

## Begutachtungsbogen zur stationären Hospizpflegebedürftigkeit nach § 39a SGB V

Erstantrag

Folgeantrag

Aufenthalt im Hospiz seit:

Personalien (Name, Geburtsdatum, Wohnort):

Krankenkasse:

**Wohnhaft:**  im eigenen Zuhause  bei Angehörigen lebend  im Pflegeheim  
 andere:

Pflegegrad:  beantragt Pflegegrad:  Höherstufung beantragt

Notwendigkeitsbescheinigung durch (Name, Adresse):

### 1. Benennung der für den Hospizpflegebedarf relevanten Diagnose(n)

mit Datum der Erstdiagnose, Stadium/Schweregrad, bisherigem und aktuellem Krankheits- und Behandlungsverlauf, Prognose:

#### Letzte Krankenhausbehandlung:

Wann:

Wo:

Wegen:

#### Ergänzend bitten wir um Arzt- bzw. Krankenhausentlassungsberichte!

**Keine Arzt- bzw. Krankenhausentlassungsberichte hier vorliegend.**  
Diese könnten durch den MD Nord angefordert werden bei:

Ist die Erkrankung jetzt progredient?  nein  ja, wo/wie:

Ist jegliche spezifische Therapie beendet?  nein\*  ja, wann:

**\*Falls nein: Derzeit noch laufende bzw. konkret geplante Therapie:**

Therapieziel:

Operation  nein  ja, wann:  
welche:

Chemotherapie  nein  ja, wann:  
 derzeit laufend mit:

Zielgerichtete/Immuntherapie  nein  ja, wann:  
 derzeit laufend mit:

Antihormonelle Therapie  nein  ja, wann:  
 derzeit laufend mit:

Strahlentherapie  nein  ja, wann:  
 derzeit im Zielgebiet:

**2. Derzeitiger Zustand und Symptomlast, erhoben am**

stabil  instabil  sich verschlechternd  sterbend

**Psychosoziale Belastung (welche?):**

**Einteilung ECOG zur Beurteilung des Gesamtzustandes**

- 0 Normale uneingeschränkte Aktivität wie vor der Erkrankung.
- 1 Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, aber gehfähig, leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen (z. B. leichte Hausarbeit oder Büroarbeit) möglich.
- 2 Gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig, kann mehr als 50 % der Wachzeit aufstehen.
- 3 Nur begrenzte Selbstversorgung möglich, 50 % oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden.
- 4 Völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich; völlig an Bett oder Stuhl gebunden.

(n. Oken MM et al.: Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol 5:649-655, 1982)

**Aktuelles Gewicht**      **kg**                      **bei Körpergröße**      **cm**

**Welche Symptome sind vorhanden?**

Schmerzen in Ruhe  Schmerzen in Belastung mit Einschränkung der ADL

Atemnot in Ruhe  Atemnot bei Belastung mit Einschränkung der ADL

Übelkeit  Erbrechen  Obstipation  Diarrhoe

Schluckstörungen für:

Flüssigkeiten  feste Speisen  Kachexie

Angst  Panikattacken  Unruhe  Fatigue

Aszites  Pleuraergüsse  Dekubitus  Lymphödem

Chronische Ulzera und zwar:

Krampfneigung  Verwirrtheit  Lähmungen

Sonstige psychische Störungen, welche:

**Genauere Beschreibung der Hauptsymptome und Funktionsstörungen:**

**Bewusstseinslage:**

wach  reagiert adäquat  reagiert nicht adäquat  somnolent  komatös

**Orientierung**  vollständig bzw.

zur Person  ja  nein  teilweise:

örtlich  ja  nein  teilweise:

zeitlich  ja  nein  teilweise:

zur Situation  ja  nein  teilweise:

Kommunikation erhalten  ja bzw.

gestört aufgrund:  Sprache  Sprachverständnis  Hören  Sehen

#### Aktuelle Medikation

oral  i.v.  i.m.  s.c.  Infusion  PCA-Pumpe  Inhalation

Abruf von Bedarfsmedikation (Häufigkeit in den letzten 5 Tagen)

⇒ Bitte Medikationsplan in Anlage!

### 3. Palliativmedizinischer und palliativpflegerischer Bedarf:

Psychosoziale Unterstützung, Beschreibung:

Krisenintervention, Beschreibung:

Symptomkontrolle, Beschreibung:

Portnutzung/-pflege

Parenterale Ernährung  Enterale Ernährung über PEG

Infusionen:  s.c.  Port

Sauerstoffbedarf Liter/Minute:  Beatmung:

Versorgung von Kathetern: Welche:

Versorgung von Drainagen: Welche:

Versorgung eines  Tracheostomas  Urostomas  Kolostomas

sonstige:

Wundversorgung/Dekubitus (Art und Lokalisation):

**Besonderheiten des Einzelfalles:**

**Die Aufnahme im Hospiz ist erforderlich, weil der Patient/die Patientin**

- an einer Erkrankung leidet, die ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat, die progredient verläuft und bei der eine Heilung ausgeschlossen ist.
- eine palliativ-medizinische und palliativpflegerische Versorgung benötigt wird und diese vom Patienten/von der Patientin erwünscht ist.
- Es wird lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahren – erwartet.
- Eine Krankenhausbehandlung ist nicht (mehr) erforderlich.
- Die stationäre Hospizpflege ist notwendig, da eine ambulante und teilstationäre Versorgung wegen der notwendigen palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung nicht ausreichend ist.
- Der oder die bisher Betreuenden sind regelmäßig mit dem aus der Krankheit resultierenden Versorgungsbedarf überfordert.

**Bei Verlängerungsanträgen:**

**Wesentliche Veränderungen im Verlauf. Welche neu hinzugetretenen Umstände ärztlicher, pflegerischer oder sonstiger Art machen eine Hospizversorgung im Besonderen notwendig?**

Die Rückkehr in den häuslichen Bereich/andere Versorgungsbereiche (Pflegeeinrichtung) ist möglich oder wahrscheinlich:

- ja       bei weiterer Stabilisierung im zeitlichen Verlauf von ca.
- nein       derzeit nicht ausreichend stabil       progredienter Verlauf

**Ergänzendes und weiterführende Hinweise:**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des ausfüllenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Arztstempel/Klinikstempel