

# G Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI



## Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

**Pflegekasse:** (Name)  
(Adresse)

(IK)

<b>Versicherte(r):</b>	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	<b>Untersuchungsort</b>
Name, Vorname:		<input type="checkbox"/> Privatwohnung
Geburtsdatum: □□ □□ □□□□		<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflegeeinrichtung
		<input type="checkbox"/> Krankenhaus
		<input type="checkbox"/> Sonstiges .....
		<b>Adresse (falls abweichend)</b>
Straße:		Straße:
PLZ, Ort:		PLZ, Ort:
Telefon:		Telefon:
		wohnhaf bei:

**Behandelnde(r) Arzt/Ärztin:**

Name:  
Straße:  
PLZ, Ort:  
Telefon:

<b>Untersuchung am:</b>	□□ □□ □□□□	<b>Uhrzeit:</b>	□□ □□
<b>Durch Gutachter(in)</b>			
.....			
<b>MDK - Beratungsstelle:</b>			
.....			

**Antrags-/Gutachtenart**

	Erstgutachten	Höherstufungs-gutachten	Wiederholungs-gutachten	Widerspruchs-gutachten
<b>Geldleistung (§ 37 SGB XI)</b>				
<b>Sachleistung (§ 36 SGB XI)</b>				
<b>Kombi-Leistung (§ 38 SGB XI)</b>				
<b>Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)</b>				
<b>Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI)</b>				

<b>Derzeitige Pflege-stufe:</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Stufe I	<input type="checkbox"/> Stufe II	<input type="checkbox"/> Stufe III	<input type="checkbox"/> Härtefall
---------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

**G u t a c h t e n zur Feststellung  
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

**MDK:**

**Gutachten vom:**

**Versicherter:**

**Geb.-Datum:**

**1 Derzeitige Versorgungs- und Betreuungssituation**

**Nach Angaben von**

.....  
.....

**1.1 Ärztliche/medikamentöse Versorgung**

**Arztbesuche**

Keine

Hausbesuche

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

Praxisbesuche

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

Medikamente

Keine

Selbständige Einnahme

Hilfestellung erforderlich bei/durch:

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

**1.2 Verordnete Heilmittel**

Keine

Physikalische Therapien  Ergotherapie  Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

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

Sonstiges: .....

.....  
.....

**1.3 Hilfsmittel/Nutzung**

Keine

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

**G u t a c h t e n zur Feststellung  
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

**MDK:**

**Gutachten vom:**

**Versicherter:**

**Geb.-Datum:**

**1.4 Umfang der pflegerischen Versorgung und Betreuung**

Keine

Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)

.....  
 .....

Pflege durch Pflegeeinrichtung(en) im Sinne des SGB XI

ambulant  Tages-/Nachtpflege  Kurzzeitpflege  stationär

.....  
 .....

Pflege durch Angehörige/Bekannte

.....  
 .....

Betreuung durch sonstige Einrichtungen

.....  
 .....

Versicherte(r) alleinlebend

Ja

Nein

Pflege durch	Name (Vorname)	Straße	PLZ	Ort	Geburtsdatum	Telefon	Pflegezeit pro Woche in Stunden
A							
B							
C							
D							

**2 Pflegerelevante Vorgeschichte und Befunde**

**2.1 Pflegerelevante Aspekte der ambulanten Wohnsituation**

.....  
 .....

**2.2 Fremdbefunde**

.....  
 .....

**G u t a c h t e n zur Feststellung  
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

**MDK:**

**Gutachten vom:**

**Versicherter:**

**Geb.-Datum:**

**2.3 Pflegerelevante Vorgeschichte (Anamnese)**

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

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation  
innerhalb der letzten vier Jahre

Ja

Nein

Form:

ambulant

stationär

Art:

geriatrische Rehabilitation

Indikationsspezifisch (z. B. neurologische, orthopädische, kardiologische Rehabilitation)

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

**3 Gutachterlicher Befund**

**3.1 Allgemeinzustand/Befund**

(Ernährungs-, Kräfte- und Pflegezustand)

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

**3.2 Beschreibung von Schädigungen/Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen in Bezug auf  
den Stütz- und Bewegungsapparat, die Inneren Organe, die Sinnesorgane und Nervensystem/  
Psyche**

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

**3.3 Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens\*)**

Bewegen

Waschen/Kleiden

Ernähren

Ausscheiden

\*) Graduierung: 0 = Keine pflegerelevante Beeinträchtigung der Aktivität  
 1 = Keine Fremdhilfe, selbständige Ausführung verlängert oder Hilfsmiteileinsatz erforderlich  
 2 = Fremdhilfe bei abhängiger Pflegeaktivität erforderlich  
 3 = Unfähigkeit zur selbständigen Aktivität

**G u t a c h t e n zur Feststellung  
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

**MDK:**

**Gutachten vom:**

**Versicherter:**

**Geb.-Datum:**

**3.4 Pflegebegründende Diagnose(n)**

..... ICD-10 

--	--	--	--	--

..... ICD-10 

--	--	--	--	--

weitere Diagnosen:

.....

.....

.....

**3.5 Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz**

Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz wurde bereits festgestellt und besteht weiterhin  Ja  Nein

Liegt eine demenzbedingte Fähigkeitsstörung, geistige Behinderung oder psychische Erkrankung vor?  Ja  Nein

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

Resultiert aus mindestens einer der in der Tabelle festgestellten Auffälligkeit regelmäßig und auf Dauer ein Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf?  Ja  Nein

Wenn "Nein" Begründung:

.....

.....

.....

**Gutachten zur Feststellung  
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**
**MDK:**
**Gutachten vom:**
**Versicherter:**
**Geb.-Datum:**
**Assessment**

Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten maßgebend:		Ja	Nein
1.	Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauff Tendenz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Im situativen Kontext inadäquates Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

"Ja" in den Bereichen 1 bis 9

Anzahl

"Ja" in den Bereichen 10 bis 13

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn in wenigstens 2 Bereichen, davon mindestens einmal aus dem Bereich 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten festgestellt werden.

**Ergebnis:**

Die Alltagskompetenz des Antragstellers im Sinne § 45a SGB XI ist erheblich eingeschränkt

 Ja

 Nein

Seit wann? .....

**Gutachten zur Feststellung  
 der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**
**MDK:**
**Gutachten vom:**
**Versicherter:**
**Geb.-Datum:**
**4 Pflegebedürftigkeit**
**4.1 Körperpflege**

Hilfebedarf bei(m)	Nein	Form der Hilfe					Häufigkeit pro		Zeitaufwand pro Tag (Min.)
							Tag	Woche	
<b>Waschen</b>									
Ganzkörperwäsche (GK)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Teilwäsche Oberkörper (OK)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Teilwäsche Unterkörper (UK)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Teilwäsche Hände/Gesicht (HG)		U	TÜ	VÜ	B	A			
<b>Duschen</b>		U	TÜ	VÜ	B	A			
<b>Baden</b>		U	TÜ	VÜ	B	A			
<b>Zahnpflege</b>		U	TÜ	VÜ	B	A			
<b>Kämmen</b>		U	TÜ	VÜ	B	A			
<b>Rasieren</b>		U	TÜ	VÜ	B	A			
<b>Darm- und Blasenentleerung</b>									
Wasserlassen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Stuhlgang		U	TÜ	VÜ	B	A			
Richten der Bekleidung		U	TÜ	VÜ	B	A			
Windelwechsel nach Wasserlassen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Windelwechsel nach Stuhlgang		U	TÜ	VÜ	B	A			
Wechseln kleiner Vorla- gen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Wechsel/Entleerung Urin- beutel		U	TÜ	VÜ	B	A			
Wechsel/Entleerung Stomabeutel		U	TÜ	VÜ	B	A			
<b>Summe Zeitbedarf Körperpflege</b>									

**Legende:**

 U = Unterstützung  
 VÜ = vollständige Übernahme

 TÜ = teilweise Übernahme  
 B = Beaufsichtigung

A = Anleitung

**G u t a c h t e n** zur Feststellung  
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

Im vorstehend genannten Gesamtzeitaufwand für die Verrichtung(en) ist enthalten				
bei der Verrichtung	verrichtungsbezogene krankheits- spezifische Pflegemaßnahme	Häufigkeit pro		Zeitaufwand pro Tag (Min.)
		Tag	Woche	
Waschen/Duschen/Baden	oro/tracheale Sekretabsaugung			
	Einreiben mit Dermatika			
Darm- und Blasenentlee- rung	Klistier/Einlauf			
	Einmalkatheterisieren			

Erläuterung(en).....  
.....  
.....

**4.2 Ernährung**

Hilfebedarf bei	Nein	Form der Hilfe					Häufigkeit pro		Zeitaufwand pro Tag (Min.)
							Tag	Woche	
<b>Mundgerechte Zuberei- tung der Nahrung</b>		U	TÜ	VÜ	B	A			
<b>Aufnahme der Nahrung</b>									
Oral		U	TÜ	VÜ	B	A			
Sondenkost		U	TÜ	VÜ	B	A			
<b>Summe Zeitbedarf Ernährung</b>									

Im vorstehend genannten Gesamtzeitaufwand für die Verrichtung(en) ist enthalten				
bei der Verrichtung	verrichtungsbezogene krankheits- spezifische Pflegemaßnahme	Häufigkeit pro		Zeitaufwand pro Tag (Min.)
		Tag	Woche	
Aufnahme der Nahrung	oro/tracheale Sekretabsaugung			
	Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Tracheostoma			

Erläuterung(en).....  
.....  
.....

**Legende:**

U = Unterstützung

TÜ = teilweise Übernahme

VÜ = vollständige Übernahme

B = Beaufsichtigung

A = Anleitung

**G u t a c h t e n** zur Feststellung  
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

**4.3 Mobilität**

Hilfebedarf beim	Nein	Form der Hilfe					Häufigkeit pro		Zeitaufwand pro Tag (Min.)
							Tag	Woche	
<b>Aufstehen/Zu-Bett-Gehen</b>		U	TÜ	VÜ	B	A			
Umlagern		U	TÜ	VÜ	B	A			
<b>An- und Auskleiden</b>									
Ankleiden Gesamt (GK)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Ankleiden Ober-/Unterkörper (TK)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Entkleiden Gesamt (GE)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Entkleiden Ober-/Unterkörper (TE)		U	TÜ	VÜ	B	A			
<b>Gehen</b>		U	TÜ	VÜ	B	A			
<b>Stehen (Transfer)</b>		U	TÜ	VÜ	B	A			
<b>Treppensteigen</b>		U	TÜ	VÜ	B	A			
<b>Verlassen/Wiederauf- suchen der Wohnung/ Pflegeeinrichtung</b>		U	TÜ	VÜ	B	A			
<b>Summe Zeitbedarf Mobilität</b>									

Im vorstehend genannten Gesamtzeitaufwand für die Verrichtung(en) ist enthalten				
bei der Verrichtung	verrichtungsbezogene krankheits- spezifische Pflegemaßnahme	Häufigkeit pro		Zeitaufwand pro Tag (Min.)
		Tag	Woche	
Aufstehen/Zu-Bett-Gehen	Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf			
An- und Auskleiden	Anziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2			
	Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2			

 Erläuterung(en).....  
 .....  
 .....

**Legende:**

 U = Unterstützung  
 VÜ = vollständige Übernahme

 TÜ = teilweise Übernahme  
 B = Beaufsichtigung

A = Anleitung

**Gutachten zur Feststellung  
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

**MDK:**

**Gutachten vom:**

**Versicherter:**

**Geb.-Datum:**

Die Pflege erschwerende oder erleichternde Faktoren

Nein

Nächtlicher Grundpflegebedarf

Nein

Medizinische Behandlungspflege  
(nur bei Pflegestufe III in stationärer Pflege)

Zeitaufwand  Stunden  Minuten pro Tag

**4.4 Hauswirtschaftliche Versorgung**

Hilfebedarf beim	Nein	Häufigkeit wöchentlich	Hinweis/Bemerkung(en)
Einkaufen			
Kochen			
Reinigen der Wohnung			
Spülen			
Wechseln/Waschen der Wäsche/Kleidung			
Beheizen der Wohnung			

**Zeitaufwand in Std. pro Woche**

--

<b>Zeitaufwand Grundpflege</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stunden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minuten pro Tag
<b>Zeitaufwand Hauswirtschaft (im Wochendurchschnitt)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stunden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minuten pro Tag

**4.5 Zusätzliche Erläuterungen zum Hilfebedarf**

Keine



**Gutachten zur Feststellung  
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

**MDK:**

**Gutachten vom:**

**Versicherter:**

**Geb.-Datum:**

Im Gesamtaufwand der Grundpflege für die Feststellung der Pflegestufe ist enthalten				
bei der Verrichtung	verrichtungsbezogene krankheits- spezifische Pflegemaßnahme	Häufigkeit pro		Zeitaufwand pro Tag (Min.)
		Tag	Woche	
Aufnahme der Nahrung	oro/tracheale Sekretabsaugung			
	Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Tracheostoma			
Aufstehen/Zu-Bett-Gehen	Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf			
An- und Auskleiden	Anziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2			
	Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2			

**5.3 Liegen Hinweise auf folgende Ursachen der Pflegebedürftigkeit vor?**

Keine

Unfall       Berufserkrankung/Arbeitsunfall       Versorgungsleiden

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

**5.4 Ist die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt?**

Ja

Nein

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

**5.5 Ist vollstationäre Pflege erforderlich?**

Ja

Nein

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

**6 Empfehlungen an die Pflegekasse/Individueller Pflegeplan:**

**6.1 Präventive Maßnahmen/Therapie/Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

Keine

Physikalische Therapien

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

**G u t a c h t e n zur Feststellung  
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

**MDK:**

**Gutachten vom:**

**Versicherter:**

**Geb.-Datum:**

Ergotherapie

.....

.....

.....

Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

.....

.....

.....

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

ambulant    stationär

geriatrisch

Indikationsspezifisch (z. B. neurologisch, orthopädisch, kardiologisch)

.....

.....

.....

Sonstiges

.....

.....

.....

**6.2 Hilfsmittel-/Pflegehilfsmittelversorgung**

Keine

.....

.....

**6.3 Technische Hilfen und bauliche Maßnahmen (Wohnumfeld)**

Keine

.....

.....

.....

**6.4 Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation**

Keine

.....

.....

.....

**G u t a c h t e n zur Feststellung  
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

**MDK:**

**Gutachten vom:**

**Versicherter:**

**Geb.-Datum:**

---

**7 Zusätzliche Empfehlungen/Erläuterungen für die Pflegekasse**

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

**8 Prognose/Wiederholungsbegutachtung**

Prognose:

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

Termin für Wiederholungsbegutachtung:     

**9 Beteiligte Gutachter**

- |                       |                          |       |
|-----------------------|--------------------------|-------|
| MDK - Arzt            | <input type="checkbox"/> | ..... |
| MDK - Pflegefachkraft | <input type="checkbox"/> | ..... |
| Externer Gutachter    | <input type="checkbox"/> | ..... |