

Einschätzungsbogen zur
Selbstständigkeit/ Fähigkeiten

Vorbereitung auf die
Pflegebegutachtung ab 01.01.2017

Ab dem 1. Januar 2017 wird ein neuer [Pflegebedürftigkeitsbegriff](#) in der Pflegeversicherung eingeführt.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist Teil der Pflegereform, die die große Koalition 2015 mit den Pflegestärkungsgesetzen I und II auf den Weg gebracht hat. Bevor Ihnen unterstützende oder entlastende Leistungen durch Ihre Pflegekasse genehmigt werden können, erfolgt die Feststellung Ihres Pflegegrades durch Fachkräfte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK).

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist ein sogenanntes neues Begutachtungsassessment zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit verbunden. Es zählt dann nicht mehr der Hilfebedarf in Minuten, sondern der Grad der Selbstständigkeit eines Menschen. Durch das neue Verfahren wird der Mensch mit seinen Ressourcen und Fähigkeiten in den Mittelpunkt gestellt. Es wird gefragt, wie seine Selbstständigkeit erhalten und gestärkt werden kann und wobei er Hilfe und Unterstützung benötigt.

Mit dem neuen Verfahren werden erstmals die geistigen und sprachlichen Fähigkeiten, die Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen sowie die Gestaltung von Alltagsleben und sozialen Kontakten mit betrachtet.

Bei Fragen unterstützt Sie der Pflegestützpunkt Haßberge gerne unter der Tel. 09521/27-495.

Warum Einschätzungsbogen durch Antragsteller und deren Angehörigen

Um festzustellen, ob die gesetzlichen Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt, machen sich eine Gutachterin oder ein Gutachter - in der Regel vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bei einem Hausbesuch ein Bild von der Pflegesituation. Dieser Einschätzungsbogen soll Ihnen bei der Vorbereitung der Pflegebegutachtung helfen. Beim Begutachtungstermin sollte ein (pflegender) Angehöriger anwesend sein, um eventuelle Rückfragen der Gutachterin oder des Gutachters zu beantworten.

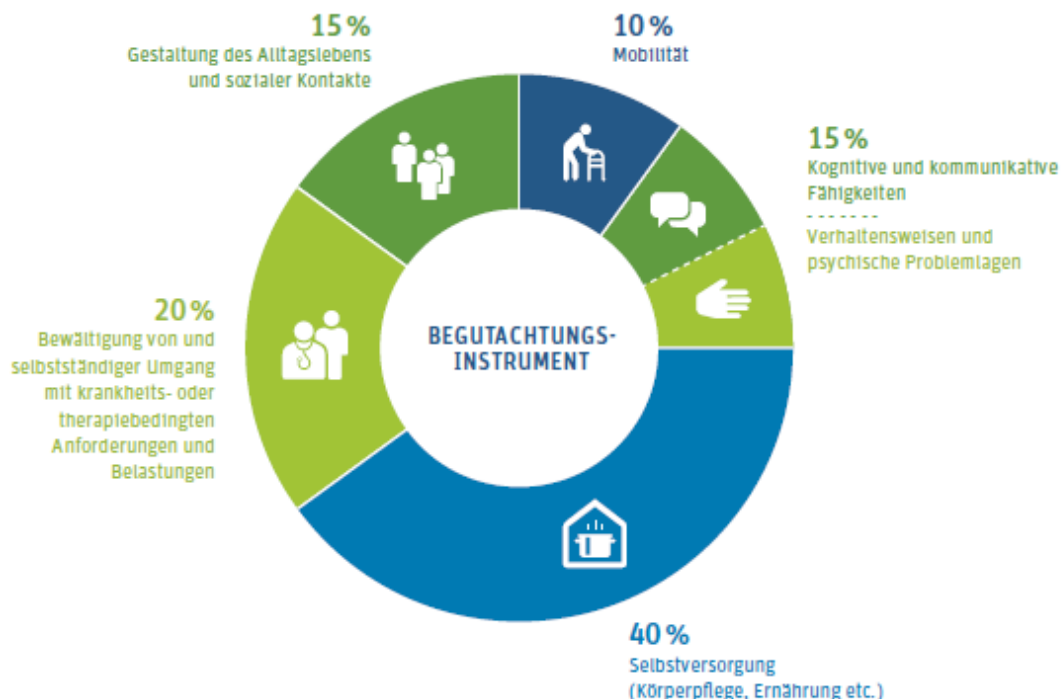
Welche Lebensbereiche werden für die Einschätzung zur Selbstständigkeit / der Fähigkeiten betrachtet?

In folgenden Lebensbereichen erfolgt die Einschätzung:

1. Mobilität,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten,
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
4. Selbstversorgung,
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen,
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Für die sechs Lebensbereiche (Module) werden Punktwerte erhoben, dabei ist jeder Lebensbereich unterschiedlich gewichtet.

Wie werden die Lebensbereiche gewichtet?



Quelle: MDS (2016)

Bei jeder Einschätzung sollten Sie versuchen, die folgenden Fragen zu beantworten:

1. Was kann noch selbst (mit Hilfsmittel) durchgeführt werden?
2. Wann ist Hilfe durch andere Personen nötig?

Wie läuft die Begutachtung durch den MDK ab?

- Sie werden zur pflegerischen Vorgeschichte und zu Ihrer derzeitigen Versorgungssituation befragt
- Fremdbefunde werden erhoben (Arztbriefe etc.)
- Der Gutachter prüft die wesentlichen Funktionen, die für eine selbständige Lebensführung im Hinblick auf die Bereiche des Begutachtungsinstruments erforderlich sind.
- Die gutachterliche Bewertung der einzelnen Kriterien erfolgt im Begutachtungsinstrument

Folgende Unterlagen sollten Sie bereithalten:

- Einschätzungsbogen
- aktuelle Arzt- und Krankenhausberichte,
- eine Auflistung der benötigten Pflegehilfsmittel und Medikamente
- Adresse der Hausärztin oder des Hausarztes

Wie geht es nach der Begutachtung weiter?

Die Gutachter fassen die Ergebnisse und Empfehlungen, auch zum Pflegegrad, in einem Gutachten zusammen und senden es an die Pflegekasse. Ist ein Hilfsmittel notwendig, geben der Gutachter oder die Gutachterin mit Ihrem Einverständnis diese Information ebenfalls an die Pflegekasse. Sie brauchen keinen gesonderten Antrag zu stellen. Das Pflegegutachten mit den MDK-Empfehlungen sendet Ihnen die Pflegekasse mit dem Bescheid über den Pflegegrad zu.

Was ist, wenn Sie mit der Entscheidung der Pflegekasse nicht einverstanden sind?

Wenn Sie Einwände gegen die Entscheidung der Pflegekasse haben, können Sie innerhalb einer Frist von einem Monat nach Erhalt des Bescheids Widerspruch bei der Pflegekasse einlegen.

Was bedeutet Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI?

- Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen
- Pflegebedürftig sind Personen, die körperliche, geistige oder seelische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig ausgleichen oder bewältigen können.
- Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

Was ist der Maßstab für Pflegebedürftigkeit?

- der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und
- die Abhängigkeit von personeller Hilfe

Inhalte der Module zur Einschätzung der Selbstständigkeit und Fähigkeiten (bitte Zutreffendes ankreuzen/eintragen)

Modul 1: Mobilität

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

Bitte Zutreffendes ankreuzen, bzw. Möglichkeit einer Bemerkung, falls „Ja“ angekreuzt ist

Modul 1: Mobilität	Benötigen Sie Hilfe durch eine Pflegeperson?		Bemerkung
Positionswechsel im Bett	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Halten einer stabilen Sitzposition	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Umsetzen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Treppensteigen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Die Einschätzung bezieht sich bei den Kriterien ausschließlich auf Funktionen und Aktivitäten, die mit Denken und Erkennen zusammenhängen. Beurteilt werden hier lediglich Aspekte wie Erkennen, Entscheiden oder Steuern etc. und nicht die motorische Umsetzung. Bei den Kriterien zur Kommunikation werden auch die Auswirkungen von Hör-, Sprech- oder Sprachstörungen berücksichtigt.

Bitte Zutreffendes ankreuzen und Möglichkeit einer Bemerkung, falls „Ja“ angekreuzt ist.

Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Benötigen Sie Hilfe durch eine Pflegeperson?		Bemerkung
Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Örtliche Orientierung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Zeitliche Orientierung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Verstehen von Sachverhalten und Informationen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Erkennen von Risiken und Gefahren	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Mitteilen elementarer Bedürfnisse	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Verstehen von Aufforderungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Beteiligen an einem Gespräch	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

In diesem Modul geht es um Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, die immer wieder auftreten und personelle Unterstützung erforderlich machen. Bei mehreren Verhaltensweisen wird deren Häufigkeit nur einmal erfasst.

Bitte Zutreffendes ankreuzen und Angabe von Häufigkeit wenn „Ja“ angekreuzt ist

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Müssen Sie als Pflegeperson Unterstützung geben oder eingreifen?		Häufigkeit der Unterstützung
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Nächtliche Unruhe	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Beschädigung von Gegenständen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Verbale Aggression	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Wahnvorstellungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Ängste	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Sozial unpassende Verhaltensweisen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Sonstige pflegerelevante unpassende Handlungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

Modul 4: Selbstversorgung

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

Bitte Zutreffendes ankreuzen, bzw. Möglichkeit einer Bemerkung, falls „Ja“ angekreuzt ist

Modul 4: Selbstversorgung	Benötigen Sie Hilfe durch eine Pflegeperson?		Bemerkung	
Waschen des vorderen Oberkörpers	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Körperpflege im Bereich des Kopfes	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Waschen des Intimbereichs	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
An- und Auskleiden des Oberkörpers	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
An- und Auskleiden des Unterkörpers	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Essen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Trinken	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Versorgung mit Hilfe				
	Versorgung selbständig	nicht täglich, nicht auf Dauer	täglich zusätzlich zu oraler Ernährung	ausschließlich oder nahezu ausschließlich
Ernährung parenteral oder über Sonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

Bitte Zutreffendes ankreuzen und Angabe von Häufigkeit wenn „Ja“

Modul 5: Bewältigung von und Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen in Bezug auf:	Benötigen Sie Hilfe durch eine Pflegeperson?		Häufigkeit der Hilfe
Medikation	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Injektionen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Absaugen und Sauerstoffgabe	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Messung und Deutung von Körperzuständen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
körpernahe Hilfsmittel	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Verbandwechsel und Wundversorgung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Versorgung mit Stoma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

Arztbesuche	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Stunden)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Stunden)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Zu bewerten ist, ob die jeweilige Aktivität praktisch durchgeführt werden kann.

Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen körperlicher oder geistiger Funktionen bestehen.

Bitte Zutreffendes ankreuzen, bzw. Möglichkeit einer Bemerkung, falls „Ja“ angekreuzt ist

Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	Benötigen Sie Hilfe durch eine Pflegeperson?		Bemerkung
	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Ruhen und Schlafen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Sich beschäftigen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

Folgende Bereiche werden erfragt, gehen aber nicht in die Bewertung ein
Bereich 7: Außerhäusliche Aktivitäten

Einzuschätzen ist, wieweit die Aktivität selbst durchgeführt werden kann.

Bitte Zutreffendes ankreuzen, bzw. Beschreibung bzw. bei „Ja“ Möglichkeit einer Beschreibung

Bereich 7: Fortbewegung im außerhäuslichen Bereich	Benötigen Sie Hilfe durch eine Pflegeperson?		Bemerkung
Verlassen des Bereichs der Wohnung oder der Einrichtung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Fortbewegung außerhalb der Wohnung oder der Einrichtung (zu Fuß oder mit dem Rollstuhl)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Mitfahren in einem Kraftfahrzeug	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Besuch von Arbeitsplatz, einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebotes	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

Modul 8: Haushaltsführung

Einzuschätzen ist, wie weit die Aktivität selbst durchgeführt werden kann.

Bitte Zutreffendes ankreuzen, bzw. Möglichkeit einer Bemerkung, falls „Ja“ angekreuzt ist

Modul 8: Haushaltsführung	Benötigen Sie Hilfe durch eine Pflegeperson?		Bemerkung
Einkaufen für den täglichen Bedarf	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Zubereitung einfacher Mahlzeiten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten, einschließlich Wäschepflege	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Nutzung von Dienstleistungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Umgang mit finanziellen Angelegenheiten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Umgang mit Behördenangelegenheiten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

Literatur:

<https://www.mds-ev.de/themen/pflegebeduerftigkeit-ab-2017/neuer-pflegebeduerftigkeitsbegriff.html> (abgerufen am 04.11.2016)

Raum für eigene Notizen:
