

PKMS-J Dokumentationsbogen 2017 ► Allgemeine Pflege – Gründe

Körperpflege A	Ernährung B	Ausscheidung C	Bewegen/Lagern/Mobilisation D	Kommunizieren/Beschäftigen							
<p>G1 <input type="checkbox"/> Abwehr/Widerstände bei der Körperpflege Kennzeichen: Setzt den Pflegemaßnahmen bei der Körperpflege Widerstände entgegen; schreit, schlägt, beschimpft das Personal, lehnt die Körperpflege verbal/nonverbal ab ODER <input type="checkbox"/> Massive Angst bei der Körperpflege vor Berührung und Bewegung Kennzeichen: Äußert, nicht berührt werden zu wollen, Rückzugsverhalten, weint, nestelt, zeigt ausgeprägte Scham ODER <input type="checkbox"/> Ablauf der Körperpflege ist dem Patienten nicht bekannt Kennzeichen: Unfähigkeit, die Körperpflege selbstständig und strukturiert durchzuführen; Trugwahrnehmungen, Gebrauchsgegenstände der Körperpflege können nicht adäquat eingesetzt werden, fehlende Eigeninitiative, die Körperpflege durchzuführen ODER <input type="checkbox"/> Hohe Selbstgefährdung</p>	<p>G1 <input type="checkbox"/> Kontinuierliche/massive Nahrungsverweigerung Kennzeichen: Schiebt angebotene Nahrung weg, lehnt Nahrung verbal, nonverbal ab, fehlende(r) Wille/Einsicht, Nahrung zu sich zu nehmen, Mundschluss, Abwenden des Kopfes, Wegschlagen der Nahrung beim Versuch der Nahrungsverabreichung, extrem langsames Essen als Strategie der verminderten Nahrungsaufnahme, schluckt den Nahrungsbrei nicht selbstständig, Ausspucken von Nahrung</p>	<p>G1 <input type="checkbox"/> Zeigt keinen adäquaten Umgang mit Ausscheidungen Kennzeichen: Stuhlschmierer, ins Zimmer urinieren, Kotessen, versteckt Ausscheidungen, findet sich in der Umgebung nicht zurecht, Verkennen der normalen Abläufe</p>	<p>G1 <input type="checkbox"/> Abwehr/Widerstände Kennzeichen: Setzt den Pflegemaßnahmen bei der Mobilisation Widerstände entgegen; schreit, schlägt, beschimpft das Personal, lehnt die Pflegemaßnahmen verbal/nonverbal ab ODER <input type="checkbox"/> Massive Angst bei der Pflegemaßnahme vor Berührung und Bewegung Kennzeichen: Äußert, nicht berührt werden zu wollen, Rückzugsverhalten, weint, nestelt, zeigt ausgeprägte Scham</p>	<p>G1 <input type="checkbox"/> Massive Beeinträchtigung der Informationsverarbeitung des Kindes/ Jugendlichen und/ oder seiner Angehörigen/Bezugspersonen Kennzeichen: Neue Informationen werden wieder vergessen, Konzentrations-/ Wahrnehmungsschwierigkeiten, reduzierte Aufmerksamkeitsspanne, Überforderung, Orientierungsbeeinträchtigung</p>							
<p>G2 <input type="checkbox"/> Fehlende Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen Kennzeichen: Fehlende Fähigkeit, sich selbstständig im Bett zu drehen, aktiv zu verrutschen, aufzusetzen UND ein vorliegender Erschwernisfaktor: mindestens 3 Zu- und/oder Ableitungssysteme (inkl. Beatmung), Tracheostoma, extreme Adipositas (Perzentile größer 99,5), krankheitsbedingte Risiken (z.B. Wirbelsäuleninstabilität, Schienung bei beidseitiger Verletzung der Extremitäten, Halo-Fixateur, Extensionsbehandlung, Belastungsintoleranz), Spastik, Kontraktur, Parese, Plegie, fehlende Kraft zur Eigenbewegung, starke Schmerzen trotz Schmerzmanagement ≠, beeinträchtigte Orientierung/Wahrnehmung</p>	<p>G2 <input type="checkbox"/> Massiv verlangsamte/erschwerete Nahrungsaufnahme Kennzeichen: Wahrnehmungseinschränkung/-beeinträchtigung, deutlich verlängerter Zeitbedarf bei der Verabreichung/Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit</p>	<p>G2 <input type="checkbox"/> Fehlende Fähigkeiten bei der Ausscheidung Kennzeichen: Schwere Beeinträchtigung bei der Bewegung, beim Aufstehen, beim Brückemachen für ein Steckbecken, beim Gehen, Unsicherheit, hohe Selbstgefährdung, Orientierungsbeeinträchtigung, Schwindel UND ein vorliegender Erschwernisfaktor: mindestens 3 Zu- und/oder Ableitungssysteme (inkl. Beatmung), extreme Adipositas (Perzentil größer 99,5), krankheitsbedingte Risiken (z.B. Wirbelsäuleninstabilität, Schienung bei beidseitiger Verletzung der Extremitäten, Halo-Fixateur, Extensionsbehandlung, Belastungsintoleranz), Gehbeeinträchtigung, doppelseitige Extremitätenverletzung, Spastik, Kontraktur, Parese, Plegie, starke Schmerzen trotz Schmerzmanagement ≠, beeinträchtigte Orientierung/Wahrnehmung</p>	<p>G2 <input type="checkbox"/> Fehlende Fähigkeit, den Positionswechsel im Bett durchzuführen Kennzeichen: Fehlende Fähigkeit, sich selbstständig im Bett zu drehen, aktiv zu verrutschen, aufzusetzen UND ein vorliegender Erschwernisfaktor: mindestens 3 Zu- und/oder Ableitungssysteme (inkl. Beatmung), extreme Adipositas (Perzentil größer 99,5), krankheitsbedingte Risiken (z.B. Wirbelsäuleninstabilität, Schienung bei beidseitiger Verletzung der Extremitäten, Halo-Fixateur, Extensionsbehandlung, Belastungsintoleranz), Spastik, Kontraktur, Parese, Plegie, Schwindelanfälle, fehlende Kraft zur Eigenbewegung, hohes Dekubitusrisiko gemäß Assessmentergebnis ≠, starke Schmerzen trotz Schmerzmanagement ≠, beeinträchtigte Orientierung/Wahrnehmung</p>	<p>G2 <input type="checkbox"/> Sprach-Kommunikationsbarrieren Kennzeichen: Kind/Jugendlicher und/oder Angehörige/Bezugsperson können sich nicht verständlich machen, reagieren auf Ansprache trotz normaler Vigilanz nicht, verstehen die Landessprache nicht</p>							
<p>G3 <input type="checkbox"/> Volle Abhängigkeit bei der Körperpflege bei bestehender Beeinträchtigung der Atemsituation und/oder Herz-Kreislauf-Situation Kennzeichen: Fehlende Fähigkeit, den Körper selbstständig zu waschen, abzutrocknen und die Mund-, Haar-, Hautpflege durchzuführen, Kind/Jugendlicher kann/darf sich bei verminderter/ instabiler Herz-/ Kreislauf- und/oder Atemsituation bei der Körperpflege nicht anstrengen, Belastungsintoleranz bei der Körperpflege</p>	<p>G3 <input type="checkbox"/> Kau-/Schluckstörungen mit starken Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme Kennzeichen: Hustet nach dem Schlucken, Nahrungsreste verbleiben nach dem Schlucken in der Wangentasche, Zungenstoß, Gefühl, dass Nahrung im Schlund hängen bleibt, Regurgitation von Speisebrei, veränderte Schluckphasen, inkompletter/ fehlender Lippen-/Mundschluss, pathologische Kau-/Kieferbewegung, Schmerzen bei der Nahrungsaufnahme, Nahrungsreste dringen aus dem Tracheostoma</p>	<p>G3 <input type="checkbox"/> Fehlende Selbstständigkeit beim Erbrechen Kennzeichen: Magen-/Darminhalt wird nach oben aus dem Mund befördert, kann sich nicht selbstständig versorgen ODER <input type="checkbox"/> Fehlende Selbstständigkeit beim Schwitzen Kennzeichen: Nasse Kleidung infolge des Schwitzens, Schweißausbrüche, kann Kleidung und Bettwäsche nicht selbst wechseln</p>	<p>G3 <input type="checkbox"/> Fehlende Fähigkeit, einen Transfer durchzuführen UND/ODER zu gehen Kennzeichen: Schwere Beeinträchtigung, von liegender Körperposition zum Sitzen zu gelangen und vom Sitzen zum Stand zu gelangen, Unfähigkeit/ Unsicherheit, das Körpergewicht im Stand selbstständig zu tragen</p>	<p>G3 <input type="checkbox"/> Beeinträchtigte Anpassungsfähigkeit und/oder Nichteinhaltung von Therapieabsprachen des Kindes/ Jugendlichen und/oder seiner Angehörigen/Bezugspersonen Kennzeichen: Leugnet den veränderten Gesundheitszustand und Notwendigkeit der Anpassung, verschiebt Entscheidungen, unzureichende Problem-/Zielerfassung, äußert Ängste, bagatellisiert, fehlende Krankheitseinsicht, Körperbildstörung, fehlende Motivation</p>							
<p>G4 <input type="checkbox"/> Volle Abhängigkeit bei der Körperpflege bei einem vorliegenden Erschwernisfaktor Kennzeichen: Fehlende Fähigkeit, den Körper selbstständig zu waschen, abzutrocknen und die Mund-, Haar-, Hautpflege durchzuführen. UND ein Grund/Erschwernisfaktor für hohen pflegerischen Aufwand: <input type="checkbox"/> (Umkehr-)Isolation ODER <input type="checkbox"/> Massive Veränderungen der Mundschleimhaut ODER <input type="checkbox"/> Hohes Pneumonierisiko (gemäß Assessmentergebnis ≠) ODER <input type="checkbox"/> Aufwendiges Tracheostoma</p>	<p>G4 <input type="checkbox"/> Vorliegende Fehl-/Mangelernährung Kennzeichen: extrem starkes Untergewicht, (Perzentile kleiner 5), Erschöpfungszustände, reduzierter Muskeltonus, Teilnahmslosigkeit, Apathie, beeinträchtigte körperliche Entwicklung, häufig Müdigkeit, hervortretende Knochen, schwindende Muskelmasse</p>	<p>G4 <input type="checkbox"/> Veränderte Miktions-/Defäkationsfrequenz und fehlende Selbstständigkeit bei der Miktion/Defäkation Kennzeichen: Fehlende Fähigkeit, selbstständig zur Toilette zu gehen, den Toilettenstuhl zu benutzen, Bettschüssel/Steckbecken/Urinflasche/Stomabeutel selbstständig zu benutzen</p>		<p>G4 <input type="checkbox"/> Extreme Krisensituation des Kindes/ Jugendlichen und/oder der Angehörigen/ Bezugspersonen Kennzeichen: Äußert Hoffnungslosigkeit, fehlende Zukunftsperspektive, fehlender Lebensmut, zeigt Gefühle wie Trauer, Zorn, Wut, Bitterkeit ODER <input type="checkbox"/> Lustlosigkeit/Motivationslosigkeit/ Resignation durch fehlende Ablenkung und Beschäftigung Kennzeichen: Kind/Jugendlicher grübelt, resignative Grundstimmung, äußert Langeweile</p>							
	<p>G5 <input type="checkbox"/> Fehlende Fähigkeit, sich zur Nahrungsaufnahme an den Tisch zu setzen Kennzeichen: Schwere Beeinträchtigung, von liegender Körperposition zum Sitzen zu gelangen und vom Sitzen zum Stand zu gelangen und erhebliche Beeinträchtigung des Gehens auf ebener Fläche wie Unfähigkeit/Unsicherheit, das Körpergewicht im Stand selbstständig zu tragen, Veränderungen des Gangbildes</p>	<p>G5 <input type="checkbox"/> Ausgeprägte Obstipation ODER andere Gründe, die einen <input type="checkbox"/> tägl. Einlauf und/oder rektales Ausräumen UND/ODER <input type="checkbox"/> spezielles Darmmanagement erfordern</p>		<p>G5 <input type="checkbox"/> Körperliche Einschränkungen, die den erforderlichen Kompetenzerwerb erschweren Kennzeichen: Kann verbal nicht antworten, kann nichts hören, kann nichts sehen, fehlende Fingerfertigkeit</p>							
Notizen/Individuelle Ergänzungen			Berechnung der PKMS-Punkte								
Dat.				1	2	3	4	5	6	7	Punktwerte pro Leistungsbereich
				A							A Körperpflege 2 Punkte
				B							B Ernährung 4 Punkte
				C							C Ausscheidung 3 Punkte
				D							D Bewegen/Lagern/Mobilisation 3 Punkte
				E							E Kommunizieren/Beschäftigen 2 Punkte
				ges.							Punktzahl gesamt:

Grunde Nr.	Leistungsbereich A: Körperpflege (Punktwert 2)		HW.	HZ.	Dat.:	HW.	HZ.	Dat.:	HW.	HZ.	Dat.:	HW.	HZ.	Dat.:	HW.	HZ.	Dat.:	
	1	2																3
1	2	3																
	<p>A1 <input type="checkbox"/> Vollkompensatorische Übernahme der Körperpflege UND/ODER Anleitung zur selbstständigen Körperpflege (inkl. Anleitung/Unterstützung von Eltern/ Bezugspersonen)</p>																	
1	2																	
	<p>A2 <input type="checkbox"/> Mindestens 1 x täglich therapeutische Körperpflege wie: <input type="checkbox"/> GKW basistimmulierend, belebend und/oder beruhigend <input type="checkbox"/> GKW unter kinästhetischen Gesichtspunkten <input type="checkbox"/> GKW nach Inthester und Zimmermann <input type="checkbox"/> andere neurologische oder rehabilitative Konzepte zur GKW mit Faszillation/Inhibition von normalen Bewegungsabläufen oder kompensatorischen Fähigkeiten <input type="checkbox"/> Konzepte aus psychologischer Perspektive</p>																	
1	2	3																
	<p>A3 <input type="checkbox"/> Ganzkörperwaschung/-pflege mit zwei Pflegepersonen pflegfachlich erforderlich</p>																	
3	4																	
	<p>A4 <input type="checkbox"/> Volle Übernahme der Körperwaschung UND <input type="checkbox"/> a) Übernahme der speziellen/therapeutischen Mundpflege mind. 4 x tägl. UND <input type="checkbox"/> (A5E mind. 1 x täglich (atemstimulierende Einreibung) oder mind. 4 x täglich Atemübungen oder <input type="checkbox"/> Atemübungen mit Atemtrainer mindestens 4 x täglich) UND <input type="checkbox"/> d) (volle Übernahme bei mind. 2 x tägl. An-/Auskleiden ODER <input type="checkbox"/> 1 x mind. täglich Anzieht raining, Anleitung zum selbstständigen Umkleiden)</p>																	
4																		
	<p>A5 <input type="checkbox"/> Volle Übernahme der Körperwaschung UND <input type="checkbox"/> mindestens 8 x täglich Maßnahmen im Rahmen eines aufwendigen Tracheostomanagements (hierzu zählen eine oder mehrere Maßnahmen wie z. B. a) Verbinden, b) Absaugen, c) Wechseln, d) Spülen)</p>																	
4																		
	<p>A6 <input type="checkbox"/> Volle Übernahme der Körperwaschung inkl. Anleitung/Unterstützung von Eltern/Bezugspersonen UND Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe bei Umkehr/Schutzisolation beim Betreten /Verlassen des Zimmers</p>																	
<p>Leistungsbereich B: Ernährung (Punktwert 4) Die zutreffenden Interventionen sind bei allen Nahrungs-/Flüssigkeitsmaßnahmen des Patienten (3 Hauptmahlzeiten (H) und mindestens 2 Zwischenmahlzeiten (Z)) durchzuführen. Ein Flüssigkeits-/Ernährungsprotokoll wird geführt.</p>																		
1	4																	
	<p>B1 <input type="checkbox"/> Fraktionierte Applikation von Nahrung/Sondenernährung mindestens 5 x täglich in altersgerechter Form bzw. den Fähigkeiten des Kindes/ jugendlichen entsprechend angepassten UND <input type="checkbox"/> a) Stimulation zur Nahrungsaufnahme in den Verabreichungszeiträumen ODER <input type="checkbox"/> b) Stimulation von Nahrungsaufnahme in den Verabreichungszeiträumen ODER <input type="checkbox"/> c) Verabreichung von Nahrung immer begleiten/beaufsichtigen, verbunden mit der Notwendigkeit der Applikation von Restnahrung via Sonde</p>																	
2	3																	
	<p>B2 <input type="checkbox"/> Orale/basale Stimulation vorbereitend auf die Nahrungsaufnahme oder zur Förderung des Schluckreflexes oder zur Förderung der Mundmotorik oder Einüben von Kompensationstechniken vor/bei jeder Mahlzeit (3 H und mindestens 2 Z) mit anschließender Unterstützung der Nahrungsaufnahme</p>																	
1	2	3																
	<p>B3 <input type="checkbox"/> Trink- und Esstraining nach individuell aufgestellter Maßnahmenplanung bei jeder Mahlzeit (3 H und 2 Z) Diese ist explizit zu dokumentieren. Maßnahmen können sein: <input type="checkbox"/> a) Anleitung zum Schlucken/Schlucktechniken, <input type="checkbox"/> b) Einüben kompensatorischer Maßnahmen, <input type="checkbox"/> c) Unterstützung bei der Kopf-/Kiefer-/Lippenkontrolle, <input type="checkbox"/> d) Einüben von physiologischen Bewegungsabläufen bei der Nahrungsaufnahme durch z. B. passives Führen der Hand bei der Nahrungsaufnahme, <input type="checkbox"/> e) Faszillieren/Inhibieren von Bewegungsabläufen/des Schluckaktes, <input type="checkbox"/> f) Einüben von Essritualen <input type="checkbox"/> g) Sonstiges:.....</p>																	
1	2	4																
	<p>B4 <input type="checkbox"/> Nahrungsverabreichung/Anleitung mit der Besonderheit des Zurechens und Anleitens des Patienten bei der versuchten selbstständigen Nahrungsaufnahme, bei der Willensbildung zum Erhalten einer speziellen Diät oder beim Überwinden einer Nahrungsverweigerung bei jeder Mahlzeit und Flüssigkeitsverabreichung UND/ODER bei Essstörung die Überwachung der Nahrungsaufnahme zur Vermeidung von unkontrolliertem Trinken (3 H und mindestens 2 Z)</p>																	
5																		
	<p>B5 <input type="checkbox"/> Maßnahmen zur Vorbereitung der Nahrungsaufnahme vor jeder Mahlzeit (3 H und mind. 2 Z) mit Nahrungsverabreichung und/oder Anleitung/Aktivierung zur Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> a) Aufwendiger Transfer in den Rollstuhl/auf den Stuhl UND/ODER <input type="checkbox"/> b) Aufwendiges Anlegen von Stützkorsett/-hose/Orthese/Rumpfwickel UND/ODER <input type="checkbox"/> c) Aufwendiges Aufsetzen im Bett in den stabilen Sitz in Neutralstellung, stabilen Sitz nach Bobath, Querbettsitz nach Bobath oder asymmetrischen Sitz nach Bobath an der Bettkante bei Hemi-, Para-, Tetraplegie</p>																	
<p>Leistungsbereich C: Ausscheidung (Punktwert 3) HW. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ.</p>																		
2																		
	<p>C1 <input type="checkbox"/> Ausscheidungsunterstützung mit Transfer auf die Toilette findet mindestens 4 x täglich statt</p>																	
1	3	4																
	<p>C2 <input type="checkbox"/> Wäschewechsel (Kleidung und Bettwäsche) UND <input type="checkbox"/> b) Teilkörperwaschungen mindestens 2 x täglich</p>																	
2	4	5																
	<p>C3 <input type="checkbox"/> Volle Übernahme der Ausscheidungsunterstützung (Steckbecken, Toilettenstuhl, Transfer zur Toilette, Wickeln, AP-Versorgung) UND einer der zusätzlichen Aspekte <input type="checkbox"/> a) 1 x tägl. digitales rektales Aus säumen UND/ODER b) 1 x tägl. Reinigungsanlauf <input type="checkbox"/> c) Erhöhte Frequenz der Ausscheidungsunterstützung: mind. 5 x täglich <input type="checkbox"/> d) Übernahme des Darmmanagements durch intermediäres digitales Stimulieren, Kollonmassage <input type="checkbox"/> e) Volle Übernahme der Ausscheidungsunterstützungen mit 2 Pflegepersonen <input type="checkbox"/> f) (Umkehr-)Isolation</p>																	
1																		
	<p>C4 <input type="checkbox"/> Ausscheidungsstraining mit Anleitung/Überwachung und mit Transfer auf die Toilette mindestens 4 x tägl.</p>																	
<p>Leistungsbereich D: Bewegen/Lagern/Mobilisation (Punktwert 3) HW. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ.</p>																		
1	2																	
	<p>D1 <input type="checkbox"/> Lagerungswechsel (bzw. Mikrolagerung) mindestens 10 x täglich bedingt durch zutreffenden Grund/Erstschwerwismfaktor</p>																	
1	2																	
	<p>D2 <input type="checkbox"/> Mindestens 8 x tägl. Lagerungs-/Positionswechsel und/oder Mobilisation, davon mindestens 4 x täglich mit 2 Pflegepersonen</p>																	
2	3																	
	<p>D3 <input type="checkbox"/> Unterstützung bei der Mobilisation aus dem Bett mit zusätzlichen erforderlichen Aktivitäten <input type="checkbox"/> a) wie aufwendiges Anlegen von z. B. Stützkorsett/-hose vor/nach der Mobilisation ODER <input type="checkbox"/> b) mindestens 4 x täglich 5-pasch des Patienten lösen und Anbahnung normaler Bewegungsabläufe durch Faszillation, Inhibition mindestens 2 x täglich</p>																	
2	3																	
	<p>D4 <input type="checkbox"/> Aufwendige Mobilisation aus dem Bett UND <input type="checkbox"/> a) Gehtraining unter Anwendung von Techniken wie Faszillation, Inhibition, Kinästhetik ODER <input type="checkbox"/> b) Gehtraining nach verschiedenen therapeutischen Konzepten (wie NDT, MRT, Bobath) ODER <input type="checkbox"/> c) Gehtraining mit Gehhilfen wie Unterarmgehstützen, Gehwagen/Rollator</p>																	
2	3																	
	<p>D5 <input type="checkbox"/> Lagerungs-/Positionswechsel mindestens 7 x tägl. (keine Mikrolagerung) UND einer der aufgeführten zusätzlichen Aspekte: <input type="checkbox"/> a) Mobilisation mindestens 2 x tägl. in den Roll-/Lehnstuhl ODER <input type="checkbox"/> b) ausgiebige Kontrakturprophylaxe an allen gefäherten, großen Gelenken mindestens 1 x tägl. UND Thromboseprophylaxe durch Anlegen eines Medizinischen Thromboseprophylaxestrumfes ODER Kompressionsverbandes ODER <input type="checkbox"/> c) (Umkehr-)Isolation</p>																	
<p>Grunde Nr.: Leistungsbereich E: Kommunizieren und Beschäftigen (Punktwert 2) Mind. 60 min tägl. HW. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ. HZ.</p>																		
4																		
	<p>E1 <input type="checkbox"/> Eins-zu-eins-Betreuung: Einen Patienten kontinuierlich über einen längeren Zeitraum in Präsenz betreuen. Die Betreuung findet gesondert/getrennt von anderen Interventionen statt</p>																	
1	2	3	4	5														
	<p>E2 <input type="checkbox"/> Problemösnungsorientierte Gespräche (mit Kindern/Jugendlichen und/oder Angehörigen/Bezugspersonen) <input type="checkbox"/> a) zur Krisenbewältigung/Vertrauensbildung/Anpassung ODER <input type="checkbox"/> b) Gespräche zur Vorbereitung auf die Entlassung ODER <input type="checkbox"/> c) Gespräche mit Dolmetscher</p>																	
1	2	3	5															
	<p>E3 <input type="checkbox"/> Anleitungssituation mit Kind/Jugendlichem und/oder Angehörigen/Bezugspersonen</p>																	
2	4	5																
	<p>E4 <input type="checkbox"/> Kommunikative Stimulation, Förderung der spielerischen Interaktion, Bereitstellung und Nachbereitung von Lektüre, Spiel-, Mal- und Bastelmaterial</p>																	