

6.3 Kinder - Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Briefkopf : Ersteller (MDK, Medicproof, SMD, Unabhängiger Gutachter) :

Adressfeld Auftraggeber (Pflegekasse):

Versicherte(r): Stammdaten, ggf. zusätzlich abweichende Aufenthaltsadresse

Anlass des Antrags/Auftrags

- Pflegegeld (§ 37 SGB XI)
- ambulante Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI)
- Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI)
- Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)
- teilstationäre Pflege (§ 41 SGB XI)
- vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)
- Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI)

Art des Antrags/Gutachtenart

- Erstantrag
- Erstantrag nach Eilbegutachtung
- Rückstufungsantrag
- Höherstufungsantrag
- Wiederholungsbegutachtung
- Widerspruch

Antragsdatum □□.□□.□□□□

Eingang des Auftrags beim MDK □□.□□.□□□□

Bisheriger Pflegegrad		<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
seit	□□ □□□□ (MMJJJJ)						
befristet bis	□□ □□□□ (MMJJJJ)						

Verzögerungen im Verfahren

- Kind im Krankenhaus, Rehabilitations-Einrichtung
- wichtiger Behandlungstermin des Antragstellers
- Termin von Antragsteller abgesagt (sonstige Gründe)
- Kind umgezogen
- Kind wohnt im Ausland
- Kind verstorben

K
i
n
d
e
r

- beim angekündigten Hausbesuch nicht angetroffen
- Hausbesuch musste abgebrochen werden wegen Gewaltandrohung oder ähnlich schwerwiegender Gründe
- Hausbesuch musste abgebrochen werden wegen Verständigungsschwierigkeiten (z. B. Muttersprache)

Erläuterungen:

.....

Begutachtung am: □□ □□ □□□□..... **Uhrzeit:** □□ □□

Durch Gutachter(in).

.....

- Erledigunsart** persönliche Befunderhebung
- Aktenlage, weil Kind verstorben
 - Aktenlage, weil persönliche Befunderhebung nicht zumutbar
 - Aktenlage aus sonstigen Gründen, Begründung
-
- vorläufige Aktenlage in Fällen mit verkürzter Begutachtungsfrist

- Erledigunsort** häusliches Wohnumfeld des Versicherten
- vollstationäre Pflegeeinrichtung
 - Kurzzeitpflegeeinrichtung
 - teilstationäre Pflegeeinrichtung
 - vollstationäre Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI)
 - Hospiz
 - Rehabilitations-Einrichtung
 - Krankenhaus
 - Sonstiges

1 Pflegerelevante Vorgeschichte und derzeitige Versorgungssituation

Nach Angaben von:

.....

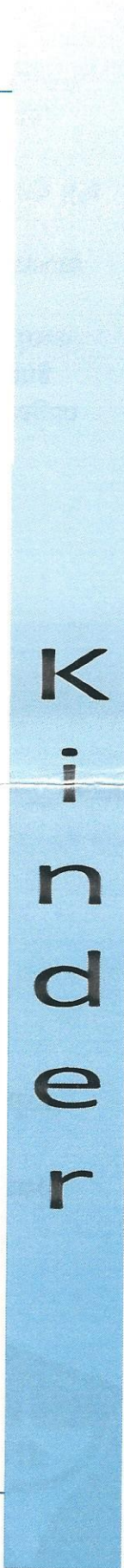
1.1 Pflegerelevante Fremdbefunde Keine

.....

1.2 Pflegerelevante Vorgeschichte (Anamnese), medizinische und pflegerische Angaben unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf die Selbständigkeit.

.....

.....



Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Keine

im letzten Jahr vor der Begutachtung

mehr als 1 Jahr aber weniger als 4 Jahre vor der Begutachtung

ambulante Rehabilitation

stationäre Rehabilitation

Ist aktuell ein Rehabilitationsantrag gestellt?

nein ja, aber noch nicht genehmigt Genehmigung liegt vor

1.3 Vorhandene Hilfsmittel/ Pflegehilfsmittel /Nutzung Keine

1.4 Pflegerelevante Aspekte der Versorgungs- und Wohnsituation

Das Kind lebt in

einer vollstationären Pflegeeinrichtung
Leistungserbringer:

einer stationären Einrichtung nach § 43a SGB XI

Das Kind wohnt teilweise zuhause nein ja und zwar (Umfang):

ambulanter Wohnsituation alleine

ambulanter Wohnsituation mit folgenden Personen:

einer ambulant betreuten Wohngruppe mit mindestens zwei weiteren pflegebedürftigen Personen

Pflege durch Pflegeeinrichtung(en) nach SGB XI

ambulant

Tages-/Nachtpflege

Kurzzeitpflege

Leistungserbringer:

Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI

Das Kind besucht tagsüber den Kindergarten, die Schule, die Werkstatt für behinderte Menschen.....

Beschreibung der aktuellen Versorgungssituation

.....

Präsenz der Pflegeperson(-en) in Rufnähe am Tage

- Nein mehrmals täglich überwiegend durchgehend

Nächtliche Unterstützung

- nie oder max. 1x wöchentlich mehrmals wöchentlich einmal pro Nacht ..
 mehrmals nachts

.....

Angaben zum Pflegeaufwand durch Antragsteller/-in oder Pflegeperson(en)

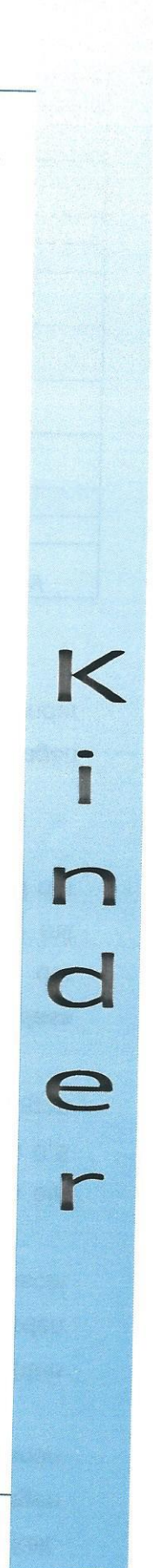
			Mindeststundenzahl von 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens 2 Tagen in der Woche wird nicht erreicht:
Pflege durch	Angegebene Pflegetage pro Woche	Angegebene Pflegestunden pro Woche	Angegebene Anzahl weiterer durch die Pflegeperson gepflegten Pflegebedürftige
Name, Vorname Geburtsdatum Geschlecht Adresse Telefon			
Name, Vorname Geburtsdatum Geschlecht Adresse Telefon			

* Für jede weitere Pflegeperson eine Zeile

Beschreibung der Wohnsituation (nur ambulant)

.....

2 Gutachterlicher Befund



.....
.....
.....

3 Pflegebegründende Diagnose(n)

..... ICD 10

..... ICD 10

weitere Diagnosen:

K
i
n
d
e
r

4 Module NBA

4.1 Modul 1: Mobilität

(Kriterium 4.1.1 bis 4.1.5 entfällt bei Kindern bis zu 18 Monaten)

Die Einschätzung richtet sich bei den Kriterien 4.1.1 bis 4.1.5 ausschließlich danach, ob das Kind in der Lage ist ohne personelle Unterstützung eine Körperhaltung einzunehmen/zu wechseln und sich fortzubewegen.

Zu beurteilen sind hier lediglich Aspekte wie Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination etc. und nicht die zielgerichtete Fortbewegung.

		selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1.1	Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.3	Umsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.5	Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung:

.....

4.1.6 Besondere Bedarfskonstellation

Eine Beurteilung ist bei Kindern altersunabhängig immer erforderlich.

Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine

ja

Erläuterung(en):

K
i
n
d
e
r
e
n

.....

Summe der Einzelpunkte	
------------------------	--

Gewichtete Punkte	
-------------------	--

4.2 Modul .2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

(entfällt bei Kindern im Alter bis zu 18 Monaten)

Die Einschätzung bezieht sich bei den Kriterien 2.1 bis 2.8 ausschließlich auf kognitive Funktionen und Aktivitäten.

Zu beurteilen sind hier lediglich Aspekte wie Erkennen, Entscheiden oder Steuern etc. und nicht die motorische Umsetzung.

Bei den Kriterien zur Kommunikation 2.9 bis 2.11 sind auch die Auswirkungen von Hör-, Sprech- oder Sprachstörungen zu berücksichtigen.

		Die Fähigkeit ist:			
		vorhanden/ unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
4.2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2.2	Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2.3	Zeitliche Orientierung (zu beurteilen ab 2 Jahren und 6 Monate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen (zu beurteilen ab 4 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren (zu beurteilen ab 2 Jahren und 6 Monate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2.9	Mitteilen von elementaren Be-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K
i
n
d
e
r

	dürfnisse				
4.2.10	Verstehen von Aufforderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2.11	Beteiligen an einem Gespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung:

.....

.....

.....

Summe der Einzelpunkte	
------------------------	--

Gewichtete Punkte	
-------------------	--

4.3 Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

In diesem Modul geht es um pathologische Verhaltensweisen und psychische Problemlagen als Folge von Gesundheitsproblemen, die immer wieder auftreten und personelle Unterstützung erforderlich machen.

Bei Kombination verschiedener Verhaltensweisen wird die Häufigkeit von Ereignissen nur einmal erfasst, z. B. nächtliche Unruhe bei Angstzuständen, entweder unter 4.3.2 oder unter 4.3.10.

		nie oder sehr selten	Selten (ein- bis zweimal innerhalb von zwei Wochen)	Häufig (zweimal oder mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
4.3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3.2	Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3.4	Beschädigen von Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3.6	Verbale Aggression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3.8	Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3.9	Wahnvorstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3.10	Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung:

.....

.....

.....

Summe der Einzelpunkte	<input type="text"/>
------------------------	----------------------

Gewichtete Punkte	<input type="text"/>
-------------------	----------------------

4.4 Modul 4: Selbstversorgung (Angaben zur Versorgung)

Ernährung parenteral oder über Sonde	<input type="checkbox"/> entfällt (4.4.13 entfällt)
<input type="checkbox"/> parenteral (Port, Broviac)	Art der Gabe
<input type="checkbox"/> Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)	<input type="checkbox"/> Pumpe
<input type="checkbox"/> Perkutane endoskopische Jejunostomie (PEJ)	<input type="checkbox"/> Schwerkraft
<input type="checkbox"/> (nasale) Magensonde	<input type="checkbox"/> Bolusgabe

Blasenkontrolle/Harnkontinenz
<input type="checkbox"/> ständig kontinent (4.4.11 entfällt)
<input type="checkbox"/> überwiegend kontinent (Maximal 1x täglich inkontinent oder Tröpfcheninkontinenz) (4.4.11 entfällt)
<input type="checkbox"/> überwiegend inkontinent (mehrmals täglich)
<input type="checkbox"/> komplett inkontinent
<input type="checkbox"/> suprapubischer Dauerkatheter
<input type="checkbox"/> transurethraler Dauerkatheter
<input type="checkbox"/> Urostoma

K
i
n
d
e
r
r

Darmkontrolle/Stuhlkontinenz

- ständig kontinent (4.4.12 entfällt)
- überwiegend kontinent (4.4.12 entfällt)
- überwiegend inkontinent, selten gesteuerte Darmentleerung
- komplett inkontinent
- Colo-/Ileostoma

Erläuterung:

.....

.....

.....

Modul 4: Selbstversorgung - Bewertung

Bei Kindern im Alter bis zu 18 Monaten werden die Kriterien 4.4.1 bis 4.4.12 durch die Frage 4.4.0 ersetzt:

4.4.0 Bestehen gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme die einen außergewöhnlichen pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen?

₁ ja

₂ nein

Erläuterung(en):

.....

Zu bewerten ist, ob das Kind die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen oder ob Teilaspekte bereits in anderen Modulen berücksichtigt worden sind.

		Selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers (zu beurteilen ab 2 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.3	Waschen des Intimbereichs (zu beurteilen ab 2 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.4	Duschen und Baden einschließlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Waschen der Haare (zu beurteilen ab 4 Jahren)				
4.4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken (zu beurteilen ab 2 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.8	Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.9	Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma (zu beurteilen ab 5 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma (zu beurteilen ab 5 Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Versorgung mit Hilfe			
		Versorgung selbständig	nicht täglich, nicht auf Dauer	täglich zusätzlich zu oraler Ernährung	ausschließlich oder nahezu ausschließlich
4.4.13	Ernährung parenteral oder über Sonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung:

.....

.....

.....
.....

Summe der Einzelpunkte	
------------------------	--

Gewichtete Punkte	
-------------------	--

4.5 Modul 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen – Angaben zur Versorgung

Angaben zur ärztlichen und medikamentösen Versorgung

Arztbesuche Keine

.....

Medikamente Keine

.....

Angaben zur laufenden Heilmitteltherapie Keine

Physikalische Therapie

Ergotherapie

Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie

.....

Angaben zur Behandlungspflege und anderen Therapiemaßnahmen Keine

Art/Umfang:

spezielle Krankenbeobachtung gemäß Position 24 HKP-Richtlinie ja nein

.....

K
i
n
d
e
r

4.5 Modul 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen – Bewertung

In diesem Modul geht es um die Durchführung ärztlich angeordneter Maßnahmen, die gezielt auf eine bestehende Erkrankung ausgerichtet und für voraussichtlich mindestens 6 Monate erforderlich sind.

Zu bewerten ist, ob das Kind die jeweilige Aktivität *praktisch durchführen* kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen.

Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen in Bezug auf				Häufigkeit der Hilfe (Anzahl eintragen)		
				entfällt	Selbständig	pro Tag
4.5.1	Medikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.2	Injektionen (s.c./i.m.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port, Broviac)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.5	Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.7	körpernahe Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.9	Versorgung mit Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.13	Arztbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Std.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

K
i
n
d
e
r

4.5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Std.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5.K	Besuch von Einrichtungen der Frühförderung bei Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Erläuterung:

.....

4.5.16 Einhaltung einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften, und zwar:

.....

**

entfällt/nicht erforderlich

selbständig (Bereitstellen einer Diät reicht aus)

überwiegend selbständig (Erinnerung/Anleitung ist mindestens einmal täglich notwendig)

überwiegend unselbständig (benötigt meistens Anleitung/Beaufsichtigung, mehrmals täglich)

unselbständig (benötigt immer Anleitung/Beaufsichtigung)

Erläuterung:

.....

Summe der Einzelpunkte	
------------------------	--

Gewichtete Punkte	
-------------------	--

4.6 Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Zu bewerten ist, ob das Kind die jeweilige Aktivität *praktisch durchführen* kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen oder ob Teilaspekte bereits in anderen Modulen bewertet wurden.

		selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	Unselbständig
4.6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen (zu beurteilen ab 2 Jahren und 6 Monate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K
i
n
d
e
r
r
e
d
a
t
i
o
n

4.6.2	Ruhen und Schlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6.3	Sich beschäftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteter Planungen (zu beurteilen ab 2 Jahren und 6 Monate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung:

.....

Summe der Einzelpunkte	
------------------------	--

Gewichtete Punkte	
-------------------	--

5. Ergebnis der Begutachtung (siehe Anlage zur Berechnung)

Modulwertungen	Gewichtete Punkte
1. Mobilität	
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	
4. Selbstversorgung	
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen	
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	
Summe der gewichteten Punkte	
Besondere Bedarfskonstellation 4.1.6	Ja

5.1 Pflegegrad?

unter 12,5 Pkt.	12,5 – u. 27 Pkt.	27 –u. 47,5 Pkt.	47,5 – u. 70 Pkt.	70 – u. 90 Pkt.	90 – 100 Pkt. oder Vorliegen der besonderen Bedarfskonstellation 4.1.6
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
Pflegegrad bei Kindern im Alter bis zu 18. Monaten				70 – 100 Pkt. oder Vorliegen der besonderen. Bedarfskonstellation 4.1.6	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5	

Seit wann? □□□□□□□□.(TTMMJJJJ)

Wird eine Befristung empfohlen? Nein Ja, bis □□□□□□□□.(TTMMJJJJ)

Begründung/Erläuterung:

Widerspruchsbegutachtung

Wird das Ergebnis des Vorgutachtens bestätigt?

- Ja, aktuell wird der gleiche Pflegegrad empfohlen
- Ja, aber aufgrund einer zwischenzeitlich eingetretenen Veränderung wird ein anderer Pflegegrad empfohlen
- Nein, zum Zeitpunkt der Vorbegutachtung bestanden bereits die Voraussetzungen für den aktuell empfohlenen Pflegegrad

5.2 Pflegeaufwand der Pflegepersonen

Übernahme aus 1.4			Liegt der Pflegeaufwand nachvollziehbar bei wenigstens 10 Stunden verteilt auf regelmäßig mindestens 2 Tagen pro Woche?	Wenn nein:	
Pflege durch	Angegebene Pflegetage pro Woche	Angegebene Pflegestunden pro Woche		Angegebene Anzahl weiterer durch die Pflegeperson gepflegten Pflegebedürftige	Sind die Angaben zur Verteilung/zum Umfang des zum Pflegeaufwandes nachvollziehbar?

K
i
n
d
e
r

Name, Vorname Geburtsdatum Geschlecht Adresse Telefon			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name, Vorname Geburtsdatum Geschlecht Adresse Telefon			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

* Für jede weitere Pflegeperson eine Zeile

Begründung

5.3 Ist die Pflege in geeigneter Weise sichergestellt? Ja Nein

.....

5.4 Liegen Hinweise auf folgende Ursachen der Pflegebedürftigkeit vor? Keine

Unfall Berufserkrankung/Arbeitsunfall Versorgungsleiden

.....

K
i
n
d
e
r

6 Erhebung weiterer versorgungsrelevanter Informationen

6.1 Außerhäusliche Aktivitäten (entfällt bei Kindern unter 3 Jahren)

Zu bewerten ist, ob das Kind die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen oder ob Teilaspekte bereits in anderen Modulen bewertet wurden.

Fortbewegung im außerhäuslichen Bereich	
6.1.1	Verlassen des Bereichs der Wohnung oder der Einrichtung <input type="checkbox"/> selbständig (ohne Begleitung) <input type="checkbox"/> überwiegend selbständig (mit Unterstützung, aber auch mit Eigenaktivität der Person) <input type="checkbox"/> überwiegend/völlig unselbständig, Hilfe durch eine Person reicht jedoch aus <input type="checkbox"/> überwiegend/völlig unselbständig, Hilfe durch zwei Personen erforderlich.
6.1.2	Fortbewegung außerhalb der Wohnung oder der Einrichtung (zu Fuß oder mit dem Rollstuhl) <input type="checkbox"/> selbständig (ohne Begleitung) <input type="checkbox"/> nur auf gewohnten Wegen selbständig <input type="checkbox"/> auf allen Wegen nur mit personeller Hilfe möglich <input type="checkbox"/> auch mit personeller Hilfe nicht möglich.
6.1.3	Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr <input type="checkbox"/> selbständig (ohne Begleitung) <input type="checkbox"/> nur auf gewohnten Strecken selbständig <input type="checkbox"/> auf allen Strecken nur mit personeller Hilfe möglich <input type="checkbox"/> auch mit personeller Hilfe nicht möglich.
6.1.4	Mitfahren in einem Kraftfahrzeug <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> benötigt nur Hilfe beim Ein-/Aussteigen (Hilfsperson während der Fahrt ist nicht erforderlich) <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe (auch) während der Fahrt mit dem PKW/Taxi (zusätzlich zum Fahrer) <input type="checkbox"/> nicht möglich, Liegendtransport oder Transport im Rollstuhl (Spezialfahrzeuge) notwendig.

Erläuterung:

.....

.....

Teilnahme an Aktivitäten (Beurteilung ohne Berücksichtigung von Wegstrecken)	
6.1.5	<p>Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen</p> <p><input type="checkbox"/> Teilnahme selbständig möglich</p> <p><input type="checkbox"/> Nicht selbständig, Teilnahme ist nur mit unterstützender Begleitung möglich</p> <p><input type="checkbox"/> Teilnahme ist auch mit unterstützender Begleitung nicht möglich</p> <p>Erläuterung(en):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
6.1.6	<p>Besuch von Schule, Kindergarten, Werkstatt für behinderte Menschen, Tages- oder Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebotes</p> <p><input type="checkbox"/> Schule</p> <p><input type="checkbox"/> Kindergarten, Kindertagesstätte, Kinderhort</p> <p><input type="checkbox"/> Werkstatt für behinderte Menschen</p> <p><input type="checkbox"/> Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung</p> <p><input type="checkbox"/> Tagesbetreuung</p> <p><input type="checkbox"/> niedrigschwellige Angebote</p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p>Diese Auswahloptionen kommen nur bei bestimmten Personen in Betracht. Bei Mehrfachauswahl ist jede Auswahl einzeln zu bewerten).</p> <p><input type="checkbox"/> Teilnahme selbständig möglich</p> <p><input type="checkbox"/> Nicht selbständig, Teilnahme ist nur mit unterstützender Begleitung möglich</p> <p><input type="checkbox"/> Teilnahme ist auch mit unterstützender Begleitung nicht möglich</p> <p>Erläuterung(en):</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
6.1.7	<p>Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen (Besuche, organisierte Freizeitaktivitäten, Selbsthilfegruppen, Vereine etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Teilnahme selbständig möglich</p> <p><input type="checkbox"/> Nicht selbständig, Teilnahme ist nur mit unterstützender Begleitung möglich</p> <p><input type="checkbox"/> Teilnahme ist auch mit unterstützender Begleitung nicht möglich</p> <p>Erläuterung(en):</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

6.2 Haushaltsführung
Entfällt bei Kindern unter 18 Jahren.

K
i
n
d
e
r
e
r

7 Empfehlungen zur Förderung der Selbständigkeit, Prävention und Rehabilitation (über die bisherige Versorgung hinaus):

7.1 Möglichkeiten zur Verbesserung (ggf. Erhalt) der festgestellten Selbständigkeit und der Fähigkeiten in den Bereichen:

7.1.1 Mobilität und Selbstversorgung durch:

- Einleitung/Optimierung therapeutischer Maßnahmen:
- Optimierung der räumlichen Umgebung:
- Hilfsmitelesatz bzw. dessen Optimierung:
- Präventive Maßnahmen:
- Sonstige Maßnahmen
- Keine

7.1.2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen und Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte durch:

- Einleitung/Optimierung therapeutischer Maßnahmen:
- Optimierung der räumlichen Umgebung:
- Hilfsmitelesatz bzw. dessen Optimierung:
- Präventive, Maßnahmen:
- Sonstige Maßnahmen:
- Keine

7.1.3 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen durch:

- Edukative Maßnahmen/Beratung zur Verbesserung des Wissens um die bestehenden Erkrankungen und zum Umgang mit therapiebedingten Anforderungen:
- Anleitung bzw. Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten im Umgang mit Hilfsmitteln und medizinischen Geräten:
- Präventive Maßnahmen:
- Sonstige Maßnahmen

K
i
n
d
e
r

<p>7.2 Empfehlungen zu therapeutischen und / oder weiteren Einzelmaßnahmen</p> <p>Zum Erhalt oder zur Verbesserung der Selbständigkeit und Teilhabe erscheinen die aktuellen Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung oder pflegerischen Maßnahmen und weitere unter 7.1.1 – 7.1.3 genannten Maßnahmen ausreichend und erfolgversprechend.</p>	<input type="checkbox"/> <i>Ja, weiter mit 7.2.1</i>	<input type="checkbox"/> <i>Nein, weiter mit 7.3</i>
<p>7.3 Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation</p> <p>Rehabilitationsbedürftigkeit</p> <p>Die voraussichtlich nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe können insbesondere durch eine interdisziplinäre, mehrdimensionale Leistung zur medizinischen Rehabilitation abgewendet, vermindert oder deren Verschlimmerung verhütet werden. Maßnahmen der kurativen Versorgung sind nicht ausreichend oder erfolgversprechend.</p>		
<p>7.3.1 Rehabilitationsfähigkeit</p>		
<p>Das Kind erscheint zum Zeitpunkt der Begutachtung körperlich und psychisch/kognitiv in der Lage mindestens an zwei Therapieeinheiten pro Tag teilzunehmen.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <i>Ja</i> <input type="checkbox"/> <i>Nein</i></p> <p><u>Wenn nein:</u> Die aktive Teilnahmefähigkeit ist ausgeschlossen durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> hochgradige körperliche Schwäche (z. B. infolge eingreifender hämatologisch/onkologischer Therapie) <input type="checkbox"/> stark verminderte kardiale oder pulmonale Belastbarkeit (z. B. Luftnot bereits in Ruhe) <input type="checkbox"/> Fehlende Kooperations- und Einsichtsfähigkeit aufgrund ausgeprägter mentaler Störungen (z. B. schwerste geistige Behinderung) <input type="checkbox"/> therapieresistente Krampfanfälle <input type="checkbox"/> Antriebsstörungen, z. B schwer beherrschbare Hyperaktivität, schwere Depression <input type="checkbox"/> große Wunden / Dekubitalgeschwüre <input type="checkbox"/> nicht beeinflussbare Fremd- oder Selbstgefährdung <input type="checkbox"/> die Therapie beeinträchtigende Abhängigkeitserkrankungen <input type="checkbox"/> geplante Operationen oder Krankenhausaufnahme <input type="checkbox"/> Sonstige Gründe 		
<p>7.3.2 Rehabilitationsziele</p>		
<p>Es bestehen folgende realistisch erreichbare und für das Kind alltagsrelevante Rehabilitationsziele (z. B. Erlernen, Verbesserung oder Erhalten des Gehens, Transfer, Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Kommunikation, Krankheitsbewältigung, Stärkung des Selbstwertgefühls und des Selbstvertrauens, krankheitsspezifische Schulung unter</p>		



Einbeziehung der Eltern)		
.....		

7.3.4 Empfehlung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Anhand der dem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI zugrunde liegenden Informationen besteht die Indikation für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Zuweisungsempfehlung:

- Rehabilitation für Kinder und Jugendliche mit Schwerpunkt z. B. Atemwegserkrankung (Mukoviszidose, Asthma bronchiale), neuropädiatrische Erkrankungen, psychische / psychosomatische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten (z. B. ADHS), Adipositas, Hauterkrankungen (z. B. Neurodermitis)
- Familienorientierte Rehabilitation (FOR) nach aufwendiger Krebsbehandlung, Zustand nach Organtransplantationen oder Operationen am Herzen, Mukoviszidose

Hinweise auf besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung:

- Beratung zur Umsetzung der empfohlenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich

Wenn Einzelleistungen ausreichen

7.2.1 Anhand der dem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI zugrunde liegenden Informationen wird keine Empfehlung zur Einleitung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation gegeben.

Es werden folgende Hinweise und Empfehlungen gegeben:

- A. Die aktuellen Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung oder pflegerischen Maßnahmen erscheinen ausreichend, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.
- B. Es wird empfohlen, mit dem behandelnden Arzt abzuklären, ob die unter 7.1.1 bis 7.1.3 genannten weiteren therapeutischen Maßnahmen eingeleitet werden können.
- C. Es wird empfohlen, die anderen unter 7.1.1 bis 7.1.3 genannten Empfehlungen einzuleiten.
- D. Es werden die Einleitung/Optimierung aktivierend pflegerischer Maßnahmen empfohlen
- E. Es ergeben sich zwar Hinweise für die Empfehlung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, aktuell liegt jedoch keine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit vor.
- F. Die Wirkung / der Erfolg einer abgeschlossenen oder derzeit stattfindenden Rehabilitati-

onsmaßnahme soll abgewartet werden.

G. Es wird keine realistische Möglichkeit gesehen, die Pflegebedürftigkeit zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

H. Rehabilitationsleistung wurde bereits bewilligt (Bewilligungsbescheid liegt vor) (*verknüpfen mit 1.1*)

I. Weitere Abklärung empfohlen, weil

J. Sonstiges:

Die Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit erfolgte unter Einbeziehung von

8. Weitere Empfehlungen und Hinweise für die Pflegekasse

8.1 Hilfsmittel/ Pflegehilfsmittel Keine

Produktart: Produktnummer: ...

Erläuterung:

Zustimmung des Versicherten/ Betreuers/Bevollmächtigten zur Beantragung des o.g. Hilfsmittels liegt vor

ja nein Kann nicht eingeholt werden

Je ein Datensatz für jedes Hilfsmittel.

Weitere Empfehlungen.....

8.2 Heilmittel und andere therapeutische Maßnahmen: Keine

Physikalische Therapie:

Ergotherapie:

Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Podologie.....

andere therapeutische Maßnahmen

8.3 Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen: keine

8.4 Edukative Maßnahmen/ Beratung/ Anleitung: keine

- 8.5** Präventive Maßnahmen: keine
.....
- 8.6** Beratung zu Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Abs. 5 SGB V:
 keine.....
.....
- 8.7** Veränderung der Pflegesituation: keine
 Pflegeberatung

 Entlastung der Pflegeperson:
.....
- 8.8** Beratung zur Umsetzung der empfohlenen rehabilitativen Leistungen
 keine
.....
- 8.9** Der Antragsteller widerspricht der Übersendung des Gutachtens
 ja nein
- 8.10** Sonstiges Hinweise

9. Prognose/Wiederholungsbegutachtung

Prognose:

.....

Termin für Wiederholungsbegutachtung:
.....

Beteiligte Gutachter:
.....