

6.2 Erwachsene - Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Briefkopf : Ersteller (MDK, Medicproof, SMD, Unabhängiger Gutachter) :

Adressfeld Auftraggeber (Pflegekasse):

Versicherte(r): Stammdaten, ggf. zusätzlich abweichende Aufenthaltsadresse

Anlass des Antrags / Auftrags

- Pflegegeld (§ 37 SGB XI)
- ambulante Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI)
- Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI)
- Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)
- teilstationäre Pflege (§ 41 SGB XI)
- vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)
- Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI)

Art des Antrags/Gutachtenart

- Erstantrag
- Erstantrag nach Eilbegutachtung
- Rückstufungsantrag
- Höherstufungsantrag
- Wiederholungsbegutachtung
- Widerspruch

Antragsdatum □□.□□.□□□□

Eingang des Auftrags beim MDK □□.□□.□□□□

Bisheriger Pflegegrad						
seit □□ □□□□ (MMJJJJ)	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
befristet bis □□ □□□□ (MMJJJJ)						

Verzögerungen im Verfahren

- Antragsteller im Krankenhaus/Reha-Einrichtung
- wichtiger Behandlungstermin des Antragstellers
- Termin von Antragsteller abgesagt (sonstige Gründe)
- Antragsteller umgezogen
- Antragsteller wohnt im Ausland

- Antragsteller verstorben
- beim angekündigten Hausbesuch nicht angetroffen
- Hausbesuch musste abgebrochen werden wegen Gewaltandrohung oder ähnlich schwerwiegender Gründe
- Hausbesuch musste abgebrochen werden wegen Verständigungsschwierigkeiten (z. B. Muttersprache)

Erläuterungen:

Begutachtung am:

Uhrzeit:

Durch Gutachter(in)
.....

- Erledigungsart**
- persönliche Befunderhebung
 - Aktenlage, weil Antragsteller verstorben
 - Aktenlage, weil persönliche Befunderhebung nicht zumutbar
 - Aktenlage aus sonstigen Gründen, Begründung:
.....
 - vorläufige Aktenlage in Fällen mit verkürzter Begutachtungsfrist

- Erledigungsort**
- häusliches Wohnumfeld des Versicherten
 - vollstationäre Pflegeeinrichtung
 - Kurzzeitpflegeeinrichtung
 - teilstationäre Pflegeeinrichtung
 - vollstationäre Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI)
 - Hospiz
 - Rehabilitations-Einrichtung
 - Krankenhaus
 - Sonstiges

1 Pflegerelevante Vorgeschichte und derzeitige Versorgungssituation

Nach Angaben:

1.1 Pflegerelevante Fremdbefunde

Keine

1.2 Pflegerelevante Vorgeschichte (Anamnese), medizinische und pflegerische Angaben unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf die Selbständigkeit.

.....
.....
.....

Leistungen der medizinischen Rehabilitation

Keine

im letzten Jahr vor der Begutachtung

mehr als 1 Jahr aber weniger als 4 Jahre vor der Begutachtung

ambulant mobil (im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld) .. stationär

geriatrische Rehabilitation (inkl. geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung im Krankenhaus)

indikationsspezifische, z. B. neurologische, orthopädische, kardiologische Rehabilitation.

.....

Ist aktuell ein Rehabilitationsantrag gestellt?

nein

ja, aber noch nicht genehmigt

ja, Genehmigung liegt vor

1.3 Vorhandene Hilfsmittel, Pflegehilfsmittel, Nutzung

Keine

.....

1.4 Pflegerelevante Aspekte der Versorgungs- und Wohnsituation

Antragsteller lebt in

einer vollstationären Pflegeeinrichtung

Leistungserbringer:

einer stationären Einrichtung nach § 43a SGB XI

Der/die Antragsteller/in wohnt teilweise zuhause: .. nein ja und zwar (Umfang)

.....

ambulanten Wohnsituation alleine

ambulanten Wohnsituation mit folgenden Personen:

einer ambulant betreuten Wohngruppe mit mindestens zwei weiteren pflegebedürftigen Personen

Pflege durch Pflegeeinrichtung(en) nach SGB XI

ambulant

Tages-/Nachtpflege

Kurzzeitpflege

Leistungserbringer:

.....

Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI

.....

Der/die Antragsteller/in besucht tagsüber die Werkstatt für behinderte Menschen/Schule

.....
Beschreibung der aktuellen Versorgungssituation:

Präsenz der Pflegeperson(en) in Rufnähe am Tage

Nein mehrmals täglich überwiegend durchgehend

Nächtliche Unterstützung

nie oder max. 1x wöchentlich mehrmals wöchentlich einmal pro Nacht
 mehrmals nachts

Angaben zum Pflegeaufwand durch Antragsteller/-in oder Pflegepersonen

*Mindeststunden-
zahl von 10 Stun-
den wöchentlich,
verteilt auf regel-
mäßig mindestens
2 Tagen in der
Woche wird nicht
erreicht:*

Pflege durch	Angegebene Pflegetage pro Woche	Angegebene Pflegestunden pro Woche	Angegebene An- zahl weiterer durch die Pflegeperson gepflegten Pflege- bedürftige
Name, Vorname Geburtsdatum Geschlecht Adresse Telefon			
Name, Vorname Geburtsdatum Geschlecht Adresse Telefon			

* Für jede weitere Pflegeperson eine Zeile

Beschreibung der Wohnsituation (nur ambulant)

.....

2 Gutachterlicher Befund

.....
.....

3 Pflegebegründende Diagnose(n)

..... ICD 10

..... ICD 10

weitere Diagnosen:

.....
.....

4 Module NBA

4.1 Modul 1: Mobilität

Die Einschätzung richtet sich bei den Kriterien 1.1 bis 1.5 ausschließlich danach, ob die Person in der Lage ist ohne personelle Unterstützung eine Körperhaltung einzunehmen/zu wechseln und sich fortzubewegen.

Zu beurteilen sind hier lediglich Aspekte wie Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination etc. und nicht die zielgerichtete Fortbewegung.

		selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1.1	Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.1.3	Umsetzen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.1.5	Treppensteigen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Erläuterung:

.....

.....

<p>4.1.6 Besondere Bedarfskonstellation</p> <p>Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p>Erläuterung(en):</p> <p>.....</p>
--

Summe der Einzelpunkte	
------------------------	--

Gewichtete Punkte	
-------------------	--

4.2 Modul .2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Die Einschätzung bezieht sich bei den Kriterien 2.1 bis 2.8 ausschließlich auf kognitive Funktionen und Aktivitäten.

Zu beurteilen sind hier lediglich Aspekte wie Erkennen, Entscheiden oder Steuern etc. und nicht die motorische Umsetzung.

Bei den Kriterien zur Kommunikation 2.9 bis 2.11 sind auch die Auswirkungen von Hör-, Sprech- oder Sprachstörungen zu berücksichtigen.

		Die Fähigkeit ist:			
		vorhanden/ unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
4.2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.2.2	Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.2.3	Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.2.10	Verstehen von Aufforderungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4.2.11	Beteiligen an einem Gespräch	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
---------------	-------------------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Erläuterung:

.....

.....

Summe der Einzelpunkte	
------------------------	--

Gewichtete Punkte	
-------------------	--

4.3 Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

In diesem Modul geht es um Verhaltensweisen und psychische Problemlagen als Folge von Gesundheitsproblemen, die immer wieder auftreten und personelle Unterstützung erforderlich machen.

Bei Kombination verschiedener Verhaltensweisen wird die Häufigkeit von Ereignissen nur einmal erfasst, z. B. nächtliche Unruhe bei Angstzuständen, entweder unter 4.3.2 oder unter 4.3.10.

		nie oder sehr selten	Selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	Häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
4.3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
4.3.2	Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
4.3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
4.3.4	Beschädigung von Gegenständen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
4.3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
4.3.6	Verbale Aggression	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
4.3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5

4.3.8	Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
4.3.9	Wahnvorstellungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
4.3.10	Ängste	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
4.3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
4.3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
4.3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5

Erläuterung:

.....

Summe der Einzelpunkte	
------------------------	--

Gewichtete Punkte	
-------------------	--

4.4 Modul 4: Selbstversorgung – Angaben zur Versorgung

Ernährung parenteral oder über Sonde	<input type="checkbox"/> entfällt, (4.4.13 entfällt)
<input type="checkbox"/> parenteral (z. B. Port)	Art der Gabe <input type="checkbox"/> Pumpe <input type="checkbox"/> Schwerkraft <input type="checkbox"/> Bolusgabe
<input type="checkbox"/> perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)	
<input type="checkbox"/> perkutane endoskopische Jejunostomie (PEJ)	
<input type="checkbox"/> nasale Magensonde	

Blasenkontrolle/Harnkontinenz
<input type="checkbox"/> ständig kontinent (4.4.11 entfällt)
<input type="checkbox"/> überwiegend kontinent (Maximal 1x täglich inkontinent oder Tröpfcheninkontinenz) (4.4.11 entfällt)
<input type="checkbox"/> überwiegend inkontinent (mehrmals täglich)
<input type="checkbox"/> komplett inkontinent
<input type="checkbox"/> suprapubischer Dauerkatheter
<input type="checkbox"/> transurethraler Dauerkatheter

<input type="checkbox"/> Urostoma
Darmkontrolle/Stuhlkontinenz
<input type="checkbox"/> ständig kontinent (4.4.12 entfällt)
<input type="checkbox"/> überwiegend kontinent (4.4.12 entfällt)
<input type="checkbox"/> überwiegend inkontinent, selten gesteuerte Darmentleerung
<input type="checkbox"/> komplett inkontinent
<input type="checkbox"/> Colo-/Ileostoma

Erläuterung:

.....

.....

Modul 4: Selbstversorgung - Bewertung

Zu bewerten ist, ob die Person die jeweilige Aktivität durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen oder ob Teilaspekte bereits in anderen Modulen berücksichtigt worden sind.

		Selbstän- dig	überwiegend selbständig	überwie- gend un- selbstän- dig	unselbstän- dig
4.4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.4.3	Waschen des Intimbereichs	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4.4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.4.8	Essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9
4.4.9	Trinken	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
4.4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
4.4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

		Versorgung selbständig	Versorgung mit Hilfe		
			nicht täglich, nicht auf Dauer	täglich zusätzlich zu oraler Ernährung	ausschließlich oder nahezu ausschließlich
4.4.13	Ernährung parenteral oder über Sonde	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 3

Erläuterung:

.....

Summe der Einzelpunkte	
------------------------	--

Gewichtete Punkte	
-------------------	--

4.5 Modul 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen – Angaben zur Versorgung

Angaben zur ärztlichen und medikamentösen Versorgung

Arztbesuche Keine

Medikamente Keine

Angaben zur laufenden Heilmitteltherapie Keine

- Physikalische Therapie
- Ergotherapie
- Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie.....
- Podologie

.....

Angaben zur Behandlungspflege und anderen Therapiemaßnahmen Keine

Art/Umfang:

.....
.....
.....

spezielle Krankenbeobachtung gemäß Position 24 HKP-Richtlinie nein ja

.....

4.5 Modul 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen - Bewertung

In diesem Modul geht es um die Durchführung ärztlich angeordneter Maßnahmen, die gezielt auf eine bestehende Erkrankung ausgerichtet und für voraussichtlich mindestens 6 Monate erforderlich sind.

Zu bewerten ist, ob die Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen.

Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen in Bezug auf:		Entfällt	Selbständig	Häufigkeit der Hilfe (Anzahl eintragen)		
				pro Tag	pro Woche	pro Monat
4.5.1	Medikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.2	Injektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.5	Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.7	körpernahe Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.8	Verbandwechsel und Wundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.9	Versorgung mit Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.13	Arztbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.14	Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Std.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Std.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Erläuterung:

.....

4.5.16 Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften, und zwar:

.

0 entfällt/nicht erforderlich

0 selbständig (Bereitstellen einer Diät reicht aus)

1 überwiegend selbständig (Erinnerung/Anleitung ist mindestens einmal täglich notwendig)

2 überwiegend unselbständig (benötigt meistens Anleitung/Beaufsichtigung, mehrmals täglich)

3 unselbständig (benötigt immer Anleitung/Beaufsichtigung)

Erläuterung:

.....

Summe der Einzelpunkte		Gewichtete Punkte	
------------------------	--	-------------------	--

4.6 Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Zu bewerten ist, ob die Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen oder ob Teilaspekte bereits in anderen Modulen berücksichtigt worden sind.

		selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.6.2	Ruhen und Schlafen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.6.3	Sich beschäftigen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.6.4	Vornehmen von in die	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

	Zukunft gerichteten Planungen				
4.6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Erläuterung:

.....

Summe der Einzelpunkte	
------------------------	--

Gewichtete Punkte	
-------------------	--

5. Ergebnis der Begutachtung (siehe Anlage zur Berechnung)

Modulwertungen	Gewichtete Punkte
1. Mobilität	
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	
4. Selbstversorgung	
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen	
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	
Summe der gewichteten Punkte	

Besondere Bedarfskonstellation 4.1.6	Ja
---	-----------

5.1 Pflegegrad

unter 12,5 Pkt.	12,5 – u. 27 Pkt.	27 –u. 47,5 Pkt.	47,5 – u. 70 Pkt.	70 – u. 90 Pkt.	90 – 100 Pkt. oder Vorliegen der besonderen Bedarfskonstellation
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5

Seit wann? □□□□□□□□.(TTMMJJJJ)

Wird eine Befristung empfohlen? Nein.....
 Ja, bis □□□□□□□□.(TTMMJJJJ)

Begründung/Erläuterung:

Widerspruchsbegutachtung

Wird das Ergebnis des Vorgutachtens bestätigt?

- Ja, aktuell wird der gleiche Pflegegrad empfohlen.
- Ja, aber aufgrund einer zwischenzeitlich eingetretenen Veränderung wird ein anderer Pflegegrad empfohlen.
- Nein, zum Zeitpunkt der Vorbegutachtung bestanden bereits die Voraussetzungen für den aktuell empfohlenen Pflegegrad.

5.2 Pflegeaufwand der Pflegepersonen

Übernahme aus 1.4			Liegt der Pflegeaufwand nachvollziehbar bei wenigstens 10 Stunden verteilt auf regelmäßig mindestens 2 Tagen pro Woche?	Wenn nein:	
Pflege durch	Angegebene Pflegetage pro Woche	Angegebene Pflegestunden pro Woche		Angegebene Anzahl weiterer durch die Pflegeperson gepflegten Pflegebedürftige	Sind die Angaben zur Verteilung/zum Umfang des zum Pflegeaufwandes nachvollziehbar?
Name, Vorname			<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Ja
Geburtsdatum					
Geschlecht			<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Nein
Adresse					
Telefon					
Name, Vorname			<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Ja
Geburtsdatum					
Geschlecht			<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Nein

Adresse					
Telefon					

Für jede weitere Pflegeperson eine Zeile

Begründung

5.3 Ist die Pflege in geeigneter Weise sichergestellt? Ja Nein

.....

5.4 Liegen Hinweise auf folgende Ursachen der Pflegebedürftigkeit vor?
 Keine

Unfall Berufserkrankung/Arbeitsunfall Versorgungsleiden

.....

6 Erhebung weiterer versorgungsrelevanter Informationen

6.1 Außerhäusliche Aktivitäten

Zu bewerten ist, ob die Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen oder ob Teilaspekte bereits in anderen Modulen bewertet wurden.

Fortbewegung im außerhäuslichen Bereich	
6.1.1	Verlassen des Bereichs der Wohnung oder der Einrichtung <input type="checkbox"/> selbständig (ohne Begleitung) <input type="checkbox"/> überwiegend selbständig (mit Unterstützung, aber auch mit Eigenaktivität der Person) <input type="checkbox"/> überwiegend/völlig unselbständig, Hilfe durch eine Person reicht jedoch aus <input type="checkbox"/> überwiegend/völlig unselbständig, Hilfe durch zwei Personen erforderlich.
6.1.2	Fortbewegung außerhalb der Wohnung oder der Einrichtung (zu Fuß oder mit dem Rollstuhl) <input type="checkbox"/> selbständig (ohne Begleitung) <input type="checkbox"/> nur auf gewohnten Wegen selbständig

	<input type="checkbox"/> auf allen Wegen nur mit personeller Hilfe möglich <input type="checkbox"/> auch mit personeller Hilfe nicht möglich.
6.1.3	Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr <input type="checkbox"/> selbständig (ohne Begleitung) <input type="checkbox"/> nur auf gewohnten Strecken selbständig <input type="checkbox"/> auf allen Strecken nur mit personeller Hilfe möglich <input type="checkbox"/> auch mit personeller Hilfe nicht möglich.
6.1.4	Mitfahren in einem Kraftfahrzeug <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> benötigt nur Hilfe beim Ein-/Aussteigen (Hilfsperson während der Fahrt ist nicht erforderlich) <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe (auch) während der Fahrt mit dem PKW/Taxi (zusätzlich zum Fahrer) <input type="checkbox"/> nicht möglich, Liegendtransport oder Transport im Rollstuhl (Spezialfahrzeuge) notwendig.

Erläuterung:

.....

.....

Teilnahme an Aktivitäten (Beurteilung ohne Berücksichtigung von Wegstrecken)	
6.1.5	Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen <input type="checkbox"/> Teilnahme selbständig möglich <input type="checkbox"/> Nicht selbständig, Teilnahme ist nur mit unterstützender Begleitung möglich <input type="checkbox"/> Teilnahme ist auch mit unterstützender Begleitung nicht möglich Erläuterung(en):
6.1.6	Besuch von Arbeitsplatz, einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebotes <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Werkstatt für behinderte Menschen <input type="checkbox"/> Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> niedrigschwellige Angebote <input type="checkbox"/> keine

	<p><i>Diese Auswahloptionen kommen nur bei bestimmten Personen in Betracht. Bei Mehrfachauswahl ist jede Auswahl einzeln zu bewerten.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Teilnahme selbständig möglich</p> <p><input type="checkbox"/> Nicht selbständig, Teilnahme ist nur mit unterstützender Begleitung möglich</p> <p><input type="checkbox"/> Teilnahme ist auch mit unterstützender Begleitung nicht möglich</p> <p>Erläuterung(en):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
6.1.7	<p>Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen (Besuche, organisierte Freizeitaktivitäten, Selbsthilfegruppen, Vereine etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Teilnahme selbständig möglich</p> <p><input type="checkbox"/> Nicht selbständig, Teilnahme ist nur mit unterstützender Begleitung möglich</p> <p><input type="checkbox"/> Teilnahme ist auch mit unterstützender Begleitung nicht möglich</p> <p>Erläuterung(en):</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

6.2 Haushaltsführung

Zu bewerten ist, ob die Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen oder ob Teilaspekte bereits in anderen Modulen bewertet wurden.

		selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
6.2.1	Einkaufen für den täglichen Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.2.2	Zubereitung einfacher Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2.3	Einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2.4	Aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten, einschließlich Wäschepflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2.5	Nutzung von Dienstleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2.6	Umgang mit finanziellen Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2.7	Umgang mit Behördenangelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung:

.....

7 Empfehlungen zur Förderung der Selbständigkeit, Prävention und Rehabilitation (über die bisherige Versorgung hinaus):

7.1 Möglichkeiten zur Verbesserung (ggf. Erhalt) der festgestellten Selbständigkeit und der Fähigkeiten in den Bereichen:

7.1.1 Mobilität, Selbstversorgung und Haushaltsführung durch:

- Einleitung/Optimierung therapeutischer Maßnahmen:
- Optimierung der räumlichen Umgebung:
- Hilfsmiteleinsetz bzw. dessen Optimierung:.....
- präventive Maßnahmen:
- Sonstige Maßnahmen:
- Keine:

7.1.2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen und Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte durch:

- Einleitung/Optimierung therapeutischer Maßnahmen:

- Optimierung der räumlichen Umgebung:
- Hilfsmiteileinsatz bzw. dessen Optimierung:
- präventive Maßnahmen:
- Sonstige Maßnahmen:
- Keine:

7.1.3 Bewältigung von und Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen durch:

- edukative Maßnahmen/Beratung zur Verbesserung des Wissens um die bestehenden Erkrankungen und zum Umgang mit therapiebedingten Anforderungen:.....
- Einsatz, Anleitung bzw. Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten im Umgang mit Hilfsmitteln und medizinischen Geräten:
- präventive Maßnahmen:
- Sonstige Maßnahmen:
- Keine:

<p>7.2 Empfehlungen zu therapeutischen und / oder weiteren Einzelmaßnahmen</p> <p>Zum Erhalt oder zur Verbesserung der Selbständigkeit und Teilhabe erscheinen die aktuellen Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung oder pflegerischen Maßnahmen und weitere unter 7.1.1.-7.1.3 genannten Maßnahmen ausreichend und erfolgversprechend.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja weiter mit 7.2.1</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein weiter mit 7.3.1</p>
--	--	--

<p>7.3 Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation</p> <p>Rehabilitationsbedürftigkeit</p> <p>Die voraussichtlich nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe können insbesondere durch eine interdisziplinäre, mehrdimensionale Leistung zur medizinischen Rehabilitation abgewendet, vermindert oder deren Verschlimmerung verhütet werden. Maßnahmen der kurativen Versorgung sind nicht ausreichend oder erfolgversprechend.</p>
<p>7.3.1 Rehabilitationsfähigkeit</p>
<p>Der Antragsteller erscheint zum Zeitpunkt der Begutachtung körperlich und psychisch/kognitiv in</p>

der Lage mindestens an zwei Therapieeinheiten pro Tag teilzunehmen.

Ja... Nein

Wenn nein: Die aktive Teilnahmefähigkeit ist ausgeschlossen durch:

- hochgradige körperliche Schwäche, z. B. fortgeschrittene Kachexie bei onkologischer Erkrankung
- stark verminderte kardiale oder pulmonale Belastbarkeit, z. B. Luftnot bereits in Ruhe
- große Wunden / Dekubitalgeschwüre
- schwere Orientierungsstörungen, z. B. mit Wanderungstendenz
- ausgeprägte psychische Störungen, beispielsweise akute Wahnsymptomatik
- Antriebsstörungen, z. B. bei schwerer Depression
- nicht beeinflussbare Fremd- oder Selbstgefährdung
- Fehlende Kooperations- und Einsichtsfähigkeit aufgrund psychischer/oder fortgeschrittener dementieller Störungen
- die Therapie beeinträchtigende Abhängigkeitserkrankungen
- geplante Operationen oder Krankenhausaufnahme
- Sonstige Gründe

7.3.2 Rehabilitationsziele

Es bestehen folgende realistisch erreichbare und für den Antragsteller alltagsrelevante Rehabilitationsziele, z. B. Verbesserung oder Erhaltung in Bezug auf Gehfähigkeit, Transfer, Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Kommunikation, Krankheitsbewältigung, Erhalt der Mobilität, Erlernen von Ersatzstrategien:

.....

.....

.....

.....

7.3.3 Empfehlung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Anhand der dem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI zugrunde liegenden Informationen besteht die Indikation für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Zuweisungsempfehlung:

- geriatrische Rehabilitation
- indikationsspezifische Rehabilitation, welche

wenn ja, welche Form:

ambulante Durchführung

- in einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung
 - durch mobile Rehabilitation im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld, weil
 - stationäre Durchführung, Begründung:
 - keine ausreichende Mobilität
 - keine ausreichende physische und psychische Belastbarkeit für ambulante Rehabilitation
 - ständige ärztliche und pflegerische Betreuung (auch nachts) erforderlich
 - häusliche Versorgung nicht sicher gestellt
 - zeitweilige Distanzierung vom häuslichen Umfeld erforderlich
 - ambulante Rehabilitation zum Erreichen der Rehabilitations-Ziele nicht ausreichend
 - sonstiges
- Hinweise auf besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung:.....
- Beratung zur Umsetzung der empfohlenen Leistung zur medizinischen Rehabilitation erforderlich**

Wenn Einzelleistungen ausreichen

**7.2.1 Anhand der dem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI zugrunde liegenden Informationen wird keine Empfehlung zur Einleitung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation gegeben.
Es werden folgende Hinweise und Empfehlungen gegeben:**

<input type="checkbox"/>	A.	Die aktuellen Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung oder pflegerischen Maßnahmen erscheinen ausreichend, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.
<input type="checkbox"/>	B.	Es wird empfohlen, mit dem behandelnden Arzt abzuklären, ob die unter 7.1.1 bis 7.1.3 genannten weiteren therapeutischen Maßnahmen eingeleitet werden können.
<input type="checkbox"/>	C.	Es wird empfohlen, die anderen unter 7.1.1. bis 7.1.3 genannten Empfehlungen einzuleiten.
<input type="checkbox"/>	D.	Es wird die Einleitung bzw. Optimierung aktivierend pflegerischer Maßnahmen empfohlen.
<input type="checkbox"/>	E.	Es ergeben sich zwar Hinweise für die Empfehlung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, aktuell liegt jedoch keine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit vor.
<input type="checkbox"/>	F.	Die Wirkung / der Erfolg einer abgeschlossenen oder derzeit stattfindenden Rehabilitationsmaßnahme soll abgewartet werden.
<input type="checkbox"/>	G.	Es wird keine realistische Möglichkeit gesehen, die Pflegebedürftigkeit zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.
<input type="checkbox"/>	H.	Eine Rehabilitationsleistung wurde bereits bewilligt (Bewilligungsbescheid liegt vor).
<input type="checkbox"/>	I.	Weitere Abklärung empfohlen, weil.....
<input type="checkbox"/>	J.	Sonstiges:

Die Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit erfolgte unter Einbeziehung von

8. Weitere Empfehlungen und Hinweise für die Pflegekasse

8.1 Hilfsmittel/ Pflegehilfsmittel keine

Produktart.....	Produktnummer: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	
Erläuterung		
Zustimmung des Versicherten/ Betreuers/Bevollmächtigten zur Beantragung des o.g. Hilfsmittels liegt vor		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Kann nicht eingeholt werden

Je ein Datensatz für jedes Hilfsmittel.

Weitere Empfehlungen:
.....

8.2 Heilmittel oder andere therapeutische Maßnahmen keine

Physikalische Therapie:

Ergotherapie:
Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie:
Podologie:
andere therapeutische Maßnahmen:

8.3 Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen: keine

8.4 Edukative Maßnahmen/ Beratung/ Anleitung: keine

8.5 Präventive Maßnahmen: keine

8.6 Beratung zu Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 SGB V keine

8.7 Veränderung der Pflegesituation: keine

Pflegeberatung:

Entlastung der Pflegeperson:.....

8.8 Beratung zur Umsetzung der empfohlenen Leistung zur medizinischen Rehabilitation

8.9 Der Antragsteller widerspricht der Übersendung des Gutachtens

ja nein

8.10 Sonstige Hinweise.....

9. Prognose/Wiederholungsbegutachtung

Prognose:

.....

Termin für Wiederholungsbegutachtung:□□ □□□□

Beteiligte Gutachter:

.....