

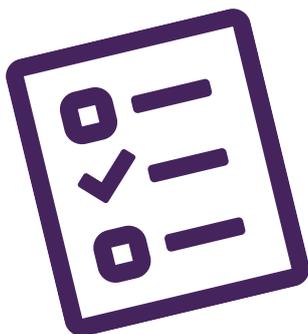


# Checkliste Pflegegutachten

# Wie viel Pflege wird benötigt?

Wer einen Antrag auf Pflegegrad gestellt hat, muss kurz darauf ein Gutachten des MDK (gesetzlich Versicherte) oder von MEDICPROOF (privat Versicherte) über sich ergehen lassen. Ziel des Gutachtens ist es, festzustellen, wie selbstständig der Antragsteller noch ist.

Seine Fähigkeiten werden in verschiedenen Bereichen überprüft und bewertet: Mobilität, kognitive Fähigkeiten, Verhaltensweise, Selbstversorgung, selbstständiger Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen und Gestaltung des Alltagslebens.



**Folgende Checkliste hilft Betroffenen oder pflegenden Angehörigen dabei, ihre Situation schon vor dem Gutachten einzuschätzen und sich auf die relevanten Inhalte des Gutachtens vorzubereiten.**

# Modul 1: Mobilität

Sie können die Checkliste ausdrucken und sie dem Gutachter ausgefüllt vorlegen. Das hilft ihm dabei, die Lage zu bewerten. Antragsteller sollten aber nicht übertreiben, nur um die Chancen auf einen Pflegegrad zu steigern. Die Gutachter sind geschult und erfahren genug, um unrealistische Angaben zu erkennen.

Fähigkeit (bitte ankreuzen)	Selbstständig	Überwiegend selbstständig	Überwiegend unselbstständig	Unselbstständig
Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufrechte Sitz- position halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Wohnung fortbewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Übrigens:** Ein Mensch, der nicht in der Lage ist, beide Arme und beide Beine zu benutzen, erhält immer den höchsten Pflegegrad, auch wenn andere Bereiche des Gutachtens mit unter 90 Punkten bewertet werden. Es wird von der besonderen Bedarfskonstellation gesprochen. Liegt bei Ihnen oder Ihrem Angehörigen eine solche besondere Bedarfskonstellation vor?

Ja

Nein

# Modul 2: Kognitive Fähigkeiten

Fähigkeit (bitte ankreuzen)	Fähigkeit un- beeinträchtigt vorhanden	Fähigkeit überwiegend vorhanden	Fähigkeit kaum vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
Personen aus dem näheren Umfeld erkennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtliche Orientie- rung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitliche Orientie- rung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erinnern an be- deutende Ereig- nisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrschrittige Alltagsaufgaben steuern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alltägliche Ent- scheidungen treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen und Sachverhalte verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risiken und Ge- fahren erkennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedürfnisse mit- teilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufforderungen verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An Gesprächen beteiligen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Modul 3: Verhaltensweise

Fähigkeit (bitte ankreuzen)	Nie oder sehr selten	Eher selten (ein- bis dreimal in zwei Wochen)	Häufig (mehrmals wöchentlich)	Täglich
Motorische Verhal- tensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstschädigendes Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschädigung von Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperlich aggres- sives Verhalten gegenüber anderen Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbal aggressives Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere verbale oder vokale Auffäl- ligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abwehr pflegeri- scher Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahnvorstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit und depressive Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozial unpassendes Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige unpassen- de Verhaltenswei- sen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Modul 4: Selbstversorgung

Fähigkeit (bitte ankreuzen)	Selbstständig	Überwiegend selbstständig	Überwiegend unselbstständig	Unselbstständig
Waschen des Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege im Bereich des Kopfes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen des Intimbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen und Baden (inkl. Haarwäsche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden (Oberkörper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden (Unterkörper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eingießen von Getränken und Zubereiten von Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Harninkontinenz und Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Stuhl-inkontinenz und Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Modul 5: Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen

Fähigkeit (bitte ankreuzen)	Entfällt	Selbstständig	Mit Hilfe Häufigkeit pro Tag	Mit Hilfe Häufigkeit pro Woche	Mit Hilfe Häufigkeit pro Monat
Medikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung intra- venöser Zugänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absaugen und Sauerstoffabgabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kälte- und Wärme- anwendungen oder Einreibungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messen und Bewer- ten von Blutdruck, Blutzucker, usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körpernahe Hilfs- mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbandswechsel und Wundversor- gung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung mit Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutzung von Ab- führmethoden und regelmäßige Ein- malkatheterisie- rung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapiemaßnah- men in häuslicher Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Modul 5: Fortsetzung

Fähigkeit (bitte ankreuzen)	Entfällt	Selbstständig	Mit Hilfe Häufigkeit pro Tag	Mit Hilfe Häufigkeit pro Woche	Mit Hilfe Häufigkeit pro Monat
Arztbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besuche anderer medizinischer und therapeutischer Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besuche anderer medizinischer und therapeutischer Einrichtungen (Dauer über 3 Stun- den)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Modul 6: Gestaltung des Alltags

Fähigkeit (bitte ankreuzen)	Selbstständig	Überwiegend selbstständig	Überwiegend unselbstständig	Unselbstständig
Gestaltung des Ta- gesablaufs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafen und Aus- ruhen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich beschäftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planungen für die Zukunft vorneh- men	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Per- sonen im direk- ten Umfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflege sozialer Kon- takte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Impressum

## **seguras Media GmbH & Co. KG**

Logestraße 41 c  
27616 Beverstedt  
Deutschland

Telefon: +49 4747 – 6059960  
Telefax: +49 4747 – 6059966  
E-Mail: [kontakt@seguras.de](mailto:kontakt@seguras.de)  
Internet: [www.seguras-media.de](http://www.seguras-media.de)

## **Bildquellen:**

- © [VGstockstudio / Shutterstock.com](#)
- © [Kinga / Shutterstock.com](#)
- © [Ahsan Alvi / Shutterstock.com](#)
- © [goodluz / Shutterstock.com](#)
- © [wavebreakmedia / Shutterstock.com](#)
- © [FamVeld / Shutterstock.com](#)
- © [Photographee.eu / Shutterstock.com](#)
- © [YAKOBCHUK VIACHESLAV / Shutterstock.com](#)
- © [YAKOBCHUK VIACHESLAV / Shutterstock.com](#)
- © [Africa Studio / Shutterstock.com](#)
- © [Halfpoint / Shutterstock.com](#)

**Stand: April 2023**