



# Das neue Pflegetagebuch

Selbsteinschätzung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen

**Barrierefreier Inhalt:**  
**[sovd.de/pflegetagebuch](https://sovd.de/pflegetagebuch)**

**Pflegetagebuch in SoVD-TV:**  
**[sovd-tv.de/pflegetagebuch2](https://sovd-tv.de/pflegetagebuch2)**

## Vorwort



Adolf Bauer, Präsident

Liebe Leserin, lieber Leser,

mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wurde die Pflegeversicherung grundlegend reformiert. Seit dem 1. Januar 2017 richtet sich die Pflegebedürftigkeit nach der individuellen Selbständigkeit eines Menschen. Bei der Begutachtung werden fortan neben körperlichen auch geistige und seelische Beeinträchtigungen gleichermaßen berücksichtigt. Dadurch erhalten insbesondere an Demenz erkrankte Menschen endlich einen gleichberechtigten

Zugang zu allen Leistungen der Pflegeversicherung.

Aber es bleibt dabei: Mit zunehmendem Lebensalter steigt für jeden Menschen das Risiko, pflegebedürftig zu werden. Wer dann Pflege benötigt, steht plötzlich vor einer Herausforderung: Was erwartet mich jetzt und was gilt es zu beachten? Es ist wichtig, sich rechtzeitig mit der eigenen Pflegesituation und der Pflegebegutachtung auseinander zu setzen.

Unser Pflegetagebuch unterstützt Pflegebedürftige und ihre Angehörigen dabei, sich auf die Begutachtung Ihrer Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorzubereiten und das Begutachtungsverfahren besser zu verstehen. Mit Hilfe des Pflegetagebuchs können die Betroffenen ihre Situation ausführlich beschreiben und ihren Bedarf verdeutlichen. Dies ist mitentscheidend, um am Ende auch die Leistungen zu erhalten, die einem zustehen.

Adolf Bauer

Präsident



# Inhalt

## **Vorwort 1**

### **Antworten rund ums Pfllegetagebuch 5**

- Wozu dient das Pfllegetagebuch? 6
- Wann sollte ich ein Pfllegetagebuch führen? 7
- Wie sollte ich das Pfllegetagebuch führen? 8
- Habe ich Anspruch auf Pfllegeleistungen? 9
- Wie stelle ich einen Antrag auf Leistungen? 10
- Wie prüft die Pfllegekasse meine Pfllegebedürftigkeit? 11
- Wie mache ich meinen Pfllegebedarf deutlich? 13
- Was steht im Pfllegegutachten? 14
- Wann erfahre ich meinen Pfllegegrad? 15
- Ich bin mit dem Bescheid nicht einverstanden. Was nun? 16
- Wo erhalte ich Rat und Hilfe? 17
- Was machen die Pfllegestützpunkte? 18

### **Die Leistungen der Pfllegekasse 19**

- Pfllegegeld 20
- Pfllegesachleistungen 21
- Tages- und Nachtpfllege 22
- Verhinderungspfllege 23
- Kurzzeitpfllege 24
- Wohngruppenzuschlag 25
- Anschubfinanzierung zur Gründung  
von ambulant betreuten Wohngruppen 25
- Entlastungsbetrag 26
- Angebote zur Unterstützung im Alltag 26

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	27
Pflegehilfsmittel	28
Technische Pflegehilfsmittel	28
Vollstationäre Pflege	29
Vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe	30

### **Antworten rund um die Beurteilung 31**

Wie ermittelt die Pflegekasse den Grad meiner Selbstständigkeit?	32
Welche Arten von Tätigkeiten betrachtet die Pflegekasse?	34
Welche Pflegegrade gibt es?	35
Werden besondere Bedarfskonstellationen anerkannt?	35
Was gilt für Kinder und Jugendliche?	36
Wie errechnet sich mein Pflegegrad?	38
Wann liegt bei mir Pflegebedürftigkeit vor?	42

### **Mein Pflegebedarf 43**

Tipps für Ihre Selbsteinschätzung	44
● Modul 1: Mobilität	46
● Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	53
● Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	65
● Modul 4: Selbstversorgung	79
● Modul 5: Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	93
● Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	110

### **Vor Ort für Sie 118**



**Antworten rund ums Pflegetagebuch**

## Wozu dient das Pflegetagebuch?

Das Pflegetagebuch hilft Ihnen, sich auf die Begutachtung Ihrer Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorzubereiten und das Begutachtungsverfahren besser zu verstehen.

Dazu unterstützt das Pflegetagebuch Sie dabei, Ihren objektiven Pflegebedarf zu ermitteln und sich Ihre aktuelle Pflegesituation genau vor Augen zu rufen:

- ➔ Wie selbstständig bewältigen Sie Ihren Alltag?
- ➔ Welche Tätigkeiten können Sie eigenständig durchführen?
- ➔ Für welche Tätigkeiten benötigen Sie wie häufig Unterstützung durch andere Personen?

## Wann sollte ich ein Pflegetagebuch führen?

Führen Sie ein Pflegetagebuch, wenn Sie

- ➔ pflegebedürftig sind (oder eine pflegebedürftige Person betreuen),
- ➔ noch keinen Pflegegrad beantragt haben **und**
- ➔ Leistungen der Pflegekasse in Anspruch nehmen möchten.

Führen Sie ein Pflegetagebuch auch, wenn Sie

- ➔ bereits einen Pflegegrad haben **und**
- ➔ eine höhere Einstufung beantragen wollen **oder**
- ➔ weitere Leistungen der Pflegekasse in Anspruch nehmen möchten.

## Wie sollte ich das Pfl egetagebuch führen?

Führen Sie das Pfl egetagebuch ruhig über einige Zeit, denn kein Tag ist wie der andere. Wir empfehlen Ihnen einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen. Überprüfen und wiederholen Sie während dieser Zeit Ihre Selbsteinschätzung ein paar Mal. So können Sie Ihre Angaben bei Bedarf korrigieren oder ergänzen.

Halten Sie auch tägliche Besonderheiten fest und notieren Sie sich das Datum und die Tageszeit Ihrer Beobachtungen. Einige Tätigkeiten können Ihnen am Abend schwerer fallen als noch am Vormittag.

Wir empfehlen Ihnen außerdem, die ungefähre Dauer der Unterstützung in Minuten pro Tag zu notieren. Zeitangaben lassen besonders genau auf den Umfang Ihres Unterstützungsbedarfs schließen.

## Habe ich Anspruch auf Pflegeleistungen?

Sie haben Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung, wenn Sie drei Voraussetzungen erfüllen:

- ✓ **Sie sind pflegebedürftig.** Das heißt, Sie können körperliche, geistige oder seelische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig ausgleichen oder bewältigen.
- ✓ **Ihr Pflegebedarf besteht auf Dauer,** das heißt voraussichtlich für mindestens sechs Monate und nicht nur gelegentlich.  
Achtung: Sie müssen aber nicht erst sechs Monate warten, bis Sie Ihre Ansprüche geltend machen können.
- ✓ **Die Beeinträchtigung Ihrer Selbstständigkeit entspricht einem der fünf Pflegegrade.**

**i** Neben den Pflegeleistungen können Sie auch Anspruch auf Eingliederungshilfe haben, etwa auf Unterstützung beim Besuch einer Veranstaltung. Pflege und Eingliederungshilfe werden nebeneinander gewährt – unabhängig vom Lebensalter.

**Wir empfehlen: Lassen Sie sich auch zu weitergehenden Leistungen in Ihrer SoVD-Beratungsstelle beraten.**

## Wie stelle ich einen Antrag auf Leistungen?

Sprechen Sie am besten zuerst mit Ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten: Diese können Ihnen eine Einschätzung von Ihrem Gesundheitszustand und von Ihrem Pflegebedarf geben.

Stellen Sie den Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung anschließend bei Ihrer Pflegekasse. Ihre Pflegekasse ist an Ihre Krankenkasse angegliedert und hält alle notwendigen Formulare für Sie bereit.

**Stellen Sie den Antrag rechtzeitig – sobald Sie Unterstützungsbedarf absehen können.**

## Wie prüft die Pflegekasse meine Pflegebedürftigkeit?

Die Pflegekasse prüft Ihre Pflegebedürftigkeit nicht selbst: Sie gibt den Auftrag weiter an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder an unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter. Von diesen erhalten Sie einen Vorschlag für einen Begutachtungstermin.

Die Begutachtung findet bei Ihnen zu Hause oder in der Einrichtung statt, in der Sie sich gerade befinden, zum Beispiel in Ihrem Krankenhaus. Die Gutachterin oder der Gutachter informiert sich bei diesem Besuch umfassend über Ihre Pflegesituation durch

- ➔ ein Gespräch mit Ihnen und mit Ihren Pflegepersonen,
- ➔ eine körperliche Begutachtung und
- ➔ die Auswertung Ihrer Dokumente, zum Beispiel Ihres Medikationsplans und Ihres Pflagestagebuchs.

Anhand der Informationen über Ihre Pflegesituation stellt die Gutachterin oder der Gutachter dann fest, wie selbstständig Sie Tätigkeiten in sechs verschiedenen Lebensbereichen ausführen können, und erstellt ein Gutachten für Ihre Pflegekasse.

Zusätzlich spricht die Gutachterin oder der Gutachter eine Empfehlung zur Prävention, zur Rehabilitation und zu Hilfs- und Pflegehilfsmitteln aus. Mit Ihrer Einwilligung leitet die Pflegekasse diese Empfehlung direkt an die zuständige Rehabilitationsstelle weiter. Die Weiterleitung gilt dann bereits als Ihr Antrag auf eine Reha-Maßnahme.

### **Wer ist Pflegeperson?**

**Eine Pflegeperson pflegt Sie in Ihrer häuslichen Umgebung ehrenamtlich und nicht erwerbsmäßig (§ 19 SGB XI). Das heißt, Ihre Pflegeperson erhält als Vergütung für die Pfllegetätigkeit maximal Ihr Pflegegeld.**

**Ihre Pflegeperson kann jedoch selbst Leistungen von der Pflegeversicherung, weitere Sozialversicherungsleistungen und steuerrechtliche Vergünstigungen erhalten.**

**Pflegepersonen sind meist Familienangehörige (Ehepartner, Kinder) oder Verwandte, also pflegende Angehörige. Aber auch Nachbarn, Freunde und Bekannte können zum Beispiel Pflegepersonen sein.**

## Wie mache ich meinen Pflegebedarf deutlich?

**Eine Begutachtung ist ohne Zweifel ungewohnt und aufwühlend. Trotzdem ist es sehr wichtig, nichts zu beschönigen, sondern den tatsächlichen Pflegeaufwand anzugeben.**

**Sprechen Sie unbedingt auch Dinge an, die Ihnen vielleicht zunächst unangenehm sind.**

Sie können und sollten sich bei der Begutachtung zudem Unterstützung dazu holen: Vor allem Ihre Pflegepersonen, Ihre Ehepartnerin oder Ihr Ehepartner, Ihre Lebensgefährtin oder Ihr Lebensgefährte und Ihre Angehörigen können bei vielen Fragen mithelfen.

Halten Sie zusätzlich auswertbare Dokumente bereit: zum Beispiel Krankenhaus-Entlassungsbriefe, Befundberichte, sozialmedizinische Gutachten – und natürlich Ihr Pfllegetagebuch.

## Was steht im Pflegegutachten?

Das Pflegegutachten enthält:

- ✓ Beurteilungen Ihrer Pflegebedürftigkeit und Ihres Bedarfs an allgemeiner Betreuung
- ✓ Empfehlungen über die Art Ihrer Pflege
- ✓ Hinweise zu benötigten Heil- und Hilfsmitteln sowie technischen Hilfen
- ✓ Vorschläge zur Rehabilitation und zur Gesundheitsförderung
- ✓ **Optional:** Empfehlungen zu präventiven Maßnahmen
- ✓ Vorschläge zur Verbesserung Ihres Wohnumfeldes
- ✓ Prognosen über die weitere Entwicklung Ihrer Pflegebedürftigkeit
- ✓ Aussagen über eine eventuelle Wiederholung der Begutachtung
- ✓ **Bei Pflege zu Hause:** Aussagen über Ihre Pflegesituation

## Wann erfahre ich meinen Pflegegrad?

Die Pflegekasse entscheidet nach der Begutachtung über Ihren Pflegegrad. Diese Entscheidung schickt sie Ihnen mit dem Pflegebescheid zu. Die Pflegekasse muss Ihnen die Entscheidung über Ihre Pflegebedürftigkeit jedoch spätestens 25 Arbeitstage, das heißt etwa fünf Wochen, nach Eingang Ihres Antrags schriftlich mitteilen.

Unter bestimmten Umständen gelten sogar noch kürzere Fristen. Hierzu zählen Fälle, in denen die Beurteilung besonders dringlich ist – zum Beispiel, wenn Ihre Angehörigen bereits einen Antrag auf Pflegezeit gestellt haben, oder bei direktem Übergang vom Krankenhaus in die Pflegebedürftigkeit. Auch bei Palliativversorgung gelten kürzere Fristen. Weisen Sie bei der Begutachtung daher unbedingt auf diesen besonderen Umstand hin.

Hält die Pflegekasse die Fristen nicht ein, dann muss sie Ihnen für jede angefangene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro zahlen. Diese Regelung gilt aber nicht, wenn die Pflegekasse die Verspätung nicht zu vertreten hat oder wenn Sie sich in stationärer Pflege befinden und bereits einen Pflegegrad haben.

## **Ich bin mit dem Bescheid nicht einverstanden. Was nun?**

Wenn Sie mit der Entscheidung der Pflegekasse nicht einverstanden sind, dann sollten Sie einen Antrag auf Einsicht in das Pflegegutachten stellen. Sie können so die gewerteten Punkte im Gutachten mit Ihren eigenen Angaben und Notizen im Pfl egetagebuch vergleichen. Zusätzlich können Sie Ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte bitten, Ihre Pflegebedürftigkeit noch einmal einzuschätzen.

**Gegen den Bescheid der Pflegekasse können Sie innerhalb eines Monats nach Erhalt Widerspruch einlegen. Die Frist von einem Monat müssen Sie dringend einhalten. Sie sollten Ihren Widerspruch zu Beweis Zwecken zudem als Einschreiben mit Rückschein an die Pflegekasse senden.**

## Wo erhalte ich Rat und Hilfe?

Als Verbandsmitglied erhalten Sie bei Ihrer SoVD-Beratungsstelle fachkundige Beratung und Begleitung rund um die Beantragung von Pflegeleistungen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Ihrer Beratungsstelle unterstützen Sie dabei, Ihre Ansprüche gegenüber der Pflegekasse durchzusetzen.

Grundsätzlich haben Sie auch ein Anrecht auf eine umfassende Beratung durch die Pflegekasse. Von dieser erhalten Sie beispielsweise

- ➔ eine Übersicht über die Leistungen und die Kosten der verschiedenen Pflegeeinrichtungen in Ihrer Umgebung,
- ➔ Hinweise zu den Beratungsangeboten der Pflegestützpunkte und
- ➔ Aufklärung über Ihre weiteren Rechte.

Innerhalb von zwei Wochen nach erstmaliger Antragstellung muss die Pflegekasse Ihnen dazu einen persönlichen Beratungstermin anbieten – oder sie muss Ihnen einen kostenlosen Beratungsgutschein für eine andere Informationsstelle zukommen lassen. Der Beratungstermin kann auf Wunsch auch bei Ihnen zu Hause stattfinden.

Alle Menschen, die Pflegeleistungen erhalten, haben zudem gegenüber ihrer Pflegekasse Anspruch auf eine umfassende und individuelle Beratung und auf Hilfestellungen durch eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater.

## Was machen die Pflegestützpunkte?

Im Pflegestützpunkt in Ihrer Nähe erhalten Sie alle wichtigen Informationen und Formulare sowie konkrete Hilfestellungen für sich oder für Ihre pflegebedürftigen Angehörigen. Dort arbeiten Beraterinnen und Berater der Pflegekassen.

Ihre Pflegekasse nennt Ihnen telefonisch gern Ihren nächstgelegenen Pflegestützpunkt. Sie oder Ihre Angehörigen können auch online nachsehen, zum Beispiel in der Pflegestützpunkt-Datenbank der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege:

**[bdb.zqp.de](http://bdb.zqp.de)**



## **Die Leistungen der Pflegekasse**

**Je nach Ihrem Pflegegrad und Ihrer Pflegesituation können Sie unterschiedliche Leistungen von der Pflegekasse erhalten. Einige dieser Leistungen lassen sich miteinander kombinieren. Besprechen Sie Ihre individuellen Fragen hierzu gern mit uns in Ihrer SoVD-Beratungsstelle.**

## Pflegegeld

**Wenn Sie häuslich gepflegt werden und Ihre Pflege selbst organisieren möchten, erhalten Sie dafür Pflegegeld von der Pflegekasse.**

Sie können das Pflegegeld anteilig mit → Pflegesachleistungen kombinieren.

<b>Pflegebedürftigkeit</b>	<b>Leistungen pro Monat</b>
<b>Pflegegrad 2</b>	<b>316 Euro</b>
<b>Pflegegrad 3</b>	<b>545 Euro</b>
<b>Pflegegrad 4</b>	<b>728 Euro</b>
<b>Pflegegrad 5</b>	<b>901 Euro</b>

## Pflegesachleistungen

**Übernimmt ein ambulanter Pflegedienst Ihre Pflege und Betreuung, so erhalten Sie dafür Pflegesachleistungen.**

Der Pflegedienst rechnet die Leistungen direkt mit Ihrer Pflegekasse ab. Sie können die Pflegesachleistungen dabei anteilig mit dem → Pflegegeld kombinieren. Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 1 können auch ihren → Entlastungsbetrag für Pflegesachleistungen einsetzen.

Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Monat
<b>Pflegegrad 2</b>	<b>689 Euro</b>
<b>Pflegegrad 3</b>	<b>1.298 Euro</b>
<b>Pflegegrad 4</b>	<b>1.612 Euro</b>
<b>Pflegegrad 5</b>	<b>1.995 Euro</b>

## Tages- und Nachtpflege

**Tages- und Nachtpflege ist eine Leistung für die teilstationäre, das heißt für die zeitweise stationäre Pflege: Sie können die Leistung in Anspruch nehmen, wenn Sie sich regulär nicht in stationärer Pflege befinden.**

Die Tages- und Nachtpflege kann Ihre → Pflegesachleistungen und Ihr → Pflegegeld ergänzen. Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 1 können auch ihren → Entlastungsbetrag für die Tages- und Nachtpflege einsetzen.

Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Monat
Pflegegrad 2	689 Euro
Pflegegrad 3	1.298 Euro
Pflegegrad 4	1.612 Euro
Pflegegrad 5	1.995 Euro

## Verhinderungspflege

**Mit der Verhinderungspflege können Sie eine vorübergehende Ersatzpflege finanzieren, meist durch einen ambulanten Pflegedienst. Diese Leistung ist für Zeiten gedacht, in denen Ihre Pflegeperson infolge von Urlaub oder Krankheit an der Pflege gehindert ist.**

Wenn Sie die Leistungen der → Kurzzeitpflege nicht ausgeschöpft haben, können Sie auch diese für die Verhinderungspflege einsetzen. Sie können dazu bis zu 50 Prozent Ihres Betrags für die Kurzzeitpflege verwenden. Auf diese Weise können Sie den Betrag für Ihre Verhinderungspflege auf bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöhen.

Pflegen nahe Angehörige Sie, während Ihre reguläre Pflegeperson verhindert ist, so beschränkt sich der Betrag auf das 1,5-fache des → Pflegegeldes in Ihrem Pflegegrad.

Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Kalenderjahr
<b>Pflegegrad 2–5</b>	<b>1.612 Euro</b> für die Kosten einer Ersatzpflege über bis zu 6 Wochen

## Kurzzeitpflege

**Ist Ihre häusliche Pflege durch eine Krisensituation zeitweise nicht oder, etwa nach einer Krankenhausbehandlung, noch nicht sichergestellt, so haben Sie Anspruch auf vorübergehende Pflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung.**

Wenn Sie die Leistungen der → Verhinderungspflege nicht ausgeschöpft haben, können Sie auch diese für die Kurzzeitpflege einsetzen. Auf diese Weise können Sie den Betrag für Ihre Kurzzeitpflege auf bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr erhöhen.

Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 1 können auch ihren → Entlastungsbetrag für die Kurzzeitpflege einsetzen.

Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Kalenderjahr
<b>Pflegegrad 2–5</b>	<b>1.612 Euro</b> für die Kosten einer Ersatzpflege über bis zu 8 Wochen

---

## Wohngruppenzuschlag

Wenn Sie Ihre Pflege mit weiteren pflegebedürftigen Menschen gemeinsam in einer ambulant betreuten Wohngruppe organisieren, haben Sie unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag.

Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1–5	214 Euro

## Anschubfinanzierung

zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

Wenn Sie mit weiteren pflegebedürftigen Menschen eine neue ambulant betreute Wohngruppe gründen wollen, können Sie einen einmaligen Förderbetrag als Anschubfinanzierung erhalten. Wohnen Sie mit mehreren Anspruchsberechtigten zusammen, so steigt der Förderbetrag.

Pflegebedürftigkeit	Einmaliger Förderbetrag	
Pflegegrad 1–5	pro Person	2.500 Euro
	ab 4 Personen	10.000 Euro

## Entlastungsbetrag

**Unabhängig von Ihrem Pflegegrad und der Art Ihrer Pflegeleistungen können Sie bei häuslicher Pflege einen zweckgebundenen Zuschlag erhalten. Der Betrag soll Ihre Angehörigen und Pflegepersonen entlasten und Ihre Selbstständigkeit stärken.**

Legen Sie Ihre Belege Ihrer Pflegekasse zur Erstattung vor. Sie können den Betrag für die → Kurzzeitpflege, für die → Tages- und Nachtpflege oder zugelassene Pflegedienste und für → Angebote zur Unterstützung im Alltag einsetzen.

Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1–5	125 Euro

## Angebote zur Unterstützung im Alltag

Sie können Ihren → Entlastungsbetrag zum Beispiel einsetzen für:

- Helferinnen- und Helferkreise, die pflegende Angehörige stundenweise entlasten
- Agenturen, die Betreuungsleistungen vermitteln
- Tagesbetreuung in Kleingruppen
- Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen und Helfer
- Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 oder höher, die ihren Betrag für → Pflegesachleistungen nicht voll ausschöpfen, können bis zu 40 Prozent des Betrags für Angebote zur Unterstützung im Alltag einsetzen.

## Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Die Pflegekasse gewährt Ihnen einen Zuschuss für Maßnahmen in Ihrem Wohnumfeld, die Ihre häusliche Pflege ermöglichen oder erheblich erleichtern. Solche Maßnahmen sind zum Beispiel ein barrierefreier Umbau Ihres Bades, der Einbau eines Treppenliftes oder auch der Umzug in eine barrierefreie Parterrewohnung.

Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Maßnahme
Pflegegrad 1–5	<b>bis zu 4.000 Euro</b> ..... <b>bis zu 16.000 Euro,</b> wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen

## Pflegehilfsmittel

**Sie haben Anspruch auf eine Versorgung mit Pflegehilfsmitteln. Das sind technische Geräte und zum Verbrauch bestimmte Sachmittel, die Ihre häusliche Pflege ermöglichen oder erleichtern.**

Die Pflegekasse stellt → technische Pflegehilfsmittel, wie ein Pflegebett, meist leihweise zur Verfügung. Kosten für zum Verbrauch bestimmte Sachmittel, wie Einmalhandschuhe, übernimmt sie bis zu einer bestimmten Höhe.

Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1–5	40 Euro

## Technische Pflegehilfsmittel

Dies sind zum Beispiel:

- Pflegebetten
- Pflegebett-Tische
- Pflegeliegestühle
- Waschsysteme
- Duschwagen
- Hausnotrufsysteme
- Lagerungsrollen

## Vollstationäre Pflege

Leben Sie in einer vollstationären Einrichtung, so übernimmt die Pflegekasse pauschal einen Teil der Kosten für Ihre Pflege, Betreuung und Behandlung.

Pflegebedürftigkeit	Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1	125 Euro
Pflegegrad 2	770 Euro
Pflegegrad 3	1.262 Euro
Pflegegrad 4	1.775 Euro
Pflegegrad 5	2.005 Euro

## Vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe

**Leben Sie in einer Einrichtung der Behindertenhilfe nach dem SGB XII, so übernimmt die Pflegekasse pauschal einen Teil der Kosten für Ihre Pflege, Betreuung und Behandlung.**

<b>Pflegebedürftigkeit</b>	<b>Leistungen pro Monat</b>
<b>Pflegegrad 2–5</b>	<b>bis zu 266 Euro</b>

---



## Antworten rund um die Beurteilung

Die Pflegekasse beurteilt Ihre Pflegebedürftigkeit nach dem Grad Ihrer Selbstständigkeit. Dabei macht es keinen Unterschied, ob Ihre Beeinträchtigungen vor allem im körperlichen, im geistigen oder im psychischen Bereich liegen. Bei der Beurteilung geht es allein darum, wie selbstständig Sie Ihren Alltag bewältigen, was Sie ohne größere Schwierigkeiten können und wobei Sie wie häufig Unterstützung benötigen.

**i** Dieses Verständnis von Pflegebedürftigkeit gilt erst seit Anfang 2017. Die Sozial-Info „Von der Pflegestufe zum Pflegegrad“ erklärt Ihnen die gesetzlichen Änderungen und informiert Sie über die Übergangsregelungen.

[sovd.de/sovd-pflegestufe-pflegegrad](https://sovd.de/sovd-pflegestufe-pflegegrad)

## Wie ermittelt die Pflegekasse den Grad meiner Selbstständigkeit?

Die Pflegekasse fragt, wie Sie mit verschiedenen Tätigkeiten des Alltags zurechtkommen. Ihre Gutachterin oder Ihr Gutachter beurteilt dazu Ihre Ausführung der Tätigkeiten als „selbstständig“, „überwiegend selbstständig“, „überwiegend unselbstständig“ oder „unselbstständig“. Diese Kategorien haben folgende Bedeutungen:

► **Selbstständig** – Sie können die Tätigkeit in der Regel ohne eine Pflegeperson ausführen. Sie gelten also auch dann als selbstständig, wenn Sie die Tätigkeit erschwert, verlangsamt oder nur mit (Pflege-)Hilfsmitteln, aber ohne Unterstützung ausführen. Vorübergehende oder vereinzelt auftretende Beeinträchtigungen werden nicht berücksichtigt.

► **Überwiegend selbstständig** – Sie können die Tätigkeit größtenteils selbstständig ausführen. Ihre Pflegeperson unterstützt Sie mit geringem Aufwand. Sie benötigen zum Beispiel nur folgende Hilfestellungen:

- ➔ Zurechtleger und Richten von Gegenständen (Vorbereitung der Tätigkeit)
- ➔ Aufforderung zur Tätigkeit, auch mehrfach
- ➔ Unterstützung bei der Entscheidungsfindung
- ➔ Teilweise Beaufsichtigung und Überprüfung der richtigen Abfolge von Handlungen
- ➔ Vereinzelt Übernahm von Teilhandlungen
- ➔ Anwesenheit aus Sicherheitsgründen, zum Beispiel bei Sturzgefahr

► **Überwiegend unselbstständig** – Sie können die Tätigkeit nur in geringen Teilen selbstständig ausführen und benötigen weiter gehende Unterstützung. Die unter „überwiegend selbstständig“ genannten Hilfestellungen, etwa Zurechtlegen und Richten von Gegenständen oder Aufforderung zur Tätigkeit, reichen allein nicht aus. Sie benötigen darüber hinaus zum Beispiel:

- ➔ Ständige Motivation in Begleitung der Tätigkeit
- ➔ Ständige Anleitung: Ihre Pflegeperson stößt Handlungen nicht nur an, sondern führt sie auch vor oder begleitet sie lenkend.
- ➔ Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle: Ihre Pflegeperson muss ständig bereit sein, in die Handlung einzugreifen.
- ➔ Übernahme von Teilhandlungen: Ihre Pflegeperson übernimmt einen erheblichen Teil der Handlungsschritte

► **Unselbstständig** – Sie können die Tätigkeit in der Regel nicht selbstständig ausführen oder lenken, auch nicht in Teilen. Ihre Pflegeperson muss (nahezu) alle Teilhandlungen für Sie durchführen. Ständige Motivation, Anleitung und Beaufsichtigung reichen nicht aus.

## Welche Arten von Tätigkeiten betrachtet die Pflegekasse?

Die Tätigkeiten, nach denen die Pflegekasse fragt, sind typische Alltagshandlungen aus sechs verschiedenen Lebensbereichen. Das Gutachten nennt die Lebensbereiche Module:

- ▶ **Modul 1** – Mobilität
- ▶ **Modul 2** – Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- ▶ **Modul 3** – Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- ▶ **Modul 4** – Selbstversorgung
- ▶ **Modul 5** – Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- ▶ **Modul 6** – Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

## Welche Pflegegrade gibt es?

Die Pflegekasse unterscheidet fünf Pflegegrade:

- ▶ **Pflegegrad 1** – Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- ▶ **Pflegegrad 2** – Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- ▶ **Pflegegrad 3** – Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- ▶ **Pflegegrad 4** – Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
- ▶ **Pflegegrad 5** – Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

## Werden besondere Bedarfskonstellationen anerkannt?

Pflegebedürftige, die außergewöhnlich viel Unterstützung benötigen und deren pflegerische Versorgung besondere Anforderungen stellt, erhalten den Pflegegrad 5 – unabhängig von ihrer Gesamtbewertung. Die sogenannte besondere Bedarfskonstellation besteht jedoch nur bei vollständigem Verlust der Greif-, Steh- und Gehfunktionen.

## **Was gilt für Kinder und Jugendliche?**

### **→ Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre**

**Die Pflegekasse beurteilt die Pflegebedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen grundsätzlich wie die von Erwachsenen. Sie vergleicht die Selbstständigkeit von körperlich oder geistig behinderten Minderjährigen aber zusätzlich mit der Selbstständigkeit von altersentsprechend entwickelten Kindern. Denn bis zu einem gewissen Alter benötigen alle Kinder Unterstützung im Alltag, zum Beispiel bei der Mobilität, bei der Orientierung, beim Erkennen von Gefahren und bei der Körperhygiene.**

### **→ Kinder bis 18 Monate**

**In diesem Alter sind alle Kinder sehr unselbstständig. Deshalb berücksichtigt ihre Beurteilung nur die altersunabhängigen Lebensbereiche (Module 3 und 5) und besonders pflegeintensive Umstände.**

**Die Pflegekasse fragt bei Kindern bis 18 Monate nach folgenden Lebensbereichen:**

▶ **Modul 1: Mobilität**

Die Begutachtung erfasst nur, ob beide Arme und Beine gebrauchsunfähig sind. Alle übrigen Tätigkeiten aus diesem Lebensbereich bleiben unbeachtet.

▶ **Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**

▶ **Modul 4: Selbstversorgung**

Die körperbezogenen Tätigkeiten aus diesem Lebensbereich bleiben unbeachtet. Die Begutachtung erfasst aber schwerwiegende Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die einen außergewöhnlich intensiven Pflegebedarf mit sich bringen.

▶ **Modul 5: Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**

**Kinder im Alter von bis zu 18 Monaten werden außerdem pauschal einen Pflegegrad höher eingestuft als ältere Kinder oder Erwachsene mit der gleichen Gesamtbewertung. Ihr Kind behält diesen Pflegegrad bis zu seinem 18. Lebensmonat, wenn Sie in der Zwischenzeit keinen Antrag auf Höherstufung stellen und der Pflegekasse eine wiederholte Begutachtung nicht notwendig erscheint. Danach erfolgt die reguläre Einstufung ohne erneute Begutachtung – nun einen Pflegegrad niedriger.**

## Wie errechnet sich mein Pflegegrad?

Die Berechnung Ihres Pflegegrads stützt sich auf Ihr Pflegegutachten und ein vorgegebenes Punktesystem:

**Schritt 1** Ihre Gutachterin oder Ihr Gutachter notiert sich in Punkten, wie selbstständig Sie die Tätigkeiten aus den sechs Lebensbereichen oder Modulen ausführen. Grundsätzlich gilt: Je höher Ihre Punktzahl, desto mehr Unterstützung benötigen Sie. Die Punkte werden zunächst pro Modul zusammengezählt.

► Das Ergebnis ist die **Summe der Einzelpunkte**.

	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig	Einzelpunkte
Positionswechsel im Bett	0	1 <b>X</b>	2	3	1
Halten einer stabilen Sitzposition	0	1 <b>X</b>	2	3	1
Umsetzen	0	1	2 <b>X</b>	3	2
Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2 <b>X</b>	3	2
Treppensteigen	0	1	2	3 <b>X</b>	3
<b>Summe der Einzelpunkte</b>					<b>9</b>

Beispiel – Summe der Einzelpunkte (Modul 1: Mobilität)

Anschließend werden die zusammengezählten Einzelpunkte nach einer festen Berechnungsregel gewichtet.

## Schritt 2

Erst die Umrechnung der Einzelpunkte in gewichtete Punkte ermöglicht, dass die Module zu unterschiedlichen, gesetzlich vorgegebenen Teilen in die Gesamtbewertung einfließen. So stellt der Gesetzgeber sicher, dass die Gesamtbewertung die Selbstständigkeit von Menschen mit körperlichen und von Menschen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen angemessen berücksichtigt.

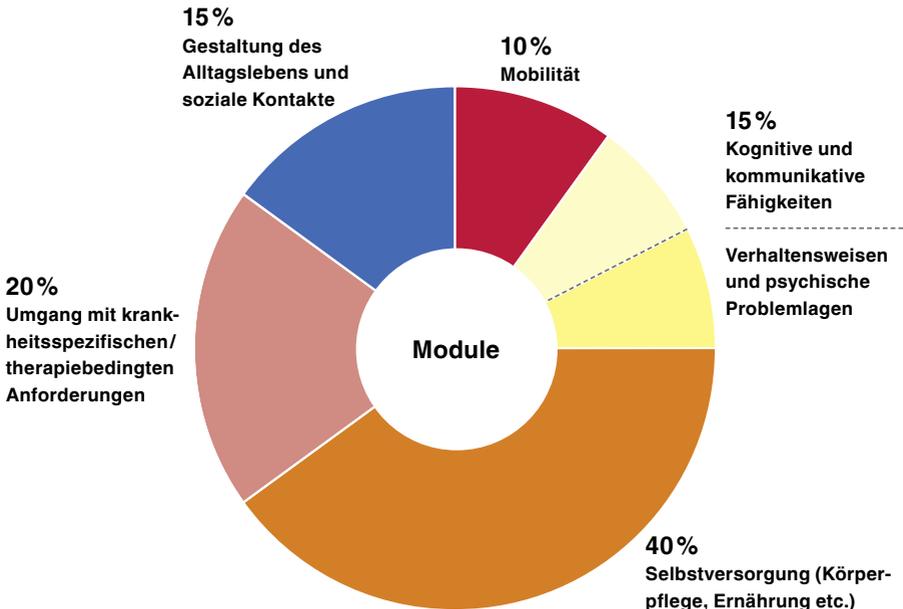
► Das Ergebnis ist die **Modulwertung**.

Punkt- wert		Beeinträchtigung der Selbstständigkeit				
		keine	geringe	erhebliche	schwere	vollständige
		0	1	2	3	4
	<b>Einzelpunkte im Modul</b>	0–1	2–3	4–5	6–9 <b>X</b>	10–15
<b>7,5</b>	<b>Gewichtete Punkte</b>	0	2,5	5	7,5 <b>X</b>	10

Beispiel – Modulwertung (Modul 1: Mobilität)

Die Module 2 und 3 werden außerdem zusammen betrachtet: Für die Gesamtbewertung zählt von den beiden gewichteten Punktwerten ausschließlich der höhere, nach dem Prinzip Entweder-oder.

**Beispiel – Frau Müller erhält in Modul 2 (Kognitive und kommunikative Fähigkeiten) 11 gewichtete Punkte. In Modul 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) erhält sie nur 3 gewichtete Punkte. In ihre Gesamtbewertung gehen allein die 11 gewichteten Punkte aus Modul 2 ein. Die Punkte aus Modul 3 werden nicht berücksichtigt.**



- Die Summe der Modulwerte ergibt den **Gesamtpunktwert**.

### Schritt 3

Ihr Gesamtpunktwert bestimmt das Ausmaß Ihrer Pflegebedürftigkeit und damit Ihren Pflegegrad.

**i** Die Berechnung ist aufgrund der gesetzlichen Vorgaben sehr kompliziert. Besonders die Gewichtung birgt einige Tücken. Wir empfehlen Ihnen daher, Fragen zur Berechnung Ihres Pflegegrades individuell mit unseren SoVD-Beraterinnen und -Beratern zu besprechen.

Modulwertungen		Gewichtete Punkte
1	Mobilität	7,5
2	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	11,25
3	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	
4	Selbstversorgung	20
5	Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen	10
6	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	7,5
Summe der gewichteten Punkte		56,25

### Beispiel – Gesamtwertung

## Wann liegt bei mir Pflegebedürftigkeit vor?

Pflegebedürftigkeit liegt bei Ihnen vor, wenn Ihr Gesamtpunktwert mindestens 12,5 Punkte beträgt. Ihr genauer Pflegegrad bestimmt sich folgendermaßen:

- ▶ **Pflegegrad 1:** 12,5 bis unter 27 Punkte
- ▶ **Pflegegrad 2:** 27 bis unter 47,5 Punkte
- ▶ **Pflegegrad 3:** 47,5 bis unter 70 Punkte
- ▶ **Pflegegrad 4:** 70 bis unter 90 Punkte
- ▶ **Pflegegrad 5:** 90 bis 100 Punkte

Summe der gewichteten Punkte	56,25
Besondere Bedarfskonstellation	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein

PFLEGEGRAD					
<12,5 Punkte	12,5–<27 Punkte	27–<47,5 Punkte	47,5–<70 Punkte	70–<90 Punkte	90–100 Punkte*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kein Pflegegrad	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5

\* ohne besondere Bedarfskonstellation

## Beispiel – Zuordnung zu einem Pflegegrad



**Mein Pflegebedarf**

## Tipps für Ihre Selbsteinschätzung

### **Nehmen Sie sich Zeit.**

- ➔ Beobachten Sie Ihre Pflegesituation im Vorfeld.
- ➔ Gehen Sie die Kriterien einzeln durch und kreuzen Sie je das Zutreffende an oder tragen Sie die entsprechende Häufigkeit ein.
- ➔ Notieren Sie unter „Notizen“ für die Gutachterin oder den Gutachter ergänzende Beschreibungen zu den Kriterien.
- ➔ Jeder Punkt zählt bei der Gesamtberechnung. Vernachlässigen Sie daher kein Modul, auch nicht eines mit geringer Gewichtung.

### **Führen Sie das Pfl egetagebuch über einen längeren Zeitraum.**

- ➔ Wir empfehlen Ihnen mindestens zwei Wochen. Wiederholen Sie Ihre Selbsteinschätzung in dieser Zeit ein paarmal.
- ➔ Überprüfen Sie dabei Ihre Angaben und korrigieren oder ergänzen Sie bei Bedarf.
- ➔ Einige Tätigkeiten können Ihnen am Abend schwerer fallen als noch am Vormittag. Notieren Sie solche Besonderheiten.
- ➔ Notieren Sie möglichst auch die ungefähre Dauer Ihrer Unterstützung in Minuten pro Tag. Zeitangaben sind nicht zwingend nötig, lassen aber besonders genau auf den Umfang Ihres Unterstützungsbedarfs schließen.

**Seien Sie ehrlich und beschönigen Sie nichts.**

- ➔ Bedenken Sie: Nicht große Selbstständigkeit, sondern ein großer Unterstützungsbedarf führt zu einem höheren Pflegegrad. Sonst erhalten Sie womöglich nicht den Pflegegrad, der Ihrem Bedarf entspricht, sondern einen niedrigeren.
- ➔ Bitten Sie Familienangehörige, Freunde und Pflegekräfte um eine Einschätzung. Es kann schwer fallen, die eigene Selbstständigkeit und die Häufigkeit der Unterstützung richtig einzuschätzen.

**Scheuen Sie sich nicht, Fragen zu stellen – zum Beispiel in Ihrer SoVD-Beratungsstelle.**

## Modul 1: Mobilität

---

10 Prozent  
der Gesamtbewertung

**Das Modul behandelt Ihre Beweglichkeit. Sie geben darin an, inwieweit Sie in der Lage sind, ohne Unterstützung selbstständig eine Körperhaltung einzunehmen, diese zu wechseln und sich fortzubewegen.**

**Dabei geht es um Ihre motorischen Fähigkeiten – Körperkraft, Balance, Koordination –, nicht um die zielgerichtete Fortbewegung. Auch Bewegungseinschränkungen durch geistige Beeinträchtigungen werden erst in späteren Modulen behandelt: Wenn Sie eine Bewegung grundsätzlich ausführen können, dies aber beispielsweise wegen einer Demenz nicht tun, dann gilt Ihre motorische Fähigkeit trotzdem als selbstständig.**



selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauer der Unterstützung insgesamt:			_____ Minuten pro Tag

## 1.1 Positionswechsel im Bett

**Können Sie verschiedene Positionen im Bett einnehmen, sich im Liegen auf die andere Seite drehen und sich aus dem Liegen aufrichten?**

**Selbstständig** – Sie können Ihre Position im Bett ohne Unterstützung wechseln. Möglicherweise benutzen Sie dabei Hilfsmittel wie eine Aufrichthilfe, das Bettseitenteil, eine Strickleiter oder ein elektrisch verstellbares Bett.

**Überwiegend selbstständig** – Sie können Ihre Position im Bett wechseln, wenn jemand Ihnen ein Hilfsmittel oder auch die Hand reicht.

**Überwiegend unselbstständig** – Sie können beim Positionswechsel nur geringfügig mithelfen, zum Beispiel indem Sie sich auf den Rücken rollen, sich am Bettgestell festhalten oder Aufforderungen folgen wie: „Bitte die Arme vor der Brust verschränken und den Kopf auf die Brust legen.“

**Unselbstständig** – Sie können sich am Positionswechsel nicht oder nur sehr geringfügig beteiligen.

**Notizen:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ich benutze Hilfsmittel, und zwar: \_\_\_\_\_



selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauer der Unterstützung insgesamt:			_____ Minuten pro Tag

## 1.2 Halten einer stabilen Sitzposition

**Können Sie aufrecht auf einem Bett, einem (Roll-)Stuhl oder einem Sessel sitzen?**

**Selbstständig** – Sie können ohne Unterstützung eine stabile Sitzposition halten. Möglicherweise müssen Sie dabei von Zeit zu Zeit Ihre Position korrigieren.

**Überwiegend selbstständig** – Sie können sich selbstständig nur kurz in einer Sitzposition halten, zum Beispiel während einer Mahlzeit oder während des Waschens. Darüber hinaus benötigen Sie Unterstützung zur Korrektur Ihrer Position.

**Überwiegend unselbstständig** – Ihre Rumpfkontrolle ist eingeschränkt. Sie können sich auch mit einer Rücken- und Seitenstütze nicht aufrecht halten. Während einer Mahlzeit oder während des Waschens benötigen Sie Unterstützung zur Korrektur Ihrer Position.

**Unselbstständig** – Sie können sich nicht in einer Sitzposition halten. Möglicherweise fehlt Ihnen die Rumpf- und Kopfkontrolle völlig, sodass Sie nur im Bett oder im Lagerungsstuhl liegen können.

**Notizen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dauer der Unterstützung insgesamt:</b>			<b>_____ Minuten pro Tag</b>

### 1.3 Umsetzen

**Können Sie von einer erhöhten Sitzfläche, wie der Bettkante, einem Stuhl oder der Toilette, aufstehen und sich auf einen Rollstuhl, Toilettenstuhl oder Sessel umsetzen?**

**Selbstständig** – Sie können sich ohne Unterstützung umsetzen. Möglicherweise benutzen Sie zum Festhalten oder Hochziehen ein Hilfsmittel, wie Griffstangen. Sie gelten auch als selbstständig, wenn Sie zwar nicht stehen, sich aber kraft Ihrer Arme allein umsetzen können.

**Überwiegend selbstständig** – Sie können aus eigener Kraft aufstehen und sich umsetzen, wenn jemand Ihnen den Arm reicht.

**Überwiegend unselbstständig** – Sie müssen einen erheblichen Kraftaufwand fürs Hochziehen, Halten, Stützen und Heben aufbringen und benötigen beim Aufstehen und Umsetzen Unterstützung. Sie helfen jedoch in geringem Maße mit. Zum Beispiel können Sie kurzzeitig stehen.

**Unselbstständig** – Sie müssen gehoben oder getragen werden und können nicht mithelfen.

**Notizen:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauer der Unterstützung insgesamt:			_____ Minuten pro Tag

## 1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches

**Können Sie sich sicher zwischen den Zimmern Ihres Wohnbereichs bewegen?**

→ Eine übliche Gehstrecke beträgt mindestens 8 Meter. Dabei geht es nicht um Ihre räumliche Orientierung oder das Treppensteigen.

**Selbstständig** – Sie können sich ohne Unterstützung fortbewegen. Möglicherweise benutzen Sie dabei Hilfsmittel, wie einen Rollator, einen Rollstuhl, einen Stock oder ein Möbelstück.

**Überwiegend selbstständig** – Sie können sich überwiegend selbstständig fortbewegen. Jemand muss Ihnen möglicherweise Hilfsmittel bereitstellen, Sie sicherheitshalber beobachten oder ab und an stützen.

**Überwiegend unselbstständig** – Sie können sich allein nur wenige Schritte oder mit dem Rollstuhl nur wenige Meter fortbewegen. Möglicherweise muss jemand Sie stützen oder festhalten oder Sie können sich krabbelnd oder robbend fortbewegen.

**Unselbstständig** – Sie müssen getragen oder im Rollstuhl geschoben werden.

Notizen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dauer der Unterstützung insgesamt:</b>			_____ <b>Minuten pro Tag</b>

## 1.5 Treppensteigen

### Können Sie Treppen zwischen zwei Etagen bewältigen?

**Selbstständig** – Sie können ohne Unterstützung durch andere Personen aufrecht Treppen steigen.

**Überwiegend selbstständig** – Sie können Treppen allein steigen. Weil Sie aber stürzen könnten, benötigen Sie Begleitung.

**Überwiegend unselbstständig** – Das Treppensteigen ist Ihnen nur möglich, wenn jemand Sie dabei stützt oder festhält.

**Unselbstständig** – Sie müssen getragen oder mit Hilfsmitteln transportiert werden und können sich nicht beteiligen.

**Notizen:** \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Besondere Bedarfskonstellation****Gebrauchsunfähigkeit  
beider Arme und beider Beine****1.6 Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine****Können Sie weder greifen noch stehen oder gehen, weil Ihre Arme und Beine gebrauchsunfähig sind?**

- ➔ Bei einer Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine mit vollständigem Verlust der Greif-, Steh- und Gehfunktion haben Sie eine besondere Bedarfskonstellation: Sie erhalten direkt den Pflegegrad 5.
- ➔ Ihre Arme und Beine müssen dabei nicht bewegungsunfähig sein, wie bei einer Lähmung. Sie können auch hochgradige Kontrakturen, Versteifungen, Tremor und Rigor oder Athetose haben oder im Wachkoma liegen.
- ➔ Eine Gebrauchsunfähigkeit liegt also auch dann vor, wenn Ihre Arme geringfügig beweglich sind und Sie zum Beispiel mit dem Ellenbogen den Joystick eines Rollstuhls bedienen können oder wenn Sie unkontrollierbare Greifreflexe haben.

**Notizen:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---



## Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

---

**15 Prozent  
der Gesamtbewertung**

**(wenn die Modulwertung  
höher ist als im Modul 3)**

**Das Modul behandelt Fähigkeiten wie Erkennen, Entscheiden und Steuern und Ihre Hör-, Sprech- und Sprachfähigkeiten. Sie geben darin an, ob Sie über die notwendigen geistigen und kommunikativen Fähigkeiten verfügen, um Tätigkeiten auszuführen, und nicht, ob Sie die Tätigkeiten motorisch umsetzen können. Unerheblich ist auch, ob Sie Fähigkeiten verloren oder nur teilweise oder auch nie ausgebildet haben.**

**Dieses Modul bemisst den Grad Ihrer Selbstständigkeit daran, ob die jeweilige Fähigkeit bei Ihnen vorhanden, größtenteils vorhanden, in geringem Maße vorhanden oder nicht vorhanden ist.**



Fähigkeit vorhanden	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2.1 Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld

**Erkennen Sie Ihnen vertraute Personen, wie Familienmitglieder, Nachbarn und Pflegepersonen, immer oder zumindest zeitweise wieder?**

**Fähigkeit vorhanden** – Sie erkennen die Personen aus Ihrem näheren Umfeld auf Anhieb.

**Fähigkeit größtenteils vorhanden** – Sie erkennen Ihnen vertraute Personen erst nach längerem Kontakt, zum Beispiel in einem Gespräch. Möglicherweise haben Sie auch regelmäßig, obwohl nicht täglich, Schwierigkeiten, vertraute Personen zu erkennen.

**Fähigkeit in geringem Maße vorhanden** – Sie erkennen nur selten Personen aus Ihrem näheren Umfeld. Ihre Fähigkeit unterliegt möglicherweise auch Schwankungen – je nach Ihrer Tagesform.

**Fähigkeit nicht vorhanden** – Sie erkennen selbst Ihre Familienmitglieder nicht oder nur in Ausnahmen.

**Notizen:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Fähigkeit vorhanden	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2.2 Örtliche Orientierung

**Finden Sie sich in Ihrer Umgebung zurecht und können Sie Orte gezielt ansteuern? Wissen Sie, wo Sie sich befinden? Können Sie inner- und außerhäusliche Umgebung unterscheiden?**

**Fähigkeit vorhanden** – Sie wissen, in welcher Stadt, Etage, Einrichtung Sie sich befinden. Sie kennen sich aus in Räumlichkeiten, die Sie regelmäßig nutzen, und verirren sich nicht. Sie finden sich auch in Ihrer näheren Umgebung zurecht und wissen beispielsweise, wie Sie zu benachbarten Geschäften gelangen.

**Fähigkeit größtenteils vorhanden** – Sie haben Schwierigkeiten, sich außerhalb des Hauses zu orientieren und den Weg zurück zu finden. In Ihrem Wohnbereich finden Sie sich dagegen gut zurecht.

**Fähigkeit in geringem Maße vorhanden** – Sie haben auch in Ihrem Wohnbereich Schwierigkeiten, sich zurechtzufinden. Räumlichkeiten und Wege, die Sie regelmäßig nutzen, erkennen Sie nicht immer.

**Fähigkeit nicht vorhanden** – Selbst in Ihrem Wohnbereich benötigen Sie regelmäßig Unterstützung, um sich zurechtzufinden.

**Notizen:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Fähigkeit vorhanden	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2.3 Zeitliche Orientierung

**Erkennen Sie zeitliche Strukturen, wie die Uhrzeit, den Tagesabschnitt (Vormittag, Mittag, Nachmittag, Abend) und die Jahreszeit?**

**Fähigkeit vorhanden** – Sie können sich ohne große Schwierigkeiten zeitlich orientieren.

**Fähigkeit größtenteils vorhanden** – Sie verfügen meist über zeitliche Orientierung, aber nicht durchgängig. Es fällt Ihnen zum Beispiel schwer, den Tagesabschnitt ohne Orientierungshilfen, wie eine Uhr oder die Dunkelheit, zu bestimmen.

**Fähigkeit in geringem Maße vorhanden** – Ihre zeitliche Orientierung ist meist nur in Ansätzen vorhanden. Sie können Tageszeiten, zu denen regelmäßige Ereignisse wie das Mittagessen stattfinden, in der Regel nicht erkennen, selbst wenn Sie Orientierungshilfen nutzen.

**Fähigkeit nicht vorhanden** – Sie haben kaum oder kein Verständnis für zeitliche Strukturen und Abläufe.

Notizen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Fähigkeit vorhanden	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2.4 Erinnern an wesentliche Ereignisse/Beobachtungen

**Erinnern Sie sich an kurz und länger zurückliegende Ereignisse und Beobachtungen, zum Beispiel was Sie zum Frühstück gegessen haben oder welche wichtigen Ereignisse es in Ihrem Leben gab (Geburtsjahr und -ort, Eheschließung, Berufstätigkeit)?**

**Fähigkeit vorhanden** – Sie können über kurz zurückliegende Ereignisse berichten oder durch Handlungen und Gesten zeigen, dass Sie sich erinnern.

**Fähigkeit größtenteils vorhanden** – Sie haben manchmal Schwierigkeiten, sich an kurz zurückliegende Ereignisse zu erinnern, oder müssen länger nachdenken. An Ereignisse aus Ihrer Lebensgeschichte erinnern Sie sich ohne große Probleme.

**Fähigkeit in geringem Maße vorhanden** – Sie vergessen oft kurz zurückliegende Ereignisse. Wichtige, obwohl nicht alle Ereignisse aus Ihrer Lebensgeschichte sind Ihnen dagegen präsent.

**Fähigkeit nicht vorhanden** – Sie erinnern sich nicht oder nur selten an Ereignisse, Dinge oder Personen aus Ihrer Lebensgeschichte.

**Notizen:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Fähigkeit vorhanden	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2.5 Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen

**Können Sie Alltagshandlungen aus mehreren Teilschritten umsetzen, wie sich vollständig ankleiden, Kaffee kochen oder den Tisch decken?**

**Fähigkeit vorhanden** – Sie können die Teilschritte ohne Unterstützung in der richtigen Reihenfolge ausführen und die Handlung vollenden.

**Fähigkeit größtenteils vorhanden** – Sie verlieren manchmal den Faden und vergessen, welcher Teilschritt als Nächstes folgt. Wenn jemand Sie erinnert, können Sie die Handlung selbstständig fortsetzen.

**Fähigkeit in geringem Maße vorhanden** – Sie vergessen regelmäßig die Reihenfolge oder auch notwendige Teilschritte.

**Fähigkeit nicht vorhanden** – Sie beginnen mehrschrittige Alltagshandlungen erst gar nicht oder geben bereits nach den ersten Versuchen auf.

Notizen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Fähigkeit vorhanden	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2.6 Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben

### Treffen Sie im Alltag folgerichtige, geeignete Entscheidungen?

- Solche Entscheidungen sind zielgerichtet und geben Ihnen Sicherheit oder erfüllen Bedürfnisse, wie die Wahl von Kleidung, die dem Wetter entspricht, oder die Entscheidung, einzukaufen, Freunde anzurufen und einem Hobby nachzugehen.

**Fähigkeit vorhanden** – Sie treffen selbst in unvorhergesehenen Situationen folgerichtige Entscheidungen, zum Beispiel wenn eine unbekannte Person an Ihrer Tür klingelt.

**Fähigkeit größtenteils vorhanden** – Sie treffen in routinierten Situationen folgerichtige Entscheidungen, tun sich damit in unbekanntem Situationen aber schwer.

**Fähigkeit in geringem Maße vorhanden** – Ihre Entscheidungen sind in der Regel nicht zielgerichtet. Möglicherweise brauchen Sie Unterstützung (Anleitung, Aufforderung, Entscheidungsalternativen).

**Fähigkeit nicht vorhanden** – Sie können Entscheidungen selbst mit Unterstützung nicht oder nur selten treffen. Sie zeigen keine deutbare Reaktion, wenn Ihre Pflegeperson Ihnen Optionen zur Wahl stellt.

Notizen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Fähigkeit vorhanden	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2.7 Verstehen von Sachverhalten und Informationen

**Können Sie erkennen, in welcher Alltagssituation Sie sich befinden, zum Beispiel in einer Gemeinschaftsaktivität oder bei der Medikamenteneinnahme mit einer Pflegekraft? Nehmen Sie Informationen auf und verstehen Sie den Inhalt, zum Beispiel aus den Medien oder aus Gesprächen?**

**Fähigkeit vorhanden** – Sie können Sachverhalte und Informationen aus dem Alltagsleben ohne große Probleme verstehen.

**Fähigkeit größtenteils vorhanden** – Sie können einfache Sachverhalte und Informationen verstehen, haben bei komplizierteren aber Schwierigkeiten.

**Fähigkeit in geringem Maße vorhanden** – Sie können auch einfache Informationen oft erst nach wiederholter Erklärung verstehen. Möglicherweise hängt Ihr Verständnis sehr stark von Ihrer Tagesform ab.

**Fähigkeit nicht vorhanden** – Sie geben weder in Worten noch in Mimik und Gesten zu erkennen, dass Sie Situationen und übermittelte Informationen verstehen.

**Notizen:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Fähigkeit vorhanden	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2.8 Erkennen von Risiken und Gefahren

**Erkennen Sie Risiken und Gefahren, wie Strom- und Feuerquellen, Barrieren und Hindernisse, eine problematische Beschaffenheit des Bodens (zum Beispiel Glätte) oder Gefahrenzonen außerhalb Ihres Hauses (zum Beispiel verkehrsreiche Straßen und Baustellen)?**

**Fähigkeit vorhanden** – Sie erkennen alltägliche Risiken und Gefahren ohne Weiteres, auch dann, wenn Sie diesen nicht ausweichen können, zum Beispiel wegen körperlicher Beeinträchtigungen.

**Fähigkeit größtenteils vorhanden** – Sie erkennen meist nur Risiken und Gefahren, die sich auch in Ihrem Wohnbereich finden, und haben Schwierigkeiten, Risiken im Straßenverkehr einzuschätzen oder Gefahren in ungewohnter Umgebung zu erkennen.

**Fähigkeit in geringem Maße vorhanden** – Sie erkennen selbst Risiken und Gefahren, denen Sie in Ihrem Wohnbereich häufig begegnen, oft nicht.

**Fähigkeit nicht vorhanden** – Sie können Risiken und Gefahren so gut wie gar nicht erkennen.

**Notizen:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Fähigkeit vorhanden	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2.9 Mitteilen von elementaren Bedürfnissen

**Können Sie sich mit elementaren Bedürfnissen wie Hunger und Durst, Schmerzen und Frieren bemerkbar machen, ob in Worten, Lauten, Mimik und Gesten oder durch Hilfsmittel?**

**Fähigkeit vorhanden** – Sie können Ihre Bedürfnisse äußern.

**Fähigkeit größtenteils vorhanden** – Sie können elementare Bedürfnisse auf Nachfrage äußern, tun dies von sich aus aber nicht immer.

**Fähigkeit in geringem Maße vorhanden** – Ihre Bedürfnisse sind nur aus Ihren nonverbalen Reaktionen (Mimik, Gesten, Laute) ableitbar. Möglicherweise benötigen Sie Stimulation, um sich zu äußern. Oder Sie äußern Ihre Bedürfnisse nicht von sich aus, müssen ständig dazu angeleitet werden, können aber Zustimmung oder Ablehnung ausdrücken.

**Fähigkeit nicht vorhanden** – Sie äußern Ihre Bedürfnisse verbal wie nonverbal nicht oder nur sehr selten. Sie können weder Zustimmung noch Ablehnung ausdrücken.

**Notizen:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Fähigkeit vorhanden	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2.10 Verstehen von Aufforderungen

**Verstehen Sie Aufforderungen, die sich auf Ihre alltäglichen Grundbedürfnisse (Essen, Trinken, Kleidung, Beschäftigung) beziehen, und können Sie zustimmen oder ablehnen?**

**Fähigkeit vorhanden** – Sie verstehen Aufforderungen und Bitten zu alltäglichen Grundbedürfnissen ohne Weiteres.

**Fähigkeit größtenteils vorhanden** – Sie verstehen einfache Aufforderungen und Bitten, wie „Zieh dir bitte die Jacke über!“, „Komm zum Essen!“ und „Prosit!“. In nicht alltäglichen Situationen benötigen Sie Erklärungen. Möglicherweise bedarf es besonders deutlicher Ansprache, Wiederholungen, Zeichensprache, Gebärdensprache oder Schrift.

**Fähigkeit in geringem Maße vorhanden** – Sie verstehen Aufforderungen und Bitten je nach Tagesform ohne Wiederholungen und Erklärungen meist nicht. Sie zeigen aber Zustimmung oder Ablehnung gegenüber nonverbalen Aufforderungen, wie Berührungen.

**Fähigkeit nicht vorhanden** – Sie verstehen Aufforderungen und Bitten kaum oder nicht.

Notizen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Fähigkeit vorhanden	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2.11 Beteiligen an einem Gespräch

**Können Sie Gesprächsinhalte aufnehmen, passend antworten und eigene Inhalte einbringen, um das Gespräch weiterzuführen?**

**Fähigkeit vorhanden** – Sie zeigen im Gespräch Eigeninitiative und Interesse und beteiligen sich, zumindest auf direkte Ansprache hin. Ihre Äußerungen passen zum Inhalt des Gesprächs.

**Fähigkeit größtenteils vorhanden** – Sie kommen in Gesprächen mit einer Person gut zurecht, in Gruppen sind Sie aber meist überfordert. Möglicherweise ist Ihre Wortfindung oft beeinträchtigt und Sie benötigen eine besonders deutliche Ansprache oder Wiederholungen.

**Fähigkeit in geringem Maße vorhanden** – Sie können selbst einem Gespräch mit nur einer Person kaum folgen. Sie zeigen wenig Eigeninitiative, reagieren aber auf Ansprache oder Fragen mit kurzen Worten, wie ja oder nein. Auch weichen Sie in aller Regel vom Inhalt ab (Quasi-Selbstgespräch) oder lassen sich leicht ablenken.

**Fähigkeit nicht vorhanden** – Ein Gespräch, das über einfache Mitteilungen hinausgeht, ist Ihnen selbst nonverbal kaum oder nicht möglich.

Notizen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## **Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**

---

**15 Prozent  
der Gesamtbewertung**

**(wenn die Modulwertung  
höher ist als im Modul 2)**

**Das Modul behandelt wiederkehrendes auffälliges Verhalten, das Unterstützung erforderlich macht. Sie geben darin an, wie oft Sie Unterstützung benötigen, um Ihr Verhalten der Situation angemessen zu lenken.**

**Dies kann notwendig sein, um belastende Gefühle, wie Panik, zu bewältigen, psychische Spannungen abzubauen, Impulse zu steuern, positive Gefühle zu fördern, Gefährdungen im Alltag zu vermeiden oder selbstschädigendem Verhalten entgegenzuwirken. Selbststeuerung fehlt Ihnen beispielsweise, wenn Sie ein Verhalten zwar nach Aufforderung abstellen, aber immer wieder aufs Neue zeigen.**

**Das Modul nennt für jedes Verhalten Beispiele. Notieren Sie sich deshalb unbedingt auch Situationen, die den Beispielen ähneln, und erzählen Sie Ihrer Gutachterin oder Ihrem Gutachter davon.**





nie oder sehr selten	selten: 1–3 × in zwei Wochen	häufig: ab 2 × pro Woche, aber nicht täglich	täglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häufigkeit der Unterstützung:</b>		_____ Mal pro Tag/Woche/Monat	

### 3.2 Nächtliche Unruhe

#### Verhalten Sie sich zu nächtlichen Ruhezeiten auffällig?

Zum Beispiel:

- ➔ Irren Sie nachts umher?
- ➔ Erleben Sie nachts Unruhephasen?
- ➔ Ist Ihr Tag-Nacht-Rhythmus umgedreht, sodass Sie nachts aktiv sind und tags schlafen und jemand Sie beruhigen oder wieder ins Bett bringen muss?

Notizen: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

nie oder sehr selten	selten: 1–3× in zwei Wochen	häufig: ab 2× pro Woche, aber nicht täglich	täglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häufigkeit der Unterstützung:</b>		_____ <b>Mal pro Tag/Woche/Monat</b>	

### 3.3 Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten

#### Schaden Sie sich oder richten Sie Aggression auf sich selbst?

Zum Beispiel:

- ➔ Verletzen Sie sich mit Gegenständen?
- ➔ Essen oder trinken Sie ungenießbare oder schädliche Substanzen?
- ➔ Schlagen Sie sich oder verletzen Sie sich mit Zähnen oder Fingernägeln?

Notizen: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



nie oder sehr selten	selten: 1–3× in zwei Wochen	häufig: ab 2× pro Woche, aber nicht täglich	täglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häufigkeit der Unterstützung:</b>		_____ <b>Mal pro Tag/Woche/Monat</b>	

### 3.5 Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen

#### Richten Sie Aggression gegen andere Menschen?

Zum Beispiel:

- ➔ Schlagen oder treten Sie nach Personen?
- ➔ Verletzen Sie andere mit Zähnen oder Fingernägeln?
- ➔ Stoßen Sie andere oder drängen Sie andere weg?
- ➔ Versuchen Sie, andere Personen mit Gegenständen zu verletzen?

Notizen: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---













nie oder sehr selten	selten: 1–3 × in zwei Wochen	häufig: ab 2 × pro Woche, aber nicht täglich	täglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häufigkeit der Unterstützung:</b>		_____ <b>Mal pro Tag/Woche/Monat</b>	

### 3.12 Sozial inadäquate Verhaltensweisen

#### Zeigen Sie ein unangebrachtes Sozialverhalten?

Zum Beispiel:

- ➔ Sind Sie distanzlos?
- ➔ Fordern Sie auffällig viel Aufmerksamkeit ein?
- ➔ Entkleiden Sie sich vor anderen in unpassenden Situationen?
- ➔ Greifen Sie unangemessen nach Personen?
- ➔ Machen Sie unangemessene sexuelle Annäherungsversuche?

Notizen: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



## Modul 4: Selbstversorgung

---

**40 Prozent  
der Gesamtbewertung**

**Das Modul behandelt Ihre Selbstversorgung – vor allem mit Nahrung und durch Hygiene. Sie geben darin zum Beispiel an, wie selbstständig Sie sich ernähren und Ihren Körper pflegen können. Dabei ist unerheblich, ob die Einschränkungen Ihrer Selbstständigkeit von körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen herrühren.**

**Einige Tätigkeiten sind für die Bewältigung des Alltags besonders wichtig und gehen daher stärker in die Modulwertung ein (4.8–10). Andere Tätigkeiten können für Sie auch irrelevant sein (4.11–13), zum Beispiel wenn Sie sich ohne einen künstlichen Zugang ernähren.**



selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauer der Unterstützung insgesamt:			_____ Minuten pro Tag

#### 4.1 Waschen des vorderen Oberkörpers

**Können Sie sich die Hände, das Gesicht, den Hals, die Achselhöhlen und die Brust waschen und abtrocknen?**

**Selbstständig** – Sie können Ihren vorderen Oberkörper ohne Unterstützung waschen.

**Überwiegend selbstständig** – Sie können Ihren vorderen Oberkörper selbst waschen, wenn jemand Ihnen alle nötigen Utensilien, wie Seife und Waschlappen, bereitlegt oder Ihnen Aufforderungen oder Teilhilfen gibt.

**Überwiegend unselbstständig** – Sie können nur Teile Ihres vorderen Oberkörpers selbst waschen, zum Beispiel nur die Hände oder das Gesicht, oder Sie benötigen eine umfassende Anleitung.

**Unselbstständig** – Sie können sich nicht oder nur geringfügig an der Pflege Ihres vorderen Oberkörpers beteiligen.

Notizen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dauer der Unterstützung insgesamt:</b>			_____ <b>Minuten pro Tag</b>

## 4.2 Körperpflege im Bereich des Kopfes

**Können Sie Ihre Haare kämmen, Ihre Zähne und Prothesen reinigen und sich rasieren?**

**Selbstständig** – Sie können Ihren Kopfbereich ohne Unterstützung pflegen.

**Überwiegend selbstständig** – Sie können Ihren Kopfbereich selbst pflegen, wenn jemand Ihnen die nötigen Utensilien vorbereitet, zum Beispiel die Zahnpastatube aufdreht, Haftcreme auf die Prothese aufbringt oder den Rasierapparat reicht. Möglicherweise benötigen Sie auch Aufforderungen oder Teilhilfen, wie Nachkämmen, Nachputzen der hinteren Backenzähne oder Nachrasur.

**Überwiegend unselbstständig** – Sie können Ihren Kopfbereich nur in Teilen selbst pflegen. Sie beginnen zum Beispiel mit dem Zähneputzen oder der Rasur, führen die Tätigkeit dann aber nicht zu Ende.

**Unselbstständig** – Sie können sich nicht oder nur geringfügig an der Pflege Ihres Kopfbereichs beteiligen.

**Notizen:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauer der Unterstützung insgesamt:			_____ Minuten pro Tag

### 4.3 Waschen des Intimbereichs

#### Können Sie sich den Intimbereich waschen und abtrocknen?

**Selbstständig** – Sie können sich den Intimbereich ohne Unterstützung waschen.

**Überwiegend selbstständig** – Sie können sich den Intimbereich selbst waschen, wenn jemand Ihnen die nötigen Utensilien, wie Seife und Waschlappen, bereitlegt oder Ihnen Aufforderung oder Teilhilfen gibt.

**Überwiegend unselbstständig** – Sie können nur Teile Ihres Intimbereichs selbst waschen, zum Beispiel nur den vorderen Bereich.

**Unselbstständig** – Sie können sich nicht oder nur geringfügig an Ihrer Intimpflege beteiligen.

Notizen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dauer der Unterstützung insgesamt:</b>			_____ <b>Minuten pro Tag</b>

#### 4.4 Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare

**Können Sie sich sicher duschen oder baden, sich dabei die Haare waschen und diese anschließend abtrocknen und föhnen?**

**Selbstständig** – Sie können sich ohne Unterstützung duschen oder baden.

**Überwiegend selbstständig** – Sie können sich selbst duschen oder baden, wenn jemand Ihnen die nötigen Utensilien vorbereitet oder bereitlegt, Sie beim Ein- und Aussteigen stützt oder den Badewannenlifter bedient, beim Waschen, Abtrocknen oder Föhnen der Haare hilft oder aus nachvollziehbaren Sicherheitsgründen anwesend bleibt.

**Überwiegend unselbstständig** – Sie können nur Teile Ihres Körpers selbst duschen oder baden, zum Beispiel nur Ihren vorderen Oberkörper.

**Unselbstständig** – Sie können sich nicht oder nur geringfügig an der Reinigung von Körper und Haar beteiligen.

**Notizen:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauer der Unterstützung insgesamt:			_____ Minuten pro Tag

#### 4.5 An- und Auskleiden des Oberkörpers

**Können Sie bereitliegende Kleidung für den Oberkörper an- und ausziehen, wie Unterhemd oder BH, T-Shirt, Hemd oder Bluse, Pullover, Jacke und Schlafanzugoberteil oder Nachthemd?**

**Selbstständig** – Sie können die Bekleidung Ihres Oberkörpers ohne Unterstützung wechseln.

**Überwiegend selbstständig** – Sie können die Bekleidung Ihres Oberkörpers selbst wechseln, wenn jemand Ihnen die Kleidung passend reicht oder beim Anziehen hält. Möglicherweise benötigen Sie Hilfe bei Verschlüssen, eine Kontrolle des Sitzes Ihrer Kleidung oder auch Aufforderungen, die Tätigkeit zu vervollständigen.

**Überwiegend unselbstständig** – Sie können nur in Teilen mithelfen, die Bekleidung Ihres Oberkörpers zu wechseln, zum Beispiel indem Sie Ihre Hände in die bereitgehaltenen Ärmel schieben.

**Unselbstständig** – Sie können sich nicht oder nur geringfügig am An- und Auskleiden Ihres Oberkörpers beteiligen.

Notizen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dauer der Unterstützung insgesamt:</b>			<b>_____ Minuten pro Tag</b>

#### 4.6 An- und Auskleiden des Unterkörpers

**Können Sie bereitliegende Kleidung für den Unterkörper an- und ausziehen, wie Unterwäsche, Hose, Rock, Strümpfe und Schuhe?**

**Selbstständig** – Sie können die Bekleidung Ihres Unterkörpers ohne Unterstützung wechseln.

**Überwiegend selbstständig** – Sie können die Bekleidung Ihres Unterkörpers selbst wechseln, wenn jemand Ihnen die Kleidung passend reicht oder als Einstiegshilfe hält. Möglicherweise benötigen Sie Hilfe bei Schnürsenkeln und Knöpfen, eine Kontrolle des Sitzes der Kleidung oder auch Aufforderungen, die Tätigkeit zu vervollständigen.

**Überwiegend unselbstständig** – Sie können nur in Teilen mithelfen, die Bekleidung Ihres Unterkörpers zu wechseln. Zwar können Sie zum Beispiel Hose oder Rock selbstständig zur Taille hochziehen, jemand muss Ihnen die Kleidung zuvor aber über die Füße ziehen.

**Unselbstständig** – Sie können sich nicht oder nur geringfügig am An- und Auskleiden Ihres Unterkörpers beteiligen.

**Notizen:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauer der Unterstützung insgesamt:			_____ Minuten pro Tag

#### 4.7 Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken

**Können Sie Essen mundgerecht zerteilen, zum Beispiel mit einem Anti-Rutschbrett oder Spezialbesteck, und Getränke eingießen?**

Zum Beispiel:

- ➔ Schneiden von belegten Broten, Obst und Fleisch
- ➔ Zerdrücken von Kartoffeln und Pürieren
- ➔ Öffnen von Flaschen und Eingießen von Getränken

**Selbstständig** – Sie können Essen und Getränke ohne Unterstützung für den Verzehr vorbereiten.

**Überwiegend selbstständig** – Sie benötigen etwas Hilfe: Jemand muss zum Beispiel Flaschen öffnen oder harte Speisen schneiden.

**Überwiegend unselbstständig** – Sie können zum Beispiel belegte Brote schneiden, aber nicht in mundgerechte Stücke. Oder Sie verschütten beim Eingießen aus der Flasche regelmäßig Wasser.

**Unselbstständig** – Sie können sich nicht oder nur geringfügig an der Vorbereitung von Essen und Getränken beteiligen.

Notizen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dauer der Unterstützung insgesamt:</b>			<b>_____ Minuten pro Tag</b>

#### 4.8 Essen

**Können Sie bereitstehende und mundgerechte Speisen zu sich nehmen, selbst wenn Sie sich parenteral (über eine Vene) oder über eine Magensonde ernähren? Achten Sie darauf, ausreichend viel zu essen, auch ohne Hungergefühl oder Appetit?**

**Diese Tätigkeit ist im Alltag besonders wichtig. Sie zählt daher stärker für die Bewertung Ihrer Pflegebedürftigkeit.**

**Selbstständig** – Sie können ohne Unterstützung essen.

**Überwiegend selbstständig** – Sie können selbstständig essen, wenn jemand Sie anleitet und zum Beispiel auffordert, zu beginnen oder weiterzuessen. Möglicherweise benötigen Sie auch Hilfe, wenn Ihnen das Besteck oder eine Speise aus der Hand rutscht.

**Überwiegend unselbstständig** – Jemand muss Sie ständig zum Essen motivieren, Ihnen die Nahrung reichen oder bereit sein einzugreifen, falls Sie sich verschlucken.

**Unselbstständig** – Nahrung muss Ihnen (nahezu) komplett gereicht werden.

**Notizen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dauer der Unterstützung insgesamt:</b>			<b>_____ Minuten pro Tag</b>

#### 4.9 Trinken

**Können Sie bereitstehende Getränke zu sich nehmen, zum Beispiel mit einem Strohhalm oder einem Spezialbecher, oder sich parenteral (über eine Vene) oder über eine Magensonde mit Flüssigkeit versorgen? Achten Sie darauf, ausreichend viel zu trinken, auch ohne Durstgefühl?**

**Diese Tätigkeit ist im Alltag besonders wichtig. Sie zählt daher stärker für die Bewertung Ihrer Pflegebedürftigkeit.**

**Selbstständig** – Sie können ohne Unterstützung trinken.

**Überwiegend selbstständig** – Sie können selbstständig trinken, wenn jemand Ihnen ein Getränk in Reichweite hinstellt oder Sie ans Trinken erinnert.

**Überwiegend unselbstständig** – Jemand muss Ihnen das Getränk in die Hand geben, Sie zu fast jedem Schluck motivieren oder ständig bereit sein einzugreifen, falls Sie sich verschlucken.

**Unselbstständig** – Getränke müssen Ihnen (nahezu) komplett gereicht werden.

**Notizen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dauer der Unterstützung insgesamt:</b>			_____ <b>Minuten pro Tag</b>

#### 4.10 Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls

**Können Sie die Toilette oder den Toilettenstuhl benutzen, selbst wenn Sie Inkontinenzmaterial, einen Katheter oder ein Uro-, ileo- oder Colostoma verwenden? Können Sie sich hinsetzen und aufstehen, um Ihre Intimhygiene kümmern und die Kleidung richten?**

**Diese Tätigkeit ist im Alltag besonders wichtig. Sie zählt daher stärker für die Bewertung Ihrer Pflegebedürftigkeit.**

**Selbstständig** – Sie können ohne Unterstützung zur Toilette gehen.

**Überwiegend selbstständig** – Sie können nur selbstständig zur Toilette gehen, wenn jemand

- ➔ Ihnen den Toilettenstuhl oder die Urinflasche hinstellt und leert,
- ➔ Sie auffordert, Ihnen den Weg zeigt oder Sie zur Toilette begleitet,
- ➔ Papier oder Waschlappen reicht und bei der Intimhygiene hilft,
- ➔ beim Hinsetzen, Aufstehen oder Richten der Kleidung hilft.

**Überwiegend unselbstständig** – Sie können nur Teilschritte selbst ausführen, zum Beispiel nur Ihre Kleidung richten.

**Unselbstständig** – Sie können sich kaum oder gar nicht beteiligen.

**Notizen:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

keine Hilfsmittel oder selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dauer der Unterstützung insgesamt:</b>			<b>_____ Minuten pro Tag</b>

#### 4.11 Umgang mit Inkontinenzmaterial, Dauerkatheter oder Urostoma

**Nutzen Sie Inkontinenzmaterial, Dauerkatheter oder Urostoma und können Sie diese korrekt verwenden, wechseln und entsorgen? Können Sie zum Beispiel den Urinbeutel Ihres Dauerkatheters (nicht regelmäßiger Einmalkatheter) oder Ihres Urostomas leeren oder ein Urinalkondom anwenden?**

**Selbstständig** – Sie können die Hilfsmittel ohne Unterstützung verwenden.

**Überwiegend selbstständig** – Sie können die Hilfsmittel selbstständig verwenden, wenn jemand sie Ihnen reicht, sie entsorgt oder Sie an den Wechsel erinnert.

**Überwiegend unselbstständig** – Sie können sich nur in Teilen am Wechsel der Hilfsmittel beteiligen, zum Beispiel nur Vorlagen einlegen oder Inkontinenzhosen nur entfernen.

**Unselbstständig** – Sie können sich nicht oder nur geringfügig an Verwendung, Wechsel und Entsorgung der Hilfsmittel beteiligen.

**Notizen:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



keine Hilfsmittel oder selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dauer der Unterstützung insgesamt:</b>			<b>_____ Minuten pro Tag</b>

#### 4.12 Umgang mit Stuhlinkontinenzmaterial und Stoma

**Nutzen Sie Stuhlinkontinenzmaterial oder ein Stoma und können Sie diese korrekt verwenden, wechseln und entsorgen? Hierzu zählen große Vorlagen mit Netzhose, Inkontinenzhosen mit Klebestreifen oder Pants beziehungsweise Analtampons oder Stomabeutel bei Enterostoma?**

**Selbstständig** – Sie können die Hilfsmittel ohne Unterstützung verwenden.

**Überwiegend selbstständig** – Sie können die Hilfsmittel selbstständig verwenden, wenn jemand sie Ihnen bereitlegt, sie entsorgt oder Sie an den Wechsel erinnert.

**Überwiegend unselbstständig** – Sie können sich nur in Teilen am Wechsel der Hilfsmittel beteiligen, zum Beispiel beim Wechsel des Stomabeutels.

**Unselbstständig** – Sie können sich nicht oder nur geringfügig an Verwendung, Wechsel und Entsorgung der Hilfsmittel beteiligen.

**Notizen:** \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



trifft nicht zu oder selbstständig	Parenterale Ernährung oder über Sonde		
	nicht täglich, nicht auf Dauer	täglich, zusätzlich zu oraler Ernährung	(fast) ausschließlich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauer der Unterstützung insgesamt:			_____ Minuten pro Tag

#### 4.13 Ernährung – parental oder über Sonde

**Ernähren Sie sich parenteral oder über eine Sonde und können Sie die Versorgung selbst sicherstellen?**

→ Dies gilt bei Ernährung über einen Port, einen Zugang in den Magen oder Dünndarm (PEG/PEJ) oder eine Magensonde.

**Selbstständig** – Sie können die Versorgung ohne Unterstützung sicherstellen und zum Beispiel Nährlösungen selbst anhängen.

**Mit Unterstützung, aber nicht täglich, nicht auf Dauer** – Sie erhalten neben der oralen Ernährung ab und zu Nahrung parenteral oder über eine Sonde. Bei der Versorgung unterstützt jemand Sie.

**Mit Unterstützung, täglich und zusätzlich** – Sie erhalten neben der oralen Ernährung täglich Nahrung parenteral oder über eine Sonde, zum Beispiel zur Nahrungsergänzung oder Vermeidung von Mangelernährung. Bei der Versorgung unterstützt jemand Sie.

**(Fast) ausschließlich** – Oral ernähren Sie sich nur zur Förderung Ihrer Sinneswahrnehmung oder gar nicht. Bei der Versorgung Ihres Ports oder Zugangs muss jemand Sie unterstützen.

**Notizen:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



## **Modul 5: Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**

---

**20 Prozent  
der Gesamtbewertung**

**Das Modul behandelt die Kontrolle von Erkrankungen und Symptomen und die Anwendung von Therapien. Sie geben darin an, inwieweit Sie Ihre Krankheiten und Therapien selbstständig bewältigen oder wie häufig jemand Sie dabei unterstützt.**

**Die Begutachtung berücksichtigt nur ärztlich verordnete Maßnahmen, die Sie (voraussichtlich) mindestens sechs Monate lang durchführen. Sie sollten trotzdem alle Ihnen verordneten Maßnahmen nach ihrer Art und Häufigkeit notieren – auch solche, die Sie selbstständig oder weniger als sechs Monate lang durchführen. Ihre Gutachterin oder Ihr Gutachter kann daraus wichtige Informationen zur Art und Schwere Ihrer Erkrankung ableiten und zum Beispiel Präventionsempfehlungen aussprechen. Legen Sie sich daher am besten Ihre ärztlichen Unterlagen und Ihren Medikationsplan bereit.**



## 5.1 Medikation

**Erhalten Sie Unterstützung bei der Einnahme Ihrer Medikamente?**

**Notieren Sie sich am besten die Art und die Häufigkeit der Unterstützung.**

Zum Beispiel:

- ➔ Orale Medikation
- ➔ Augen- oder Ohrentropfen
- ➔ Zäpfchen
- ➔ Medikamentenpflaster

Die Unterstützung kann die wöchentliche Vorbereitung Ihres Wochendispensers umfassen oder auch mehrere tägliche Einzelgaben.

**Notizen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## 5.2 Injektionen

**Erhalten Sie Unterstützung bei Injektionen?**

**Notieren Sie sich am besten die Art und die Häufigkeit der Unterstützung.**

Zum Beispiel:

- ➔ Subkutane und intramuskuläre Injektionen
- ➔ Subkutane Infusionen

Hierunter fallen Insulin-Injektionen, aber auch die Versorgung mit Medikamentenpumpen über einen subkutanen Zugang.

**Notizen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_







## 5.5 Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen

**Erhalten Sie Unterstützung bei Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen?**

**Notieren Sie sich am besten die Art und die Häufigkeit der Unterstützung.**

Zum Beispiel:

- ➔ Äußerliche Anwendungen mit ärztlich verordneten Salben, Cremes oder Emulsionen
- ➔ Kälte- und Wärmeanwendungen, etwa bei rheumatischen Erkrankungen

**Notizen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





## 5.7 Körpernahe Hilfsmittel

**Erhalten Sie Unterstützung bei der Versorgung mit körpernahen Hilfsmitteln?**

**Notieren Sie sich am besten die Art und die Häufigkeit der Unterstützung.**

Zum Beispiel:

An- und Ablegen sowie Reinigung von

- ➔ Prothesen
- ➔ Kieferorthopädischen Apparaturen
- ➔ Orthesen
- ➔ Brillen
- ➔ Hörgeräten
- ➔ Kompressionsstrümpfen

Notizen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_















### 5.14 Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)

**Erhalten Sie Unterstützung bei Besuchen medizinischer oder  
therapeutischer Einrichtungen von bis zu drei Stunden (mit-  
samt Fahrzeit)?**

**Notieren Sie sich am besten die Art und die Häufigkeit der  
Unterstützung.**

Zum Beispiel:

- ➔ Physiotherapie/Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie,  
Psychotherapie
- ➔ Besuche zur ambulanten Behandlung oder Diagnostik in Kran-  
kenhäusern

**Notizen:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dauer der Unterstützung insgesamt:</b>			<b>_____ Minuten pro Tag</b>

## 5.16 Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften

### Können Sie angeordnete Therapie- und Verhaltensvorschriften verstehen und korrekt einhalten?

➔ Hierzu zählen Diäten, Vorschriften über Art, Menge und Zeitpunkt Ihrer Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme oder die Vorschriften einer Langzeit-Sauerstoff-Therapie.

**Selbstständig** – Sie können die Vorschriften ohne Unterstützung einhalten. Es reicht, dass jemand Ihnen etwa Ihre Diät bereitstellt.

**Überwiegend selbstständig** – Sie benötigen neben der bereitgestellten Diät Erinnerung und Anleitung. Möglicherweise muss jemand bis zu einmal täglich eingreifen.

**Überwiegend unselbstständig** – Sie benötigen neben der bereitgestellten Diät meist Anleitung und Beaufsichtigung. Jemand muss zudem mehrmals täglich eingreifen.

**Unselbstständig** – Sie benötigen neben der bereitgestellten Diät immer Anleitung und Beaufsichtigung. Jemand muss zudem (fast) durchgängig eingreifen.

**Notizen:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## **Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**

---

**15 Prozent  
der Gesamtbewertung**

**Das Modul behandelt alltägliche Tätigkeiten und soziale Beziehungen. Sie geben darin an, wie selbstständig Sie Ihren Alltag gestalten und Ihre Freundschaften und Bekanntschaften pflegen können. Dabei ist unerheblich, ob die Einschränkungen Ihrer Selbstständigkeit von körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen herrühren.**



selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dauer der Unterstützung insgesamt:</b>			_____ <b>Minuten pro Tag</b>

## 6.1 Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen

**Können Sie Ihren Tagesablauf planen, gestalten und anpassen?  
Planen Sie zum Beispiel, wann Sie baden, essen oder spazieren?**

**Selbstständig** – Sie können Ihren Tagesablauf ohne Unterstützung planen, gestalten und anpassen.

**Überwiegend selbstständig** – Sie können Routinen weitgehend selbst gestalten. Bei Abweichungen brauchen Sie aber Unterstützung, zum Beispiel Terminerinnerungen. Möglicherweise ist Ihre Kommunikationsfähigkeit oder Sinneswahrnehmung beeinträchtigt, sodass jemand Ihnen helfen muss, Pläne mit anderen abzustimmen.

**Überwiegend unselbstständig** – Sie benötigen Unterstützung bei der Planung von Routinen, können einem Angebot aber zustimmen oder es ablehnen. Eigene Planungen vergessen Sie häufig wieder. Deshalb benötigen Sie den ganzen Tag über Erinnerungen. Oder Sie können planen, jemand muss Sie aber bei jedweder Umsetzung unterstützen.

**Unselbstständig** – Sie können Ihren Tag kaum oder gar nicht strukturieren oder sich an vorgegebenen Strukturen orientieren.

**Notizen:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dauer der Unterstützung insgesamt:</b>			<b>_____ Minuten pro Tag</b>

## 6.2 Ruhen und Schlafen

### **Können Sie Ihren Tag-Nacht-Rhythmus einhalten und Ihren Bedarf an Ruhe und Schlaf erkennen und erfüllen?**

**Selbstständig** – Sie können ohne Unterstützung ausreichend ruhen und schlafen.

**Überwiegend selbstständig** – Jemand muss Ihnen helfen, aufzustehen oder schlafen zu gehen, zum Beispiel mit Transfer- oder zeitlichen Orientierungshilfen oder durch Abdunkeln Ihres Schlafraumes. Ihre Nachtruhe ist meist störungsfrei, Sie brauchen selten Unterstützung.

**Überwiegend unselbstständig** – Sie erleben regelmäßig Einschlafprobleme oder nächtliche Unruhe. Deshalb sind Einschlafrituale und Beruhigungen nötig. Möglicherweise brauchen Sie wegen Bewegungseinschränkungen auch Unterstützung beim Wechseln Ihrer Position oder für Toilettengänge, damit Sie weiterschlafen können.

**Unselbstständig** – Sie haben keinen oder einen gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus. Sie brauchen daher mindestens dreimal pro Nacht Unterstützung oder sind inaktiv, wie Wachkompatienten.

**Notizen:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dauer der Unterstützung insgesamt:</b>			_____ <b>Minuten pro Tag</b>

### 6.3 Sichbeschäftigen

**Können Sie sich mit Tätigkeiten beschäftigen, die Ihnen Spaß machen, wie Handarbeit, Basteln, Bücher- oder Zeitschriftenlektüre, Radiohören, Fernsehen oder Computernutzung?**

**Selbstständig** – Sie können sich ohne Unterstützung beschäftigen.

**Überwiegend selbstständig** – Sie benötigen nur wenig Hilfe, um sich selbstständig zu beschäftigen. Jemand muss Ihnen zum Beispiel Utensilien, wie Bastelmaterial, Fernbedienung oder Kopfhörer, zurechtlegen oder vorbereiten oder Sie an gewohnte Beschäftigungen erinnern, Sie motivieren und Ihnen Vorschläge machen.

**Überwiegend unselbstständig** – Sie können sich an Beschäftigungen nur beteiligen, wenn jemand Sie (ständig) anleitet, begleitet oder Ihnen bei Bewegungen hilft.

**Unselbstständig** – Sie können an der Auswahl oder Umsetzung Ihrer Beschäftigungen kaum mitwirken. Sie zeigen keine eigene Initiative, verstehen Anleitungen und Aufforderungen nicht und beteiligen sich nicht oder nur minimal an Beschäftigungsangeboten.

**Notizen:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dauer der Unterstützung insgesamt:</b>			<b>_____ Minuten pro Tag</b>

## 6.4 In die Zukunft gerichtete Planungen

**Können Sie Zukunftspläne entwickeln und anderen mitteilen? Haben Sie zum Beispiel eigene Vorstellungen für anstehende Festlichkeiten, wie Geburtstage?**

**Selbstständig** – Sie können ohne Unterstützung über den Tag hinaus planen.

**Überwiegend selbstständig** – Sie nehmen sich selbstständig etwas vor, müssen aber daran erinnert werden, Ihre Pläne auch umzusetzen. Oder Sie benötigen wegen körperlicher Beeinträchtigungen dabei Hilfe, sich mit anderen Menschen zu verabreden.

**Überwiegend unselbstständig** – Sie planen nicht von sich aus, können sich aber für Angebote entscheiden. Sie müssen an die Umsetzung erinnert werden oder benötigen dabei emotionale oder körperliche Unterstützung. Möglicherweise können Sie auch selbstständig planen und entscheiden, sind aber körperlich so stark beeinträchtigt, dass jemand Sie bei allen Umsetzungsschritten unterstützen muss.

**Unselbstständig** – Sie haben keine Pläne über den Tag hinaus und zeigen gegenüber Angeboten weder Zustimmung noch Ablehnung.

**Notizen:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dauer der Unterstützung insgesamt:</b>			<b>_____ Minuten pro Tag</b>

## 6.5 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt

**Können Sie sich mit Ihnen bekannten Personen, wie Angehörigen oder Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern, austauschen, das heißt Kontakt aufnehmen, sie ansprechen und auf sie reagieren?**

**Selbstständig** – Sie können sich ohne Unterstützung mit anderen Menschen austauschen.

**Überwiegend selbstständig** – Sie tauschen sich mit Ihnen bekannten Personen selbstständig aus. Sie brauchen aber Unterstützung, um mit Fremden Kontakt aufzunehmen, zum Beispiel Anregungen oder Hilfen zur Überwindung von Sprech-, Sprach- und Hörproblemen.

**Überwiegend unselbstständig** – Sie ergreifen von sich aus kaum Initiative und müssen angesprochen oder motiviert werden. Sie reagieren aber deutlich erkennbar, auch mit Blickkontakt, Mimik oder Gesten. Möglicherweise benötigen Sie weitgehende Unterstützung zur Überwindung von Sprech-, Sprach- oder Hörproblemen.

**Unselbstständig** – Sie reagieren nicht auf Ansprachen. Auch auf nichtsprachlichen Kontakt, wie Berührungen, reagieren Sie kaum.

**Notizen:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauer der Unterstützung insgesamt:			_____ Minuten pro Tag

## 6.6 Kontakt zu Personen außerhalb des direkten Umfelds

**Können Sie Kontakte aus Ihrem weiteren Umfeld, zum Beispiel zu Freundinnen und Freunden oder Bekannten, halten, ruhen lassen oder auch beenden? Können Sie mit Kommunikationstechnik, wie dem Telefon, umgehen, um in Kontakt zu bleiben?**

**Selbstständig** – Sie können Kontakte ohne Unterstützung pflegen.

**Überwiegend selbstständig** – Sie können Kontaktaufnahmen planen, brauchen aber Hilfe bei der Umsetzung, wie Erinnerungszettel, Telefonnummern mit Namen oder mit Bild oder Nachfragen. Möglicherweise wählt jemand für Sie, Sie führen aber das Gespräch. Oder Sie bitten jemanden, ein Treffen für Sie zu verabreden.

**Überwiegend unselbstständig** – Sie suchen von sich aus kaum Kontakt, wirken aber mit, wenn jemand für Sie die Initiative ergreift. Möglicherweise benötigen Sie wegen körperlicher Beeinträchtigungen auch Unterstützung, zum Beispiel beim Halten des Telefons oder bei der Überwindung von Sprech-, Sprach- oder Hörproblemen.

**Unselbstständig** – Sie nehmen keinen Kontakt außerhalb Ihres direkten Umfelds auf und reagieren nicht auf Anregungen dazu.

Notizen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



## Vor Ort für Sie

### **Sozialverband Deutschland e. V.**

Stralauer Straße 63

10179 Berlin

Tel. 030 72 62 22-0

Fax 030 72 62 22-3 11

[kontakt@sovd.de](mailto:kontakt@sovd.de)

### **Informieren Sie sich unter**

[sovd.de](http://sovd.de)

[sovd-tv.de](http://sovd-tv.de)

[facebook.com/SoVD.Bund](https://facebook.com/SoVD.Bund)

[twitter.com/SoVD\\_Bund](https://twitter.com/SoVD_Bund)

# Impressum

## Herausgeber

Sozialverband Deutschland e. V.

Abteilung Sozialpolitik

Stralauer Straße 63

10179 Berlin

Tel. 030 72 62 22-0

Fax 030 72 62 22-3 11

[kontakt@sovd.de](mailto:kontakt@sovd.de)

[sovd.de](http://sovd.de)

## Verfasser

Florian Schönberg

## Stand

März 2018, 3. Auflage

## Gestaltung

Lena Renz

## Bilder

Titel/Seiten 5, 19, 31, 43: © Photographee.eu/Fotolia

© Sozialverband Deutschland e. V., 2017

**Wer Pflege benötigt, steht plötzlich vor einer Herausforderung: Wie ermittle ich meinen Pflegebedarf für die Pflegekasse? Das neue Pfl egetagebuch hilft Ihnen und Ihren Angehörigen, Ihren Bedarf sachlich zu dokumentieren – nach der Gesetzgebung von 2017.**

**[sovd.de](http://sovd.de) | [sovd-tv.de](http://sovd-tv.de)**

**Sozialverband Deutschland e. V.  
Stralauer Straße 63  
10179 Berlin**

**Tel. 030 72 62 22-0  
Fax 030 72 62 22-3 11  
[kontakt@sovd.de](mailto:kontakt@sovd.de)**