

Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

Nach der Vorlage der Ergänzung zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches

Gutachter/in: _____

Gutachten vom: _____

Pflegekasse: _____

Adresse: _____

Versicherte/r

Name: _____

☐ männlich

☐ weiblich

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

□□ □□ □□□□

Straße: _____

PLZ: _____

ORT: _____

Telefon: _____

Untersuchungsort

☐ Privatwohnung

☐ vollstationäre Pflegeeinrichtung

☐ Sonstiges: _____

Adresse *[falls abweichend]*

Straße: _____

PLZ: _____

ORT: _____

Telefon: _____

Behandelnde/r Ärztin/Arzt: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort _____

Telefon: _____

Untersuchung am: □□. □□. □□□□

Uhrzeit: □□: □□

Antrags-/Gutachtenart

Erstgutachten

Höherstufungs-/
Wiederholungs-GA

Widerspruchs-GA

Häusliche Pflegeleistung(en)

Geldleistung § 37 SGB XI

Sachleistung § 36 SGB XI

Kombi-Leistung § 38 SGB XI

Stationäre Pflege § 43 SGB XI

| | | | | | |
|---------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Derzeitige Pflegestufe | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Stufe 1 | <input type="checkbox"/> Stufe 2 | <input type="checkbox"/> Stufe 3 | <input type="checkbox"/> Härtefall |
|---------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|

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 |

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

Gutachten vom: _____

Geb.-Datum: _____

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/Psychie

(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 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| _____ | ICD | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

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.) |
|--------------------------------------|------|----------------|----|----|---|---|----------------|-------|-------------------------------|
| Waschen | | | | | | | Tag | Woche | |
| 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) | | U | TÜ | VÜ | B | A | | | |
| Gesamt | | | | | | | | | |
| Ankleiden (TK) | | U | TÜ | VÜ | B | A | | | |
| Ober-/Unterkörper | | | | | | | | | |
| Entkleiden (GE) | | U | TÜ | VÜ | B | A | | | |
| Gesamt | | | | | | | | | |
| Entkleiden (TE) | | U | TÜ | VÜ | B | A | | | |
| Ober-/ Unterkörper | | | | | | | | | |
| 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 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 / Rehamaßnahmen

☐ Keine

☐ Krankengymnastik

☐ Ergotherapie

☐ Logopädie

☐ Rehamaßnahmen

☐ 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 ☐
