

Barmenia  
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1  
42119 Wuppertal

Sobald Sie den ausgefüllten Pflegeantrag zurücksenden, wird sich einige Tage später ein Gutachter der Firma MEDICPROOF zu einer Begutachtung anmelden.

Dabei wird der Gutachter den Pflegebedarf feststellen, der zur Einstufung in einen Pflegegrad führt. Es ist daher sehr wichtig, sich auf diesen Termin gut vorzubereiten.

---

## Wo findet die Begutachtung statt?

---

Die Untersuchung erfolgt an Ihrem ständigen Aufenthaltsort. Nur dort kann sich der Gutachter ein umfassendes Bild über die Situation machen, in der die Pflege stattfindet. Die Notwendigkeit von Hilfsmitteln oder einer notwendigen Umbaumaßnahme kann nur dort geklärt werden. Ebenso ist der Hilfebedarf in der Grundpflege teilweise davon abhängig.

---

## Wer kann mich bei der Begutachtung unterstützen?

---

Der Gutachter klärt in der Untersuchung durch Fragen und Beobachtungen den grundsätzlichen Hilfebedarf. Er ist dabei auf Ihre Mithilfe angewiesen, da zum Begutachtungszeitpunkt nur eine Momentaufnahme erhoben wird. Es ist ratsam, die Person einzubinden, die die Pflegeaufgaben bisher übernommen hat. Dies kann ein Angehöriger, ein Nachbar oder die zuständige Pflegekraft sein. Sofern die Vertrauensperson an dem vorgeschlagenen Termin verhindert ist, empfiehlt es sich, rechtzeitig einen neuen Termin zu vereinbaren.

---

## Was ist Inhalt einer Begutachtung?

---

Der Gutachter stellt den Umfang der Pflegebedürftigkeit fest. Maßgeblich für die Einschätzung sind notwendige Hilfestellungen in folgenden sechs Bereichen:

- Mobilität: z. B. Positionswechsel im Bett, Umsetzen, Treppensteigen
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: z. B. örtliche und zeitliche Orientierung, Erinnerungsvermögen, Verstehen von Aufforderungen
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: z. B. nächtliche Unruhe, Abwehr pflegerischer Maßnahmen, aggressives Verhalten
- Selbstversorgung: z. B. Körperpflege, An- und Auskleiden, Zubereiten von Nahrung, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls

- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen: Medikation, Verbandswechsel- und Wundversorgung, Arztbesuche
- Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs, Ruhen, Schlafen, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes

Diese Hilfen müssen dabei auf Dauer, mindestens jedoch für voraussichtlich sechs Monate erforderlich sein.

WICHTIG: Der Gutachter stellt viele Fragen während der Begutachtung, die auch unangenehm sein können. Hierzu zählen zum Beispiel Fragen nach der Darm- und Blasenentleerung oder zur Körperhygiene. Nicht wenige Pflegebedürftige beantworten diese Fragen viel zu positiv: "Zur Toilette gehe ich alleine und beim Waschen brauche ich auch keine Hilfe". Diese Reaktion ist sicherlich sehr verständlich. Der Gutachter hat dann aber keine Chance, sich ein wahrheitsgetreues Bild zu machen und die richtigen Feststellungen zu treffen.

---

## Welche Pflegegrade gibt es?

---

Man unterscheidet zwischen 5 Pflegegraden, abhängig nach Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit.

---

## Wie kann ich mich vorbereiten?

---

Zur Vorbereitung ist ein Pflegetagebuch sinnvoll. Dieses finden Sie auf Seite 3 bis 7.

Mit dem Ausfüllen des vorliegenden Formulars liefern Sie wichtige Hinweise und schaffen so eine wertvolle Grundlage insbesondere zur Ermittlung des Grades Ihrer Selbstständigkeit, aber auch möglicher Renten- und Arbeitslosenversicherungsleistungen.

---

## Sollte ich Unterlagen für den Termin bereithalten?

---

Halten Sie alle Unterlagen, die eine Pflegebedürftigkeit belegen können, zur Begutachtung bereit. Hierzu zählen Berichte des Hausarztes und des Krankenhauses.

---

## Welche Möglichkeiten habe ich, wenn ich mit dem festgestellten Pflegegrad nicht einverstanden bin?

---

Sie erhalten automatisch zusammen mit dem Leistungsbescheid das Gutachten. Sofern Sie mit den Feststellungen nicht einverstanden sind, raten wir, die Punkte mit Ihrem Hausarzt zu besprechen. Alternativ können Sie sich auch an die unabhängige und kostenfreie Pflegeberatung COMPASS wenden.

Telefon: 0800 1018800

Um Ihren Widerspruch klären zu können, geben Sie bitte an, in welchen Punkten das Gutachten Ihrer Meinung nach von den tatsächlichen Sachverhalten abweicht. Gegebenenfalls muss dann durch ein neues Gutachten geklärt werden, welche Feststellungen korrekt sind.



## PFLEGEPROTOKOLL

### Fragebogen für stationäre Pflegeeinrichtungen

Für Ihre Bewohnerin oder Ihren Bewohner wurde ein Antrag auf Zuordnung zu einem höheren Pflegegrad gestellt. Deshalb hat die private Pflegepflichtversicherung Medicproof beauftragt, ein Gutachten zu erstellen. Bitte unterstützen Sie uns durch eine gute Vorbereitung. Füllen Sie das Formular als Grundlage für die Erstellung des Gutachtens sorgfältig aus. So kann sich der Gutachter oder die Gutachterin ein Bild vom Grad der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten machen. Die Angaben in diesem Fragebogen sind nicht abschließend und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Ihre Hinweise dienen aber als wichtige Basis und werden vor dem Gutachter oder der Gutachterin mit den geltenden Begutachtungsrichtlinien abgeglichen.

#### Angaben zur pflegebedürftigen Person:

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer

#### Welche körperlichen, seelischen und geistigen Beschwerden stehen im Vordergrund? Welche Beeinträchtigungen im Alltag ergeben sich daraus?

*(Art, und Beginn/besondere Ereignisse/Komplikationen etc.)*

Beschreiben Sie dies mit eigenen Worten.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Fanden in den letzten Wochen bzw. Monaten Krankenhausbehandlungen oder Rehabilitationsmaßnahmen statt?**  
(Name der Einrichtung, Zeitraum, Grund des Aufenthalts)

---

---

---

---

---

---

---

**Bestehen demenzielle Symptome oder Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Unruhezustände, Umtriebigkeit, aggressives/abwehrendes Verhalten, ausgeprägte Ängste/Panikattacken, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage)?**

**Wenn ja, welche und wie häufig? Seit wann?**

Besteht deshalb personeller Unterstützungsbedarf? Wenn ja, in welcher Form, wie häufig und seit wann?

---

---

---

---

---

---

---

**Welche Hilfsmittel werden genutzt?**

(z. B. Pflegebett, Rollator, Rollstuhl, Toilettenrollstuhl, Duschschieberollstuhl Lifter, Inkontinenzartikel, Brille, Hörgerät, Sauerstoffgerät, Matratze aus Weichlagerungsmaterialien)

---

---

---

---

---

---

---

**Wie schätzen Sie die Beeinträchtigungen Ihrer Selbständigkeit oder Fähigkeiten ein?**

Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes (SGB XI) orientiert sich daran, wie stark die Selbständigkeit oder die Fähigkeiten eines Menschen bei der Bewältigung des Alltags beeinträchtigt sind und er deshalb der Hilfe durch andere bedarf.

<input type="checkbox"/> <b>Fortbewegen</b>	<input type="checkbox"/> selbständig (ggf. mit Hilfsmittel)	<input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe	<input type="checkbox"/> nicht möglich
<input type="checkbox"/> <b>Treppensteigen</b>	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe	<input type="checkbox"/> nicht möglich
<input type="checkbox"/> <b>Bettlägerigkeit</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ständig
<input type="checkbox"/> <b>Lagerungsbedarf</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> <b>Druckgeschwüre</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> <b>Harninkontinenz</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> <b>Stuhlinkontinenz</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

	Selbständig (ohne fremde Hilfe)	Teilweise selbständig (Unterstützung durch andere wird benötigt)	Unselbständig (keine eigene Beteiligung möglich)
Pflege des Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen des Intimbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen und Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüssigkeitsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Fähigkeit vorhanden	Fähigkeit leicht bis mittelgradig eingeschränkt	Fähigkeit nicht vorhanden
Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnis/Erinnerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begreifen/Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme an Gesprächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nie	Häufig, aber nicht täglich (Eingreifen durch andere erforderlich)	Täglich (Eingreifen durch andere erforderlich)
Verhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgeprägte Ängste/Panik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahn/Halluzinationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Selbständig (ohne fremde Hilfe)	Teilweise selbständig (Unterstützung durch andere wird benötigt)	Unselbständig (keine eigene Beteiligung möglich)
Tagesgestaltung/ Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufbau oder Erhalt von Sozialkontakten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erfolgen auch während der Nacht Hilfeleistungen?

ja  nein

(z. B. Lagern, Toilettengänge, Wechsel der Inkontinenzartikel, Beruhigen, Medikamentengabe, Sauerstoffgabe)

Wenn ja, warum und wie oft?

---



---



---

Erfolgen medizinische Versorgungen oder Therapiemaßnahmen?

(z. B. Arztbesuche, Krankengymnastik, Wundversorgung)

Maßnahme	pro Woche	pro Monat	zu Hause	in Praxis
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte führen Sie nachfolgend alle angeordneten Medikamente mit Applikationsart und –zeitpunkt auf.**

*(z. B. Tabletten, Tropfen, Spray, Zäpfchen, Salben, Schmerzpflaster, Injektionen, Inhalationen)*

Handelsname oder Wirkstoff	Applikationsart	morgens	mittags	abends	nachts
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ist bei der Medikamenteneinnahme/-anwendung personelle Unterstützung erforderlich?**

ja       nein

**Bitte geben Sie an, wer den Bogen ausgefüllt hat:**

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer für eventuelle Rückfragen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift