hilfsmittel erforderlich
	2. = Zusätzliche Fremdhilfe bei abhängigen Pflegeaktivität(en) erforderlich	3. = Unfähigkeit zur selbständigen Aktivität

3.2. Innere Organe

(Schädigung / Fähigkeitsstörungen / Ressourcen / bezüglich Selbstpflege)

Auswirkung(en)* auf die Aktivitäten

Bewegen **Waschen/Kleiden** **Ernähren** **Ausscheiden**

*) Graduierung:	0. = keine pflegerelevante Fähigkeitsstörung(en)	1. = keine Fremdhilfe, selbständige Ausführung verlängert oder Hilfsmittel erforderlich
	2. = Zusätzliche Fremdhilfe bei abhängigen Pflegeaktivität(en) erforderlich	3. = Unfähigkeit zur selbständigen Aktivität

3.3. Sinnesorgane

(Schädigung / Fähigkeitsstörungen / Ressourcen / bezüglich Selbstpflege)

Auswirkung(en)* auf die Aktivitäten

Bewegen **Waschen/Kleiden** **Ernähren** **Ausscheiden**

*) Graduierung:	0. = keine pflegerelevante Fähigkeitsstörung(en)	1. = keine Fremdhilfe, selbständige Ausführung verlängert oder Hilfsmittel erforderlich
	2. = Zusätzliche Fremdhilfe bei abhängigen Pflegeaktivität(en) erforderlich	3. = Unfähigkeit zur selbständigen Aktivität

3.4. Nervensystem/Psyche

(Schädigung / Fähigkeitsstörungen / Ressourcen / bezüglich Selbstpflege)

Auswirkung(en)* auf die Aktivitäten

Bewegen **Waschen/Kleiden** **Ernähren** **Ausscheiden**

*) Graduierung:	0. = keine pflegerelevante Fähigkeitsstörung(en)	1. = keine Fremdhilfe, selbständige Ausführung verlängert oder Hilfsmittel erforderlich
	2. = Zusätzliche Fremdhilfe bei abhängigen Pflegeaktivität(en) erforderlich	3. = Unfähigkeit zur selbständigen Aktivität

Gutachten zur Feststellung der
Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
Versicherte/r: _____

Gutachten vom: _____
Geb.-Datum: _____

Orientierung	unauffällig	<input type="checkbox"/>
Antrieb/ Beschäftigung	unauffällig	<input type="checkbox"/>
Stimmung	unauffällig	<input type="checkbox"/>
Gedächtnis	unauffällig	<input type="checkbox"/>
Tag-/Nachtrhythmus	unauffällig	<input type="checkbox"/>
Wahrnehmung und Denken	unauffällig	<input type="checkbox"/>
Kommunikation / Sprache	unauffällig	<input type="checkbox"/>
Situatives Anpassen	unauffällig	<input type="checkbox"/>
Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen	unauffällig	<input type="checkbox"/>

4. Pflegebegründende Diagnose[n]

_____ ICD
_____ ICD

weitere Diagnosen

5. Pflegebedürftigkeit

Die Minutenrichtwerte die hier angegeben werden sind dem Buch

**Richtig begutachten – gerecht beurteilen. Die Begutachtung von geistig behinderten Menschen zum Erlangen von Pflegeleistungen
von Sabine Wendt**

entnommen.

Gutachten zur Feststellung der
 Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
 Versicherte/r: _____

Gutachten vom: _____

Geb.-Datum: _____

5.1. Körperpflege

Hilfebedarf bei(m)	Nein	Form der Hilfe					Häufigkeit pro		Zeitaufwand pro Tag (Min.)
							Tag	Woche	
Waschen									
Ganzkörper- (GK) Wäsche		U	TÜ	VÜ	B	A			
Teilwäsche (OK) Oberkörper		U	TÜ	VÜ	B	A			
Teilwäsche (UK) Unterkörper		U	TÜ	VÜ	B	A			
Teilwäsche (HG) Hände/Gesicht		U	TÜ	VÜ	B	A			
Duschen									
		U	TÜ	VÜ	B	A			
Baden									
		U	TÜ	VÜ	B	A			
Zahnpflege									
		U	TÜ	VÜ	B	A			
Kämmen									
		U	TÜ	VÜ	B	A			
Rasieren									
		U	TÜ	VÜ	B	A			
Darm- und Blasenentleerung									
Wasserlassen									
		U	TÜ	VÜ	B	A			
Stuhlgang									
		U	TÜ	VÜ	B	A			
Richten der Bekleidung									
		U	TÜ	VÜ	B	A			
Windelwechsel nach Wasser- lassen									
		U	TÜ	VÜ	B	A			
Windelwechsel nach Stuhl- gang									
		U	TÜ	VÜ	B	A			
Wechsel kleiner Vorlagen									
		U	TÜ	VÜ	B	A			
Wechsel / Entleerung Urinbeutel									
		U	TÜ	VÜ	B	A			
Wechsel / Entleerung Stomabeutel									
		U	TÜ	VÜ	B	A			
Summe Zeitbedarf Körperpflege									

Legende: U = Unterstützung TÜ = teilweise Übernahme VÜ = vollständige Übernahme
 B = Beaufsichtigung A = Anleitung

Erläuterung(en) _____

5.2. Ernährung

Hilfebedarf bei(m)	Nein	Form der Hilfe					Häufigkeit pro		Zeitaufwand pro Tag (Min.)
							Tag	Woche	
Mundgerechte Zubereitung									
		U	TÜ	VÜ	B	A			
Aufnahme der Nahrung									
Oral									
		U	TÜ	VÜ	B	A			
Sondenkost									
		U	TÜ	VÜ	B	A			
Summe Zeitbedarf Körperpflege									

Legende: U = Unterstützung TÜ = teilweise Übernahme VÜ = vollständige Übernahme
 B = Beaufsichtigung A = Anleitung

Erläuterung(en) _____

Gutachten zur Feststellung der
 Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
 Versicherte/r: _____

Gutachten vom: _____
 Geb.-Datum: _____

5.3. Mobilität

Hilfebedarf beim	Nein	Form der Hilfe					Häufigkeit pro		Zeitaufwand pro Tag (Min.)
							Tag	Woche	
Aufstehen/Zu-Bett-Gehen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Umlagern		U	TÜ	VÜ	B	A			
An- und Auskleiden									
Ankleiden (GK) Gesamt		U	TÜ	VÜ	B	A			
Ankleiden (TK) Ober-/Unterkörper		U	TÜ	VÜ	B	A			
Entkleiden (GE) Gesamt		U	TÜ	VÜ	B	A			
Entkleiden (TE) Ober-/ Unterkörper		U	TÜ	VÜ	B	A			
Summe Zeitbedarf Körperpflege									

Legende: U = Unterstützung TÜ = teilweise Übernahme VÜ = vollständige Übernahme
 B = Beaufsichtigung A = Anleitung

Erläuterung(en) _____

5.4. Hauswirtschaftliche Versorgung

Hilfe beim	Nein	Häufig- keit wöchent- lich	Hinweis / Bemerkung(en)
Einkaufen			
Kochen			
Reinigen der Wohnung			
Spülen			
Wechseln/Waschen der Kleidung/Wäsche			
Beheizen der Wohnung			
Summe Zeitbedarf Körperpflege			

Zeitaufwand Grundpflege	□□□ Minuten pro Tag
Zeitaufwand Hauswirtschaft (im Wochendurchschnitt)	□□□ Minuten pro Tag

5.5. Zusätzliche Erläuterungen zum Hilfebedarf

Gutachten zur Feststellung der
Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
Versicherte/r: _____

Gutachten vom: _____

Geb.-Datum: _____

6. Ergebnis

6.1. Stimmt der unter 1.4 angegebene Pflegeaufwand mit dem gutachterlich festgestellten Hilfebedarf überein?

Ja Nein

6.2. Liegt Pflegebedürftigkeit gemäß dem SGB XI vor?

Keine Pflegestufe I Pflegestufe II Pflegestufe III außergewöhnlicher hoher Hilfebedarf

Seit wann? _____

Begründung/Erläuterung: _____

Für die Gewährleistung nach § 43a SGB XI reicht die Feststellung, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe 1 erfüllt sind, § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB XI.

6.3. Liegen Hinweise auf folgende Ursachen der Pflegebedürftigkeit vor?

keine Unfall Berufserkrankung Versorgungsleiden

6.4. Ist die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt? Ja Nein

6.5. Ist vollstationäre Pflege erforderlich? Ja Nein

7. Empfehlungen an die Pflegekasse/Individueller Pflegeplan:

7.1. Präventive Maßnahmen / Therapie / Rehammaßnahmen Keine

Krankengymnastik

Ergotherapie

Logopädie

Rehammaßnahmen

Sonstiges

7.2. Hilfsmittel- / Pflegehilfsmittelversorgung Keine

7.3. Technische Hilfen und bauliche Maßnahmen [Wohnumfeld] Keine

7.4. Verbesserungen / Veränderungen der Pflegesituation Keine

7.4.1. bezüglich Art und Umfang von Pflegeleistungen

7.4.2. bezüglich Entlastung / Beratung des Antragstellers/der Pflegeperson[en]

Gutachten zur Feststellung der
Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI
Versicherte/r: _____

Gutachten vom: _____

Geb.-Datum: _____

8. Zusätzliche Empfehlungen / Erläuterungen für die Pflegekasse

9. Prognose / Wiederholungsbegutachtung

Prognose:

Termin für die Wiederholungsbegutachtung: □□ □□□□

10. Beteiligte Gutachter

MDK – Arzt

MDK - Pflegefachkraft

Externer Gutachter
