

Pflege zu Hause

Hilfen für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst

Deutsche Leukämie-Forschungshilfe

-Aktion für krebskranke Kinder e.V.-



Herausgeber:

Deutsche Leukämie-Forschungshilfe

Aktion für krebskranke Kinder e.V.

Dachverband

Adenauerallee 134

53113 Bonn

Telefon: 0228 / 68846-0

Fax: 0228 / 68846-44

dlfhbonn@kinderkrebsstiftung.de

www.kinderkrebsstiftung.de

Auflage 2011

Diese Brosche ist entstanden in Zusammenarbeit mit einer Arbeitsgruppe der PSAPOH (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie).

Wir danken allen Mitwirkenden für ihre Unterstützung sowie der Bundesvereinigung Lebenshilfe und der BARMER Ersatzkasse für die freundliche Genehmigung zur Verwendung ihrer Vorlagen.

Liebe Eltern,

dem Medizinischen Dienst der Kranken- und Pflegeversicherungen (MDK) fällt es oft schwer, den Umfang der Pflegebedürftigkeit - insbesondere bei Kindern - zu bewerten. Um den tatsächlich anfallenden täglichen Pflegebedarf bei einem krebserkrankten Kind zu erfassen, ist es hilfreich, eine Zeitlang ein **Pflegetagebuch*** zu führen. In dieser Broschüre finden Sie ein Pflegetagebuch-Schema mit Feldern für Ihre Eintragungen; ähnliche Vorlagen erhalten Sie auch bei Ihrer Krankenkasse. In diesem Pflegetagebuch sollen alle Hilfestellungen und Pflegeleistungen, die innerhalb von 24 Stunden anfallen, möglichst genau dokumentiert werden - am besten für die Dauer von einer Woche.

Dabei ist darauf zu achten, dass immer auch die helfende Anleitung dokumentiert wird, wenn sie zur Unterstützung eigenständiger Handlungen notwendig ist. Die vorgegebene Checkliste mit den beispielhaft aufgezählten Inhalten dient als Anleitung für die täglichen Notizen. Sie können selbstverständlich auch umfangreicher sein und auf beizufügenden Blättern eingetragen werden. Wichtig ist, dass der Zeitaufwand für das betreffende Kind am Rand vermerkt wird. Zählen Sie neben den belastenden auch erfreuliche Aspekte auf, da auch diese zeitaufwendig sein können.

Im Anschluss an dieses Pflegetagebuch können Sie (evtl. auch zusammen mit einem Mitarbeiter oder einer Mitarbeiterin des Psychosozialen Dienstes Ihrer Kinderkrebstation) den angefügten **Fragebogen**** ausfüllen, der Grundlage für die Begutachtung des Medizinischen Dienstes sein soll. Mit Hilfe des Tagebuches werden Sie den Zeitaufwand bei den einzelnen Hilfeleistungen besser ermitteln können. Nach Ausfüllen des Fragebogens sind Sie bestens auf den Besuch des Gutachters vorbereitet, weil Ihre Notizen einen genauen Überblick über die durchschnittliche Alltags-Situation geben, die von den Bedingungen am Tage des Gutachter-Besuches stark abweichen kann. Sie sind mit Hilfe des Fragebogens auch besser informiert über die verschiedenen Aspekte, die vom Gutachter abgefragt werden.

Achten auch Sie mit darauf, dass der Gutachter des MDK möglichst zu Beginn der intensiven Behandlungszeit kommt, damit sein Eindruck von der Pflegebedürftigkeit des Patienten realistisch ist. Sie können durch Ihren Anruf bei der Pflegekasse diesen Besuch u.U. beschleunigen. Die Psychosozialen Dienste werden Ihnen dabei behilflich sein.

Wir hoffen, Sie mit dieser Dokumentationshilfe sinnvoll unterstützen zu können.

Dachverband
Deutsche Leukämie-Forschungshilfe
Aktion für krebserkrankte Kinder e.V.

* Das Tagebuch-Schema in dieser Broschüre basiert auf einer Vorlage der BARMER Ersatzkasse.

** Der hier vorliegende Fragebogen wurde auf der Grundlage eines Fragebogens erstellt, den die *Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V.* entwickelt hat, berücksichtigt aber darüber hinaus die besonderen Bedingungen der Pflege und Versorgung krebserkrankter Kinder.

Das Pflegetagebuch wird geführt für das Kind:

Name/Vorname: _____

geboren am: _____

Anschrift:
Straße/PLZ/Ort _____

Anschrift der Eltern
oder der
Sorgeberechtigten: _____

Anschrift
der Betreuerin/
des Betreuers: _____

Tagebuch- eintragungen

vom _____

bis _____

_____,den _____

Zeit

Morgendliche Hilfen,
zum Beispiel beim Aufstehen, Toilettengang, Waschen, Ankleiden und
Frühstück, Kontrolle der Medikamentenverabreichung

Zeit

Termine,
zum Beispiel beim Arzt, Krankengymnast, Frühförderungsmaßnahme,

Zeit

Hilfe und pflegeunterstützende Leistungen im Laufe des Tages,
zum Beispiel beim Umkleiden, Mittagessen, Toilettengang, Bewegungs-
Übungen nach Vojta/Bobath, Pneumonieprophylaxe durch Abklopfen

| | |
|-------------------------------|--|
| <p>Zeit</p> <hr/> <hr/> <hr/> | <p>Beschreibung von Aufgaben, die neben Therapie und Förderung zur Lebensqualität und zum Wohlbefinden des erkrankten Kindes beitragen, aber in verschiedener Hinsicht aufwendig sind und deshalb über den normalen Förderbedarf eines gesunden Kindes hinausgehen. Zum Beispiel Entspannungsübungen zum Abbau von Aggressionen und Hyperaktivität, zur Förderung des nächtlichen Schlafs, spielerisches Selbständigkeitstraining zur Vermeidung des Pflegebedarfs</p> <hr/> <hr/> <hr/> |
| <p>Zeit</p> <hr/> <hr/> <hr/> | <p>Hilfe- und Pflegeleistungen am Abend zum Beispiel beim Abendessen, bei der Medikamenteneinnahme, beim Auskleiden, Waschen, zu Bett bringen</p> <hr/> <hr/> <hr/> |
| <p>Zeit</p> <hr/> <hr/> <hr/> | <p>Hilfe und Pflegeleistungen in der Nacht, zum Beispiel Beaufsichtigung, Beruhigen bei Angst-, Schmerz- und Erregungszuständen, Umbetten, Toilettengang, Wickeln</p> <hr/> <hr/> <hr/> |
| <p>Zeit</p> <hr/> <hr/> <hr/> | <p>Besonderheiten im Berichtszeitraum, aktueller Allgemeinzustand, Belastungsgrenzen, kritische Ereignisse, Erfreuliches oder Positives</p> <hr/> <hr/> <hr/> |

_____,den _____

Zeit

Morgentliche Hilfen,
zum Beispiel beim Aufstehen, Toilettengang, Waschen, Ankleiden und
Frühstück, Kontrolle der Medikamentenverabreichung

Zeit

Termine,
zum Beispiel beim Arzt, Krankengymnast, Frühförderungsmaßnahme,

Zeit

Hilfe und pflegeunterstützende Leistungen im Laufe des Tages,
zum Beispiel beim Umkleiden, Mittagessen, Toilettengang, Bewegungs-
Übungen nach Vojta/Bobath, Pneumonieprophylaxe durch Abklopfen

| | |
|-------------------------------|--|
| <p>Zeit</p> <hr/> <hr/> <hr/> | <p>Beschreibung von Aufgaben, die neben Therapie und Förderung zur Lebensqualität und zum Wohlbefinden des erkrankten Kindes beitragen, aber in verschiedener Hinsicht aufwendig sind und deshalb über den normalen Förderbedarf eines gesunden Kindes hinausgehen. Zum Beispiel Entspannungsübungen zum Abbau von Aggressionen und Hyperaktivität, zur Förderung des nächtlichen Schlafs, spielerisches Selbständigkeitstraining zur Vermeidung des Pflegebedarfs</p> <hr/> <hr/> <hr/> |
| <p>Zeit</p> <hr/> <hr/> <hr/> | <p>Hilfe- und Pflegeleistungen am Abend zum Beispiel beim Abendessen, bei der Medikamenteneinnahme, beim Auskleiden, Waschen, zu Bett bringen</p> <hr/> <hr/> <hr/> |
| <p>Zeit</p> <hr/> <hr/> <hr/> | <p>Hilfe und Pflegeleistungen in der Nacht, zum Beispiel Beaufsichtigung, Beruhigen bei Angst-, Schmerz- und Erregungszuständen, Umbetten, Toilettengang, Wickeln</p> <hr/> <hr/> <hr/> |
| <p>Zeit</p> <hr/> <hr/> <hr/> | <p>Besonderheiten im Berichtszeitraum, aktueller Allgemeinzustand, Belastungsgrenzen, kritische Ereignisse, Erfreuliches oder Positives</p> <hr/> <hr/> <hr/> |

_____, den _____

Zeit

Morgendliche Hilfen,
zum Beispiel beim Aufstehen, Toilettengang, Waschen, Ankleiden und
Frühstück, Kontrolle der Medikamentenverabreichung

Zeit

Termine,
zum Beispiel beim Arzt, Krankengymnast, Frühförderungsmaßnahme,

Zeit

Hilfe und pflegeunterstützende Leistungen im Laufe des Tages,
zum Beispiel beim Umkleiden, Mittagessen, Toilettengang, Bewegungs-
Übungen nach Vojta/Bobath, Pneumonieprophylaxe durch Abklopfen

Zeit

Beschreibung von Aufgaben, die neben Therapie und Förderung zur Lebensqualität und zum Wohlbefinden des erkrankten Kindes beitragen, aber in verschiedener Hinsicht aufwendig sind und deshalb über den normalen Förderbedarf eines gesunden Kindes hinausgehen. Zum Beispiel Entspannungsübungen zum Abbau von Aggressionen und Hyperaktivität, zur Förderung des nächtlichen Schlafs, spielerisches Selbständigkeitstraining zur Vermeidung des Pflegebedarfs

Zeit

Hilfe- und Pflegeleistungen am Abend zum Beispiel beim Abendessen, bei der Medikamenteneinnahme, beim Auskleiden, Waschen, zu Bett bringen

Zeit

Hilfe und Pflegeleistungen in der Nacht, zum Beispiel Beaufsichtigung, Beruhigen bei Angst-, Schmerz- und Erregungszuständen, Umbetten, Toilettengang, Wickeln

Zeit

Besonderheiten im Berichtszeitraum, aktueller Allgemeinzustand, Belastungsgrenzen, kritische Ereignisse, Erfreuliches oder Positives

_____,den _____

Zeit

Morgendliche Hilfen,
zum Beispiel beim Aufstehen, Toilettengang, Waschen, Ankleiden und
Frühstück, Kontrolle der Medikamentenverabreichung

Zeit

Termine,
zum Beispiel beim Arzt, Krankengymnast, Frühförderungsmaßnahme,

Zeit

Hilfe und pflegeunterstützende Leistungen im Laufe des Tages,
zum Beispiel beim Umkleiden, Mittagessen, Toilettengang, Bewegungs-
Übungen nach Vojta/Bobath, Pneumonieprophylaxe durch Abklopfen

| | |
|--|---|
| <p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Beschreibung von Aufgaben, die neben Therapie und Förderung zur Lebensqualität und zum Wohlbefinden des erkrankten Kindes beitragen, aber in verschiedener Hinsicht aufwendig sind und deshalb über den normalen Förderbedarf eines gesunden Kindes hinausgehen. Zum Beispiel Entspannungsübungen zum Abbau von Aggressionen und Hyperaktivität, zur Förderung des nächtlichen Schlafs, spielerisches Selbständigkeitstraining zur Vermeidung des Pflegebedarfs</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Hilfe- und Pflegeleistungen am Abend zum Beispiel beim Abendessen, bei der Medikamenteneinnahme, beim Auskleiden, Waschen, zu Bett bringen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Hilfe und Pflegeleistungen in der Nacht, zum Beispiel Beaufsichtigung, Beruhigen bei Angst-, Schmerz- und Erregungszuständen, Umbetten, Toilettengang, Wickeln</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Besonderheiten im Berichtszeitraum, aktueller Allgemeinzustand, Belastungsgrenzen, kritische Ereignisse, Erfreuliches oder Positives</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |

_____, den _____

Zeit

Morgendliche Hilfen,
zum Beispiel beim Aufstehen, Toilettengang, Waschen, Ankleiden und
Frühstück, Kontrolle der Medikamentenverabreichung

Zeit

Termine,
zum Beispiel beim Arzt, Krankengymnast, Frühförderungsmaßnahme,

Zeit

Hilfe und pflegeunterstützende Leistungen im Laufe des Tages,
zum Beispiel beim Umkleiden, Mittagessen, Toilettengang, Bewegungs-
Übungen nach Vojta/Bobath, Pneumonieprophylaxe durch Abklopfen

| | |
|---|---|
| <p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Beschreibung von Aufgaben, die neben Therapie und Förderung zur Lebensqualität und zum Wohlbefinden des erkrankten Kindes beitragen, aber in verschiedener Hinsicht aufwendig sind und deshalb über den normalen Förderbedarf eines gesunden Kindes hinausgehen. Zum Beispiel Entspannungsübungen zum Abbau von Aggressionen und Hyperaktivität, zur Förderung des nächtlichen Schlafs, spielerisches Selbständigkeitstraining zur Vermeidung des Pflegebedarfs</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Hilfe- und Pflegeleistungen am Abend zum Beispiel beim Abendessen, bei der Medikamenteneinnahme, beim Auskleiden, Waschen, zu Bett bringen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Hilfe und Pflegeleistungen in der Nacht, zum Beispiel Beaufsichtigung, Beruhigen bei Angst-, Schmerz- und Erregungszuständen, Umbetten, Toilettengang, Wickeln</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Besonderheiten im Berichtszeitraum, aktueller Allgemeinzustand, Belastungsgrenzen, kritische Ereignisse, Erfreuliches oder Positives</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |

_____, den _____

Zeit

Morgendliche Hilfen,
zum Beispiel beim Aufstehen, Toilettengang, Waschen, Ankleiden und
Frühstück, Kontrolle der Medikamentenverabreichung

Zeit

Termine,
zum Beispiel beim Arzt, Krankengymnast, Frühförderungsmaßnahme,

Zeit

Hilfe und pflegeunterstützende Leistungen im Laufe des Tages,
zum Beispiel beim Umkleiden, Mittagessen, Toilettengang, Bewegungs-
Übungen nach Vojta/Bobath, Pneumonieprophylaxe durch Abklopfen

| | |
|---|---|
| <p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Beschreibung von Aufgaben, die neben Therapie und Förderung zur Lebensqualität und zum Wohlbefinden des erkrankten Kindes beitragen, aber in verschiedener Hinsicht aufwendig sind und deshalb über den normalen Förderbedarf eines gesunden Kindes hinausgehen. Zum Beispiel Entspannungsübungen zum Abbau von Aggressionen und Hyperaktivität, zur Förderung des nächtlichen Schlafs, spielerisches Selbständigkeitstraining zur Vermeidung des Pflegebedarfs</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Hilfe- und Pflegeleistungen am Abend zum Beispiel beim Abendessen, bei der Medikamenteneinnahme, beim Auskleiden, Waschen, zu Bett bringen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Hilfe und Pflegeleistungen in der Nacht, zum Beispiel Beaufsichtigung, Beruhigen bei Angst-, Schmerz- und Erregungszuständen, Umbetten, Toilettengang, Wickeln</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>Zeit</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Besonderheiten im Berichtszeitraum, aktueller Allgemeinzustand, Belastungsgrenzen, kritische Ereignisse, Erfreuliches oder Positives</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |

_____, den _____

Zeit

Morgendliche Hilfen,
zum Beispiel beim Aufstehen, Toilettengang, Waschen, Ankleiden und
Frühstück, Kontrolle der Medikamentenverabreichung

Zeit

Termine,
zum Beispiel beim Arzt, Krankengymnast, Frühförderungsmaßnahme,

Zeit

Hilfe und pflegeunterstützende Leistungen im Laufe des Tages,
zum Beispiel beim Umkleiden, Mittagessen, Toilettengang, Bewegungs-
Übungen nach Vojta/Bobath, Pneumonieprophylaxe durch Abklopfen

Liebe Eltern,

nachdem Ihre persönliche Pflegedokumentation in Form des Tagebuchs abgeschlossen ist, sollten Sie sich jetzt mit dem folgenden Fragebogen beschäftigen. In diesen werden die Durchschnittswerte des täglichen Zeitaufwandes, die sich aus dem Pfl egetagebuch ergeben, eingetragen.

Sie sollten zur Einführung noch wissen, welche Bedeutung die Abkürzungen im einzelnen haben:

- | | |
|----------------------------|---|
| Ü = Übernahme | - die Tätigkeit wird also von Ihnen, der pflegenden Person ausgeführt, weil der Pflegebedürftige sie selbst nicht ausführen kann. |
| A = Anleitung | - die Tätigkeit kann vom kranken Kind selbst nur mit Anleitung oder Hilfestellung durch die Pflegeperson ausgeführt werden. Die Pflegeperson muss den Ablauf der einzelnen Handlungsschritte lenken oder demonstrieren. |
| B = Beaufsichtigung | - für die Durchführung einer Tätigkeit durch das Kind ist Ihre Anwesenheit und/oder Aufsicht nötig. Hierbei steht die Sicherheit des Kindes beim konkreten Handlungsablauf der Verrichtungen im Vordergrund. |

Beispiel: Mit „Ü“ bei der Rubrik Nahrungsaufnahme ist selbstverständlich das Füttern gemeint, wohingegen z.B. beim An- und Auskleiden „Ü“ nicht nur eine Hilfestellung, sondern die Ausführung durch die Pflegeperson bedeutet.

Im Feld Erläuterungen sind jeweils beispielhaft mögliche Einträge vorgegeben, die natürlich durch eigene Anmerkungen, eventuell auf einem gesonderten Blatt, ergänzt oder ersetzt werden können. Alle Unklarheiten sollten Sie mit einem Mitarbeiter des Psychosozialen Dienstes in der Klinik besprechen. Gegebenenfalls können Sie sich auch an die Pflegekasse wenden, die zur Beratung und Aufklärung verpflichtet ist.

Fragebogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung

| |
|---------------------|
| Körperpflege |
|---------------------|

| | Hilfebedarf | | Übernahme Anleitung Beaufsichtigung | (Ü) (A) (B) | wie oft monatl. (m) wöchentl(w) täglich (t) | Minuten | insges. durch- schnittlich/Tag |
|---|-------------|----|---|-------------------|--|---------|-----------------------------------|
| | nein | ja | | | | | |
| 1. Waschen* | | | Ü | A | B | | |
| am Waschbecken (morgens, abends, vor u. nach den Mahlzeiten und Toilettengängen) | O | O | O | O | O | _____ | _____ |
| Haare waschen | O | O | O | O | O | _____ | _____ |
| Föhnen | O | O | O | O | O | _____ | _____ |
| Hautpflege | O | O | O | O | O | _____ | _____ |
| Fußpflege | O | O | O | O | O | _____ | _____ |

Erläuterungen:

z.B.: Spezielle Pflege-Kriterien bei i.v.-Verweilkatheter; besondere Hygienevorschriften bei geschwächtem Immunsystem; Hautpflege nach Amputationen, Bestrahlungen; Wundpflege

| | | | | | | | |
|--------------------------|---|---|----------|----------|----------|-------|-------|
| 2. Duschen/Baden* | | | Ü | A | B | | |
| Duschvorgang vorber. | O | O | O | O | O | _____ | _____ |
| Temperatur einstellen | O | O | O | O | O | _____ | _____ |
| Seife/Shampoo benutz. | O | O | O | O | O | _____ | _____ |
| Abtrocknen | O | O | O | O | O | _____ | _____ |
| Hautpflege | O | O | O | O | O | _____ | _____ |
| Ankleiden | O | O | O | O | O | _____ | _____ |

Erläuterungen:

* Es sind auch die Hilfen zum Gehen und Stehen zu berücksichtigen, sofern sie nicht unter Punkt 10 bzw. Punkt 11 gesondert ausgewiesen werden.

| | Hilfebedarf | | Übernahme Anleitung Beaufsichtigung | (Ü) (A) (B) | wie oft monatl. (m) wöchentl(w) täglich (t) | Minuten | insges. durch- schnittlich/Tag |
|-----------------------------------|--|-----------------------|---|-----------------------|--|---------|-----------------------------------|
| | nein | ja | | | | | |
| 3. Zahnpflege | | | Ü | A | B | | |
| Mundhygiene | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| Zahncreme dosieren | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| Zähne putzen (dreimal täglich) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| Zahnspangenpflege | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| Erläuterungen: | <i>besondere Mundpflege (therapiebedingt), Kontrolle der Mundhöhle auf Veränderungen, Prothesenpflege z.B. nach Kieferteilresektionen bei Tumoren im Bereich der Mundhöhle</i> | | | | | | |

| | | | | | | | |
|------------------------------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|-------|
| 4. Haarpflege, Rasieren | | | Ü | A | B | | |
| Haare schneiden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| Haare kämmen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| Pflege der Kopfhaut | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| Rasieren | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| Nagelpflege | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| Erläuterungen: | <i>Mehraufwand für die spezielle Pflege einer Perücke, Hilfe beim Aufsetzen und Kämmen der Perücke</i> | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|-------|
| 5. Darm- und Blasenentleerung | | | Ü | A | B | | |
| Toilette benutzen (An- und Ausziehen berücksichtigen) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| Ausreichend säubern | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| Hilfe bei Inkontinenz - Zeit für evtl. Toiletten- training berücksichtigen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| Windelwechsel | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| Intimpflege | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| Monatshygiene | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| Erläuterungen: | <i>Harn- und Stuhlkontrolle z.B. zur Einstellung der Medikation oder zum Erkennen von Blutungen, Besonderheiten wie z.B. Schmerzen bei der Entleerung, Anus-Praeter-Pflege</i> | | | | | | |

| |
|-------------------|
| Ernährung: |
|-------------------|

| | Hilfebedarf | | Übernahme Anleitung Beaufsichtigung | (Ü) (A) (B) | wie oft monatl. (m) wöchentl(w) täglich (t) | Minuten | insges. durch- schnittlich/Tag | |
|--|-----------------------|-----------------------|---|-----------------------|--|---------|-----------------------------------|-------|
| | nein | ja | | | | | | |
| 6. mundgerechte Zubereitung | | | Ü | A | B | | | |
| Portionsgerecht vorbereiten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ | _____ |
| Zerkl. der Nahrung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ | _____ |
| Erkennen der richtigen Essenstemperatur | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ | _____ |
| Brot streichen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ | _____ |
| Pürieren der Nahrung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ | _____ |
| Sonderernährung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ | _____ |

Erläuterungen:

zeitlicher Mehraufwand bei der Nahrungszubereitung z.B. bei Appetitstörungen oder Heißhungeressen

| | | | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|-------|-------|
| 7. Nahrungsaufnahme | | | Ü | A | B | | | |
| Essen | <input type="radio"/> | _____ | _____ | _____ |
| Trinken | <input type="radio"/> | _____ | _____ | _____ |
| (Evtl. notwendige Aufforderung zur Nahrungsaufnahme während des Essens, d.h. auch zum Kauen und Schlucken sowie Unterstützung der zum Essen notwendigen Körperhaltung berücksichtigen!) | | | | | | | | |
| Umgang mit Besteck | <input type="radio"/> | _____ | _____ | _____ |
| Sondenkost | <input type="radio"/> | _____ | _____ | _____ |

Erläuterungen:

motivierende wiederholte Aufforderung zur Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme nicht nur während der Mahlzeiten

| |
|-------------------|
| Mobilität: |
|-------------------|

| | Hilfebedarf | | Übernahme Anleitung Beaufsichtigung | (Ü) (A) (B) | wie oft monatl. (m) wöchentl(w) täglich (t) | Minuten | insges. durch- schnittlich/Tag |
|---|-------------|----|---|-------------------|--|---------|-----------------------------------|
| | nein | ja | | | | | |
| 8. Aufstehen / Zu Bett gehen | | | Ü | A | B | | |
| Aufstehen | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | _____ | _____ |
| Zu Bett gehen | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | _____ | _____ |
| Umlagerung bei Tag und Nacht | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | _____ | _____ |
| Hilfen bei gestörtem Schlaf-Wach-Rhythmus | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | _____ | _____ |
| Nächtl. Hilfeleistung (z.B. bei allg. nächtl. Unruhe, Angstzuständen, Schmerzen) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | _____ | _____ |

Erläuterungen:

*Motivation zum Aufstehen in depressiven Phasen, Mobilisierung***9. An-/Auskleiden**

| | | | Ü | A | B | | |
|---|---|---|----------|----------|----------|-------|-------|
| Zurechtlegen von Kleidung | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | _____ | _____ |
| Ankleiden | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | _____ | _____ |
| Auskleiden | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | _____ | _____ |
| Schuhe anziehen | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | _____ | _____ |
| Tageszeitgemäße und witterungsgemäße Auswahl der Kleidung | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | _____ | _____ |
| Reihenfolge des An- und Auskleidens | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | _____ | _____ |
| Prothese anlegen | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | _____ | _____ |
| Wäschewechsel | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | _____ | _____ |

Erläuterungen:

besonders häufiger Wäschewechsel bei verschärften Hygienevorschriften, erschwertes An- und Auskleiden bei i.v.-Verweilkatheter

| | Hilfebedarf | | Übernahme Anleitung Beaufsichtigung | (Ü) (A) (B) | wie oft monatl. (m) wöchentl(w) täglich (t) | Minuten | insges. durch- schnittlich/Tag |
|---|-----------------------|-----------------------|---|-----------------------|--|---------|-----------------------------------|
| | nein | ja | | | | | |
| 10. Gehen innerhalb der Wohnung | | | Ü | A | B | | |
| Störungen beim Gehen, aus körperl. Gründen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| aus seel. Gründen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| sinnesbedingt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |

(Evtl. notwendige zeitgleiche Hilfen durch mehrere Personen berücksichtigen!)

Erläuterungen: *therapiebedingt eingeschränkte Leistungsfähigkeit*

| | Hilfebedarf | | Ü | A | B | wie oft monatl. (m) wöchentl(w) täglich (t) | Minuten | insges. durch- schnittlich/Tag |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|---------|-----------------------------------|
| | nein | ja | | | | | | |
| 11. Stehen | | | Ü | A | B | | | |
| Aufstehen | <input type="radio"/> | _____ | _____ | |
| Hilfe beim Stehen, z.B. beim Waschen | <input type="radio"/> | _____ | _____ | |
| Wiederhinsetzen | <input type="radio"/> | _____ | _____ | |

(Evtl. notwendige zeitgleiche Hilfen durch mehrere Personen berücksichtigen!)

Erläuterungen:

| | Hilfebedarf | | Ü | A | B | wie oft monatl. (m) wöchentl(w) täglich (t) | Minuten | insges. durch- schnittlich/Tag |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|---------|-----------------------------------|
| | nein | ja | | | | | | |
| 12. Treppensteigen innerhalb der Wohnung | | | Ü | A | B | | | |
| Treppensteigen | <input type="radio"/> | _____ | _____ | |

(Evtl. notwendige zeitgleiche Hilfen durch mehrere Personen berücksichtigen!)

Erläuterungen: *besondere Beaufsichtigung nötig bei Blutungsneigung*

| | Hilfebedarf | | Übernahme Anleitung Beaufsichtigung | (Ü) (A) (B) | wie oft monatl. (m) wöchentl(w) täglich (t) | Minuten | insges. durch- schnittlich/Tag |
|---|-----------------------|-----------------------|---|-----------------------|--|---------|-----------------------------------|
| | nein | ja | | | | | |
| 13. Verlassen/Wieder- aufsuchen der Wohnung zur Auf- rechterhaltung der Lebensführung (d.h. persönl. Erscheinen muß erforderlich sein, z.B. Arztbesuch*, Therapeutenbesuch*) | | | Ü | A | B | | |
| Bewegen außerhalb der Wohnung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| Verkehrssicherheit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |
| Raumorientierung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ | _____ |

(Evtl. notwendige zeitgleiche Hilfen durch mehrere Personen berücksichtigen!)

Begründung für
notwendige Begleitung:

** hier darf nur die Wegezeit angerechnet werden, nicht die Warte- und Behandlungszeiten*



- Hauswirtschaftliche Versorgung**

 - ◆ **Einkaufen**
 - ◆ **Kochen**
 - ◆ **Spülen**
 - ◆ **Beheizen der Wohnung**
 - ◆ **Wechseln/Waschen der Wäsche**
 - ◆ **Reinigen der Wohnung**

*Die aufgeführten Tätigkeiten werden normalerweise von Kindern sowieso nicht selbständig durchgeführt. Besonders hinzuweisen ist deshalb nur auf einen **krankheitsbedingten zeitlichen Mehraufwand**, z.B. beim Einkaufen und Kochen durch besondere Diätvorschriften, Zubereitung zusätzlicher Mahlzeiten, oder Ernährung nach einer Stammzelltransplantation.*

Beim Wechseln und Waschen der Wäsche sowie beim Reinigen der Wohnung wird ein höherer Zeitaufwand durch besondere Hygienevorschriften (auch Desinfektionsmaßnahmen!) sowie durch Therapiefolgen (häufiges Erbrechen!) bedingt.

Insgesamt ist darauf zu achten, dass der Zeitaufwand für die Grundpflege gegenüber dem Zeitaufwand für die hauswirtschaftliche Versorgung überwiegt. Bei Anspruch auf Pflegestufe I muss die Grundpflege mehr als 45 min von insgesamt mindestens 90 min Pflegeaufwand ausmachen, bei Pflegestufe II muss die Grundpflege mindestens 2 Stunden von insgesamt mindestens 3 Stunden ausmachen.

Bei Kindern bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres wird ein Zeitbedarf für die hauswirtschaftl. Versorgung nur dann angerechnet, wenn ein Bedarf nachgewiesen wird, der höher ist als bei einem gesunden gleichaltrigen Kind. Bei Kindern im Alter zwischen 3 und 14 Jahren kann nach Ansicht des MDK hierfür ein bestimmter Anteil des zeitlichen Mindestwertes unterstellt werden (Pflegestufe I - 30 min, Pflegestufe II u. III - 45 min). Auch hier besteht aber die Möglichkeit, zusätzlichen hauswirtschaftlichen Pflegebedarf vorzutragen.

| |
|--|
| Pflegeunterstützende Maßnahmen: |
|--|

| | Hilfebedarf | | Ü Anleitung Beaufsichtigung | (Ü) (A) (B) | wie oft monatl. (m) wöchentl(w) täglich (t) | Minuten | insges. durch- schnittlich/Tag |
|---|-------------|----|-----------------------------------|-------------------|--|---------|-----------------------------------|
| | nein | ja | | | | | |
| Leistungen, die die häusl. Pflege unterstützen oder aber erst ermöglichen | | | Ü | A | B | | |
| Spiel und Beschäftigung zur Motivation und Angst- bzw. Schmerzminderung; Gymnastik | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | _____ | _____ |
| Förderung und Stimulation der Kommunikationsfähigkeit | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | _____ | _____ |
| spielerisches Training (z.B. Medikamenteneinnahme und Mundpflege) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | _____ | _____ |
| ständige Präsenz der Pflegeperson zum Schutz vor Eigengefährdung (z.B. bei Blutungsneigung) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | _____ | _____ |
| Fiebermessen | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | _____ | _____ |
| Katheterpflege | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | _____ | _____ |
| Medikamentengabe oder Überwachung der Einnahme | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | _____ | _____ |
| spezielle Mundpflege, Behandlg. von Schleimhautläsionen | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | _____ | _____ |
| Inhalationen / Atemübungen | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | _____ | _____ |

Erläuterungen:

Sicherstellung der Fortführung der Behandlung/ Verringerung des Pflegebedarfs

Der Medizinische Dienst geht davon aus, dass pflegebedürftige Kinder zur Feststellung des Hilfebedarfs mit einem gesunden Kind gleichen Alters zu vergleichen sind. Für die Beurteilung maßgebend ist nicht der gesamte Hilfebedarf, den Sie als Eltern in Tagebuch und Fragebogen aufgezeichnet haben, sondern nur der über den natürlichen altersbedingten Pflegebedarf hinausgehende, zusätzliche Hilfebedarf des kranken Kindes.

So wird es z.B. verständlich, dass eine Pflegebedürftigkeit im Säuglingsalter nur ausnahmsweise anerkannt wird, weil der natürliche Pflegeaufwand hier ohnehin größer ist als bei älteren Kindern.

Die folgende Tabelle verdeutlicht, welche Zeitwerte der Medizinische Dienst bei der Bemessung des zusätzlichen Zeitaufwandes maximal in Abzug bringen könnte:

Höchstwerte für den Hilfebedarf gesunder Kinder

| | 0-1 | 1-2 | 2-3 | 3-6 | 6-10 | Jahre |
|--------------|-----|--------|-----|-------|-------|-------------|
| Körperpflege | 62 | 70 | 81 | 76-32 | 22-2. | Minuten/Tag |
| Ernährung | 145 | 108-88 | 48 | 28-10 | 3-0 | Minuten/Tag |
| Mobilität | 36 | 45 | 40 | 34-10 | 10-0 | Minuten/Tag |

Literaturhinweis:

S.Wendt: Richtig begutachten - gerecht beurteilen:

8. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage 2010, DIN A4, 144 Seiten

Die Neuauflage enthält die zurzeit gültigen Begutachtungsrichtlinien sowie Hinweise zu Abweichungen in der Ermittlung des Pflegebedarfs aus der Sicht der Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. Daneben gibt es auch Hinweise zu Widerspruchs- und Klageverfahren.

ISBN-Nummer: 978-3-88617-535-2, Preis: 15.00 €, 7% MwSt. inkl,
oder direkt bei der Lebenshilfe bestellen.

Herausgeber: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.

Raiffeisenstraße 18, 35043 Marburg

Tel.: 06421/491-0

Fax: 06421/491-167

www.lebenshilfe.de,

<mailto:vertrieb@Lebenshilfe.de>