

Therapeutische Einschätzung einzelner Alltagsfunktionen

Für die ergänzende Stellungnahme zur Pflegebegutachtung · Erwachsene · 18.10.2026

Patient: Philip Kanwischer Geburtsdatum: _____ Datum: _____

Therapeutin / Berufsbezeichnung: _____

Behandlung seit: _____ Kontaktfrequenz: _____

Bitte nach eigenem fachlichen Urteil ankreuzen. Gefragt sind einzelne Funktionen und erforderliche Unterstützung, keine Pflegegrade oder Punkte. Nur bekannte Bereiche beurteilen; fehlende Kenntnis ausdrücklich markieren. Dieser individuell erstellte Bogen ist kein amtlicher oder validierter Test.

*Quelle je Zeile: B = selbst in Behandlung beobachtet; P = Patientenschilderung; A = Angehörigenangabe; D = Dokument/Befund. Mehrere Quellen möglich. Bei Alltagsangaben Übertragbarkeit des Gesprächseindrucks prüfen.

Aktuell fachlich bestätigte Diagnosen; Verdachtsdiagnosen ausdrücklich als solche kennzeichnen:

1 • Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Je Zeile eine Einschätzung. V = vorhanden/unbeeinträchtigt; G = größtenteils vorhanden; W = nur in geringem Maß vorhanden; N = nicht vorhanden; ? = nicht beurteilbar. Gemeint ist die Fähigkeit selbst. Angstbedingtes Vermeiden trotz vorhandener Fähigkeit bitte auf Seite 2 beschreiben.

Bereich	V	G	W	N	?	Quelle*
Kürzlich Erlebtes erinnern (F 4.2.4)	☐	☐	☐	☐	☐	_____
Einfache mehrschrittige Alltagshandlungen steuern (F 4.2.5)	☐	☐	☐	☐	☐	_____
Alltägliche Entscheidungen treffen (F 4.2.6)	☐	☐	☐	☐	☐	_____
Elementare Bedürfnisse mitteilen (F 4.2.9)	☐	☐	☐	☐	☐	_____
An einem Gespräch teilnehmen (F 4.2.11)	☐	☐	☐	☐	☐	_____

Beispiel / Bedingungen / erhaltene Fähigkeiten (z. B. Gespräch in Therapie gegenüber Alltag):

Wenn Unterstützung erforderlich ist: Was muss eine andere Person konkret tun?

2 • Depression und Ängste

Name: Philip Kanwischer

Einschätzung vom: _____

Bitte Symptome und erforderliche personelle Unterstützung getrennt betrachten. Eine Diagnose oder allgemeines Aufschieben genügt nicht als Beschreibung. Einschätzung auf den Zeitraum beziehen, den Sie fachlich beurteilen können.

Beurteilter Zeitraum:

Depressive Stimmung und Antrieb

☐ keine relevante Einschränkung ☐ Einschränkung vorhanden ☐ nicht beurteilbar

Bei vorhandener Einschränkung: Welche Ausprägung und Folgen beobachten Sie bzw. werden berichtet?

☐ Beginn erschwert ☐ Fortführung erschwert ☐ stark verminderte Eigeninitiative

☐ aufwendige Motivierung erforderlich ☐ andere Ausprägung: _____

Welche notwendige Alltagshandlung ist betroffen? Konkretes Beispiel und Quelle:

Ängste und Vermeidung

☐ keine relevante Einschränkung ☐ Einschränkung vorhanden ☐ nicht beurteilbar

☐ Gespräche/Kontakte ☐ notwendige Termine ☐ Selbstversorgung ☐ anderes: _____

Auslöser, beobachtbare Reaktion und konkrete Folgen; Quelle angeben:

Erforderliche aktive Unterstützung – Häufigkeit getrennt angeben

Bezogen auf den angegebenen Zeitraum. Keine/kaum = nie oder sehr selten; selten = 1–3-mal in zwei Wochen; häufig = mindestens zweimal wöchentlich, aber nicht täglich. „?“ bedeutet unbekannt, nicht „kein Bedarf“. Häufigkeit des Hilfebedarfs angeben, auch wenn Hilfe fehlt.

Bereich	Keine/ kaum	Selten	Häufig	Täglich	?	Quelle*
Bei depressiver Stimmung / Antrieb (Orientierung F 4.3.11)	☐	☐	☐	☐	☐	_____
Bei Ängsten (Orientierung F 4.3.10)	☐	☐	☐	☐	☐	_____

Was muss eine andere Person konkret tun? Bloße Anwesenheit und aktive Hilfe unterscheiden:

Ist diese Hilfe verfügbar? Was geschieht ohne sie? Eigene Einschätzung / Bericht kennzeichnen:

Fachlicher Hinweis: F 4.3.11 betrifft eine schwere Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage. Nicht jede Antriebsstörung erfüllt dieses Kriterium. Bei F 4.3.10 ist aktive Unterstützung relevant. Die Zuordnung und Bewertung bleiben der Begutachtung vorbehalten.

3 • Tagesgestaltung und fachliches Fazit

Name: Philip Kanwischer

Einschätzung vom: _____

Erforderliche personelle Hilfe einschätzen, nicht allein die derzeit organisierte Versorgung. Je Zeile eine Auswahl; konkrete Hilfe unten erläutern. Die folgenden Hilfestufen sind beschreibende Antworten dieses Bogens, keine automatische Übersetzung in MD-Punkte.

A = keine personelle Hilfe nötig; B = einzelne Impulse/Erinnerungen; C = wiederholte oder schrittweise Unterstützung; D = weitgehende Übernahme/Steuerung; ? = nicht beurteilbar.

Bereich	A	B	C	D	?	Quelle*
Tagesablauf gestalten / auf Änderungen einstellen (F 4.6.1)	☐	☐	☐	☐	☐	_____
Ruhe und Schlaf gestalten (F 4.6.2)	☐	☐	☐	☐	☐	_____
Sich beschäftigen (F 4.6.3)	☐	☐	☐	☐	☐	_____
Über den Tag hinaus planen (F 4.6.4)	☐	☐	☐	☐	☐	_____
Direkten Kontakt gestalten (F 4.6.5)	☐	☐	☐	☐	☐	_____
Kontakte außerhalb des direkten Umfelds pflegen (F 4.6.6)	☐	☐	☐	☐	☐	_____

Wichtigstes Beispiel: Tätigkeit, konkrete erforderliche Hilfe und Häufigkeit:

Zusätzliche bekannte Folgen für Körperpflege, Essen/Trinken oder Medikamentenmanagement:

Verlauf und Übertragbarkeit

Einschränkungen bestehen nach Kenntnis seit: _____

☐ voraussichtlich mindestens 6 Monate ☐ voraussichtlich kürzer ☐ Dauer unklar

☐ schwankend ☐ weitgehend gleichbleibend ☐ Verlauf nicht beurteilbar

Unterschied Therapiegespräch / Alltag; hilfreiche Strategien und verbleibender Bedarf:

Diese Angaben wurden von mir unabhängig geprüft. Nicht beurteilbare Bereiche wurden kenntlich gemacht. Ergänzende eigene Stellungnahme beigefügt: ☐ ja ☐ nein

Datum: _____ Unterschrift / Stempel: _____

Orientierung: MD Bund, Begutachtungs-Richtlinien, gültig ab 01.10.2026, F 4.2, F 4.3 und F 4.6. Auswahl relevanter Aspekte, keine vollständige Modulprüfung.

<https://md-bund.de/themen/pflegebeduerftigkeit-und-pflegebegutachtung/begutachtungs-richtlinien.html>