

**Die Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport**

Bremen, 04.02.2019  
Bearbeitet von: Martina Kemme  
Tel.: 361 6109  
Lfd. Nr. **150/19**

**Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz**

Bearbeitet von: Jörg Utschakowski  
Tel.: 361 9557  
Lfd. Nr.

**Vorlage  
für die Sitzung  
der staatlichen Deputation  
für Soziales, Jugend und Integration  
am 21.02.2019**

**und**

**für die Sitzung  
der staatlichen Deputation  
für Gesundheit und Verbraucherschutz  
am 05.03.2019**

**Umsetzung Bundesteilhabegesetz: Auswahl eines Bedarfsermittlungsinstruments im Lande Bremen**

**A. Problem**

Das Bundesteilhabegesetz sieht im Rahmen der Gesamtplanung den Einsatz eines Instrumentes der Bedarfsermittlung vor (§ 142 SGB XII (2018-2019) und § 118 SGB IX, Teil 2 ab 2020). In der Gesetzesbegründung wird es als konkretes Werkzeug (z.B. Fragebogen, Checkliste, Leitfaden) bezeichnet, das auf einer wissenschaftlichen Grundlage beruht.

Die Wünsche des Leistungsberechtigten sind mit diesem festzustellen. Zudem muss es sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) orientieren. Die Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe ist in den in der ICF benannten neun Lebensbereichen zu beschreiben. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über das Instrument zur Bedarfsermittlung zu bestimmen.

Von der Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport und der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz wurde eine behördeninterne Arbeitsgruppe eingesetzt, die in den unten aufgeführten Prozessschritten die Entscheidung für ein Bedarfsermittlungsinstrument für den Bereich der erwachsenen Menschen mit Behinderungen vorbereitet hat:

1. Erarbeitung eines Anforderungskatalogs mit folgenden Aspekten:
  - gesetzliche Anforderungen
  - fachlich-strategische Anforderungen
  - finanzielle Anforderungen
  - personalwirtschaftliche Anforderungen
  - praktische Anwendbarkeit und Handhabung im Fallmanagement
  - Anforderungen der Steuerung, z.B. (fachliches) Controlling
  - IT-Erfordernisse.

Prämissen für das zukünftige Bedarfsermittlungsinstrument sind der einheitliche Einsatz für alle Personenkreise ohne Differenzierung nach Behinderungsformen und die Sicherstellung der Beteiligung der Menschen mit Behinderungen

2. Sichtung vorhandener Bedarfsermittlungsinstrumente anderer Bundesländer und der Anwendung bei einzelnen Leistungsträgern sowie Bewertung vor dem Hintergrund der für das Land Bremen definierten Anforderungen
3. Wissenschaftliche Begleitung durch Frau Prof. Hirschberg, Hochschule Bremen hinsichtlich der ICF-Orientierung einzelner Instrumente
4. Durchführung eines Fachgespräches mit dem Landesbehindertenbeauftragten unter Beteiligung der Verbände behinderter Menschen sowie der LAG Freie Wohlfahrtspflege
5. Austausch mit der IT-Fachadministration zu Vor- und Nachteilen der IT-Umsetzung der verschiedenen Instrumente
6. Kostenvergleich.

Für den Bereich der Kinder und Jugendlichen mit Behinderung gelten besondere Anforderungen, die in einem eigenständigen Verfahren festgelegt werden.

## **B. Lösung**

Als Ergebnis der fachlichen, rechtlichen, finanziellen sowie praxisorientierten Bewertung empfiehlt die Arbeitsgruppe Bedarfsermittlungsinstrument die Anwendung des Instrumentes Bedarfsermittlung Niedersachsen (B.E.Ni.), das sowohl für Minderjährige als auch für Erwachsene entwickelt wurde, in einer für das Land Bremen modifizierten Version.

Die Modifikationserfordernisse werden vor allem hinsichtlich der Beteiligung der Menschen mit Behinderungen am Verfahren gesehen und betreffen

- die Verständlichkeit der Sprache (Stichwort: Leichte Sprache)
- den Einsatz geeigneter Methoden zur Gesprächsführung mit Menschen mit Kommunikationsbeeinträchtigungen
- die Abgrenzung des Willens der leistungsberechtigten Person von anderen Meinungen (z.B. Leistungsanbieter, Fachdienste, Eltern)
- das Fehlen einer lebensweltbezogenen Abfrage der angestrebten Lebensform.

Die Interessenvertretungen behinderter Menschen sowie die LAG Freie Wohlfahrtspflege wurden über die Empfehlung informiert. Seitens des Landesteilhabebeirates sowie des Landesbehindertenbeauftragten wurde mitgeteilt, dass die geplante Überarbeitung von B.E.Ni. aus ihrer Sicht unerlässlich ist, um die Beteiligung der Menschen mit Behinderungen sicherzustellen.

Zurzeit wird mit dem Niedersächsischen Landesamt eine Nutzungs- und Kooperationsvereinbarung für B.E.Ni. verhandelt, die dem Land Bremen die erforderlichen o.g. Modifikationsoptionen einräumt. Die Abstimmung ist noch nicht abgeschlossen.

Eine Erprobung des Bedarfsermittlungsinstrumentes ist im zweiten Quartal 2019 geplant. Die Planung und Durchführung der Erprobung erfolgt in enger Abstimmung mit dem Landesteilhabebeirat sowie dem Landesbehindertenbeauftragten unter Einbindung der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatungsstellen (EUTB).

Eine flächendeckende Einsetzung des neuen Instrumentes ist ab 2020 stufenweise in einer IT-Version geplant. Das Bedarfsermittlungsinstrument ist ein integrierter Teil des Gesamtplanverfahrens. Die Ermittlung der Bedarfe und die damit verbundene Feststellung der Eingliederungs-

hilfeleistungen sowie die Überprüfung der Wirkungen dieser Leistungen werden in einem systematischen und transparenten Verwaltungsverfahren durchgeführt. Der Leistungsberechtigte steht mit seinen Teilhabebedarfen dabei im Mittelpunkt des Verfahrens.

### **C. Alternativen**

Werden nicht empfohlen.

### **D. Finanzielle / Personalwirtschaftliche Auswirkungen / Gender Prüfung**

Das Bedarfsermittlungsinstrument B.E.Ni. wird anderen Bundesländern vom Niedersächsischen Sozialministerium kostenlos in Form von Word-Dokumenten zur Verfügung gestellt. In den ersten Erprobungs- und Einführungsschritten sollen diese Word-Dokumente in modifizierter Form genutzt werden. Dafür entstehen keine zusätzlichen Kosten.

Eine exklusive IT-Entwicklung eines eigenen Instrumentes für das Land Bremen, die nach Schätzung des Herstellers bei 100.000,- bis 150.000,- Euro liegen würde, erübrigt sich bei einer Nutzung eines für Bremen modifizierten B.E.Ni. im Rahmen bestehender Möglichkeiten. Dieses soll auch geschehen. Die Umsetzung von B.E.Ni. in der auch von den Sozialämtern in Bremen und Bremerhaven genutzten Fach- und Abrechnungssoftware OpenProsoz wurde bereits vom Land Niedersachsen und den Kommunen in Auftrag gegeben und befindet sich in der Erarbeitung beim Softwareanbieter.

Die Einführung einer auf das Land Bremen abgestimmten Version würde laut Hersteller für jede Stadtgemeinde bei einmalig 26.000 Euro (Objekt-, Bereitstellungs-, Qualifizierungs-, Projektkosten) zuzüglich 1.530 Euro jährlich für Softwarepflege liegen. Die im Amt für Soziale Dienste in Bremen, im Gesundheitsamt Bremen bzw. in den Behandlungszentren sowie dem Sozial- und Gesundheitsamt Bremerhaven entstehenden zusätzlichen einmaligen Lizenzkosten pro Arbeitsplatz liegen bei ca. 1.500,00 Euro zzgl. möglicher Kosten für erforderliche Hardware. Die entstehenden Ausgaben aufgrund dieser gesetzlich verpflichteten Aufgabenwahrnehmung sind unabweisbar und im Rahmen der IT-Budgets sowie der Sozialleistungen 2019 ff. abzudecken. Dabei werden Kostenübernahmefragen des Landes Bremen gegenüber der Stadtgemeinde Bremerhaven einbezogen.

Die personalwirtschaftlichen Auswirkungen unterscheiden sich nicht bei den verschiedenen Instrumenten der Bedarfsermittlung. Alle Instrumente erfordern einen ungefähren durchschnittlichen zeitlichen Bedarf von sechs bis acht Stunden pro Einzelfallbearbeitung. Der durch die neuen gesetzlichen Vorgaben zum Bedarfsermittlungsinstrument auftretende höhere Arbeits- sowie Fortbildungsaufwand und damit zusätzliche Personalbedarf entsteht in allen an der Bedarfsermittlung beteiligten Diensten im Amt für Soziale Dienste, in den Gesundheitsämtern Bremen und Bremerhaven sowie in den Behandlungszentren in Bremen. Dieser Personalmehrbedarf sowie die Kostenbeteiligung des Landes sind noch weiter zu klären und insbesondere mit der Stadtgemeinde Bremerhaven zu verhandeln. Eine Konkretisierung erfolgt im Rahmen des Haushaltsaufstellungsverfahrens 2020/2021.

Die Instrumente der Bedarfsermittlung richten sich an Männer und Frauen gleichermaßen und erfassen ihre Bedarfe individuell.

### **E. Beteiligung / Abstimmung**

Der Einsatz des oben dargestellten Bedarfsermittlungsinstrumentes ist mit dem Landesteilhabeberrat, dem Landesbehindertenbeauftragten und dem Sozial- und Gesundheitsamt Bremerhaven abgestimmt worden.

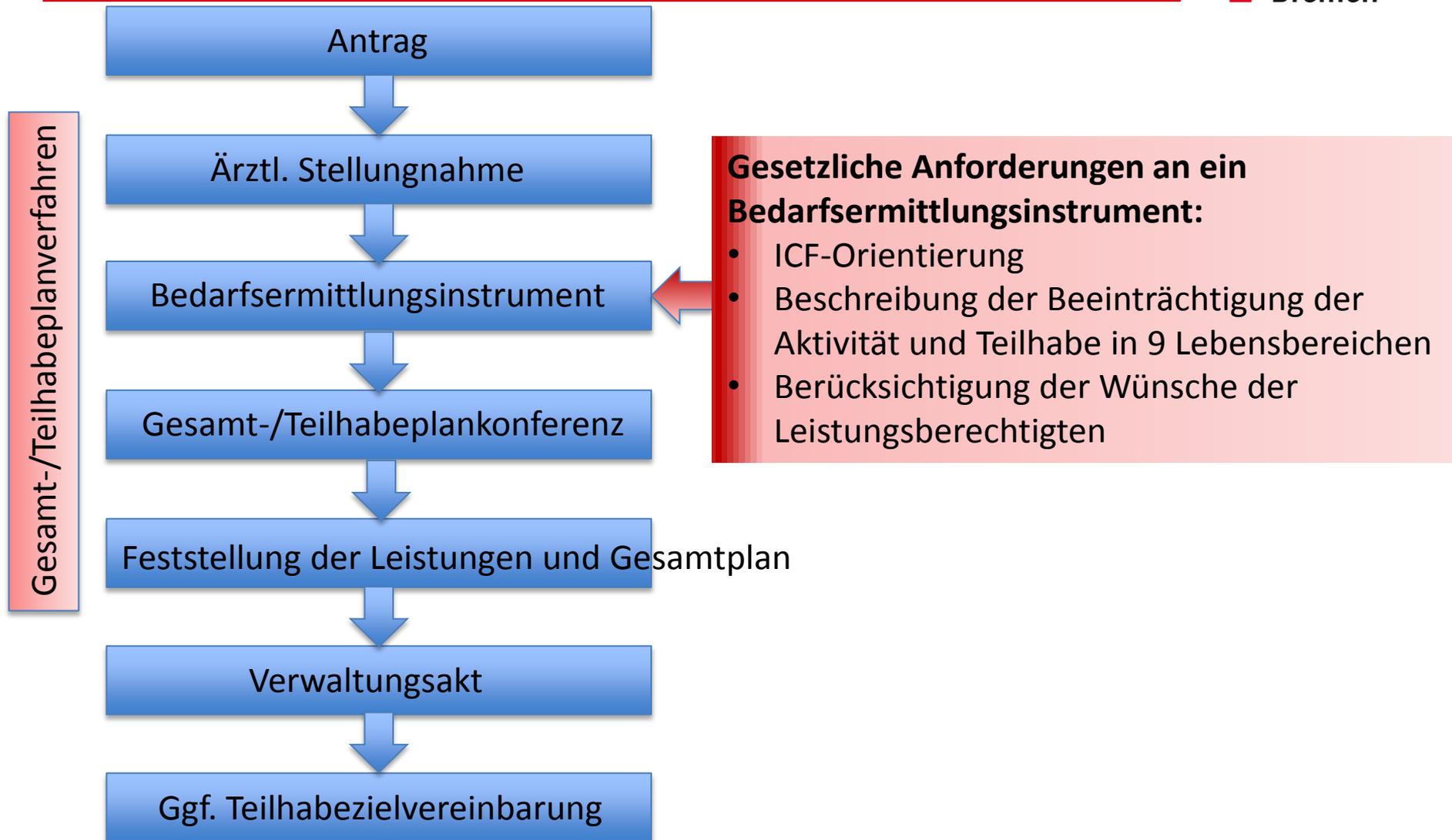
**F. Beschlussvorschlag**

Die staatliche Deputation für Soziales, Jugend und Integration und die staatliche Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz nehmen die vorgesehene Anwendung eines modifizierten Bedarfsermittlungsinstrumentes Niedersachsen im Land Bremen zur Kenntnis.

**Anlagen:**

Instrument der Bedarfsermittlung (B.E.NI – BedarfsErmittlung Niedersachsen), Arbeitsversion 2.0 / 7.2018, Bögen A-D

# Prozessdarstellung Gesamt-/Teilhabeplanung



# Basisdaten – Erwachsene

Änderung bei Fortschreibung ▼

<b>1. Personenbezogene Daten</b>				Az	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname		Geschlecht:		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> trans/inter	
Geburtsdatum		Geburtsort			
Familienstand		Staatsangehörigkeit		Aufenthaltsstatus	
Anschrift (aktueller Aufenthalts-/Wohnort, z.B. Wohnung, Einrichtung, ggfs. Einrichtungsnr. nach QUOTAS):					
Letzter Gewöhnlicher Aufenthaltsort:					
Telefonnummer		Fax		Mobil	
				E-Mail	
<b>2. Vorgeschichte und aktuelle Situation</b>				<input type="checkbox"/>	
<b>2.1. Eltern</b>					
20T		<input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil <input type="checkbox"/> verstorben am		20T	
				<input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptiv- <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil <input type="checkbox"/> verstorben am	
Name, Vorname		Name, Vorname			
Anschrift		Anschrift			
Tel., Fax, E-Mail		Tel., Fax, E-Mail			
Die Eltern sind					
<b>2.2. Kinder:</b> <input type="checkbox"/> keine Kinder					
Anzahl:      Geb.daten:      , davon im eigenen Haushalt lebend:					
<b>2.3. Lebensverlauf und Wohnverhältnisse in der Vergangenheit und heute</b>				<input type="checkbox"/>	
Jahr		Lebensverlauf / Wohnsituation			
Aktuelle Wohnsituation: <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> im Familienverband <input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> in einer Partnerschaft <input type="checkbox"/> alleinerziehend <input type="checkbox"/> in einer Einrichtung <input type="checkbox"/> Sonstiges_____					
<b>2.4. Schulische Laufbahn / berufliche Situation</b>				<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> ohne Berufsabschluss	<input type="checkbox"/>
erreichter Schulabschluss					
weitere Bildungsabschlüsse					
erlernter Beruf					
zuletzt ausgeübter Beruf oder Beschäftigungen					
Arbeits- und berufsfördernde Maßnahmen					
Angestrebte und nicht erreichte Abschlüsse					
Sonstiges					
<b>2.5. Arbeitsverhältnisse / Tätigkeiten in der Vergangenheit und heute</b>				<input type="checkbox"/>	
Jahr		Arbeitsverhältnis / Tätigkeit			

Änderung bei Fortschreibung ▼

<b>2.6. Finanzielle Situation (Einkommen, Vermögen und Belastungen)</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
<input type="checkbox"/> Erwerbs-/Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Rentenarten (§ 33 SGB VI, z.B. (Regel)Alters-/ EM-/ Sonstige) <input type="checkbox"/> Leistungen der Gesetzl. Unfallversicherung (SGB VII) <input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht <input type="checkbox"/> Unterhalt von Ehe-/Lebenspartner/in, Angehörigen <input type="checkbox"/> Krankengeld/Übergangsgeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I (SGB III) <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II (SGB II) <input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII) <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt (SGB XII) <input type="checkbox"/> Wohngeld (WoGG) <input type="checkbox"/> Sonstiges:	Vermögen (z.B. Eigentum, Lebensversicherungen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Schulden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ca. in €

<b>3. Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht, Schwerbehindertenausweis</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
<input type="checkbox"/> Ein Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht wurde bisher nicht gestellt. <input type="checkbox"/> Ein Erstantrag wurde gestellt am <input type="checkbox"/> Ein Neufstellungsantrag wurde gestellt am <input type="checkbox"/> Der Antrag wurde abgelehnt <input type="checkbox"/> Eine Behinderung nach dem Schwerbehindertenrecht wurde festgestellt mit Bescheid vom            durch           , GdB <input type="checkbox"/> Es ist ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt worden bis           , GdB <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> Es liegt eine Gleichstellung vor; Bescheid vom            durch	
Merkzeichen:	
<input type="checkbox"/> H (Hilfslosigkeit) <input type="checkbox"/> BI (Blindheit) <input type="checkbox"/> 1 KI (1. Klasse) <input type="checkbox"/> B (Begleitperson) <input type="checkbox"/> TBI (Taubblindheit) <input type="checkbox"/> kriegsbeschädigt <input type="checkbox"/> EB (Entschädigungsberechtigt) <input type="checkbox"/> aG (außergewöhnliche Gehbehinderung) <input type="checkbox"/> RF (Rundfunk/Fernsehen) <input type="checkbox"/> GI (Gehörlosigkeit) <input type="checkbox"/> G (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit) <input type="checkbox"/> VB (Versorgungsberechtigt)	

<b>4. Pflegegrad nach dem SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
<input type="checkbox"/> keine Einstufung <input type="checkbox"/> Antrag / Höherstufungsantrag wurde gestellt am <input type="checkbox"/> Antrag / Höherstufungsantrag wurde abgelehnt am <input type="checkbox"/> Eingestuft in Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5, Beginn der Anerkennung:	
Zuständige Pflegekasse (Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Aktenzeichen)	

<b>5. Umweltfaktoren</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
<b>5.1 Rechtliche Vertretung</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>	
<input type="checkbox"/> Keine rechtliche Vertretung <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte(r) oder Beistand i.S. § 20 (3) SGB IX i.V.m. 13 SGB X <input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung Wirkungskreise <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Gesundheitspflege <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Entgegennahme und Öffnen der Post <input type="checkbox"/> Rechts-, Antrags- und Behördenangelegenheiten <input type="checkbox"/> Vermögenspflege	

# Basisdaten – Erwachsene

Änderung bei Fortschreibung ▼

<input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalt für befristet bis <input type="checkbox"/> ist / wird beantragt			
Name, Vorname			
Anschrift			
Telefonnummer	Fax	Mobil	E-Mail

5.2 Gerichtsbeschluss zu der Erlaubnis freiheitsentziehender Maßnahmen gem. § 1906 BGB	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja, durch Beschluss vom Befristet bis Genehmigte freiheitsentziehende Maßnahmen:	

5.3 Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>
Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Mitgliedsnummer	
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> § 264 SGB V	

5.4 Verfügbare Ressourcen		<input type="checkbox"/>												
Hilfsprodukte und Technologien i.S. der ICF einschl. Hilfsmittel														
<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>														
Selbsthilfe und Leistungen anderer Leistungsträger		<input type="checkbox"/>												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 70%;"><b>Inanspruchnahme</b> - Namen, Ansprechpartner, Telefon, Fax, E-Mail, ggf. Aktenzeichen Leistungsumfang und –dauer</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Soziale Unterstützung (Familie, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sozialraum</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sozialberatung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Schuldnerberatung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (SGB IX)</td> </tr> </table>				<b>Inanspruchnahme</b> - Namen, Ansprechpartner, Telefon, Fax, E-Mail, ggf. Aktenzeichen Leistungsumfang und –dauer	<input type="checkbox"/>	Soziale Unterstützung (Familie, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche)	<input type="checkbox"/>	Sozialraum	<input type="checkbox"/>	Sozialberatung	<input type="checkbox"/>	Schuldnerberatung	<input type="checkbox"/>	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (SGB IX)
	<b>Inanspruchnahme</b> - Namen, Ansprechpartner, Telefon, Fax, E-Mail, ggf. Aktenzeichen Leistungsumfang und –dauer													
<input type="checkbox"/>	Soziale Unterstützung (Familie, Freunde, Nachbarn, Ehrenamtliche)													
<input type="checkbox"/>	Sozialraum													
<input type="checkbox"/>	Sozialberatung													
<input type="checkbox"/>	Schuldnerberatung													
<input type="checkbox"/>	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (SGB IX)													

# Basisdaten – Erwachsene

Änderung bei Fortschreibung ▼

<input type="checkbox"/>	Sozialpsychiatrischer Dienst		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Suchtberatung		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen zur Eingliederung (SGB II, SGB III)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fachärztliche und ärztliche Behandlung (SGB V)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Häusliche Krankenpflege (SGB V)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ambulante psychiatrische Pflege (SGB V)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sonstige med. Rehabilitation (SGB V) z.B. Krankengymnastik		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Institutsambulanz (SGB V)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Psychotherapie (SGB V), sonstige therapeutische Unterstützung		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Berufliche und/oder medizinische Rehabilitation (SGB VI)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Jugendhilfe (SGB VIII)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Integrationsfachdienst (SGB IX)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Haushaltshilfe (SGB XI, SGB XII)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Pflegekasse (SGB XI)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen der Hilfe zur Pflege (SGB XII)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Mobilitätshilfen (SGB XII)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Leistungen nach KOF/KOV (z.B. Operenschädigung)		<input type="checkbox"/>

# Basisdaten – Erwachsene

Änderung bei Fortschreibung ▼

<input type="checkbox"/>	Sonstige Hilfen	<input type="checkbox"/>
--------------------------	-----------------	--------------------------

5.5 Bezugspersonen, Person des Vertrauens <input type="checkbox"/>			
Name, Vorname			
Anschrift			
Telefonnummer	Fax	Mobil	E-Mail
Art der Beziehung			

Ort, Datum, Unterschrift(en) und Funktion(en) der Bearbeiterin(nen) / des/der Bearbeiter(s)  , 20T
--

Name, Vorname _____, _____	Geburtsdatum: _____	Az. _____
<input type="checkbox"/> Erste Bedarfsermittlung <input type="checkbox"/> Fortschreibung erfasst am: 20T _____ von _____		

### Teil I - Beeinträchtigungen

#### 1. Gesundheitliche Situation - aktuelle Diagnosen (ICD-Schlüssel)

Bezeichnung / Beschreibung	ICD-Code	festgestellt durch Befundbericht/ Stellungnahme/Gutachten u.a. von	am

#### 2. Hinweise zu Körperstrukturen und –funktionen

Welche Beeinträchtigungen liegen im Bereich der Körperstrukturen und –funktionen vor?	festgestellt durch Befundbericht/ Stellungnahme/Gutachten u.a. von	am

Aktuelle Medikation:

#### 3. Mögliche Verursachung durch Dritte nein

Geht die Beeinträchtigung auf eine Schädigung durch eine andere Person oder eine Sache (z. B. Gewalttat nach dem OEG, Unfall, Impfschaden, mangelhafte ärztliche Behandlung) zurück?

ja      **Inanspruchnahme**  
 Namen, Ansprechpartner, Telefon, Fax, E-Mail - Sachverhaltsschilderung - evtl. Gerichtsurteil(e) (Gericht, Datum, Az.)

#### Art der Schädigung im Sinne des Sozialen Entschädigungsrechts (SER)

OEG    BVG/HHG    IFSG    StrafRehaG/VerwRehaG

Bezeichnung der Schädigungsfolgen:

Grad der Schädigung:

Datum aktueller Bescheid:

Ort, Datum, Unterschrift(en) und Funktion(en) der Bearbeiterin(nen) / des/der Bearbeiter(s)  _____, 20T _____
---

### Teil II - Aktivität und Teilhabe

Hier werden die Ressourcen und nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe des Menschen mit Behinderung und die damit verbundenen umwelt- oder personenbezogenen Förderfaktoren und Barrieren berücksichtigt.

Die Beschreibung erfolgt differenziert in den nachfolgenden 9 Lebensbereichen, gegliedert z.B. anhand der Fragestellungen:

- A) Was wünschen Sie sich? Was soll so bleiben wie bisher? Was soll sich verändern?
- B) Was gelingt Ihnen gut oder ohne große Probleme? Was gelingt Ihnen nicht so gut oder gar nicht? Was könnte Ihnen gelingen?
- C) Wer oder was hilft Ihnen jetzt schon, den Lebensbereich so zu gestalten wie Sie wollen? Wer oder was hindert Sie daran? Wer oder was könnte Sie unterstützen?
- D) Was ist weiter wichtig, um Sie und Ihre Situation zu verstehen?

In welcher **Wechselbeziehung** stehen die Ressourcen und nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen in Bezug auf das bio-psycho-soziale Modell der ICF?

Abweichende Sichtweisen der Beteiligten zur aktuellen Situation sind zu dokumentieren, sofern kein Konsens erzielt werden konnte

**Ausmaß der Aktivität und / oder Teilhabe einschränkung**

Das Problem ist  
 0 - nicht vorhanden  
 1 - leicht ausgeprägt  
 2 - mäßig ausgeprägt  
 3 - erheblich ausgeprägt  
 4 - voll ausgeprägt  
 8 - nicht spezifiziert  
 9 - nicht anwendbar

#### 1 LERNEN UND WISSENSANWENDUNG

Dieser Bereich befasst sich mit Lernen, Anwendung des Erlernten, Denken, Probleme lösen und Entscheidungen treffen (ICF: d110-d199).

0	1	2	3	4	8	9
<input type="checkbox"/>						

Gegebenenfalls Auswahl bedeutsamer Items:

- A) Wunsch/Veränderung
- B) Fähigkeiten ↔ Beeinträchtigungen
- C) Förderfaktoren ↔ Barrieren
- D) Weitere wichtige Hinweise

**Wechselbeziehungen**

Abweichende Sichtweisen

#### 2 ALLGEMEINE AUFGABEN UND ANFORDERUNGEN

Dieser Bereich befasst sich ausschließlich mit allgemeinen Aspekten der Ausführung von Einzel- und Mehrfachaufgaben, der Organisation von Routinen und dem Umgang mit Stress (d210-d299).

0	1	2	3	4	8	9
<input type="checkbox"/>						

Gegebenenfalls Auswahl bedeutsamer Items:

- A) Wunsch/Veränderung
- B) Fähigkeiten ↔ Beeinträchtigungen
- C) Förderfaktoren ↔ Barrieren
- D) Weitere wichtige Hinweise

**Wechselbeziehungen**

Abweichende Sichtweisen

### 3 KOMMUNIKATION

Dieser Bereich befasst sich mit der Kommunikation mittels Sprache, Zeichen und Symbolen einschließlich sich Mitteilen, Mitteilungen verstehen und Kommunikationsgeräten und –techniken benutzen (d310-d399).

0	1	2	3	4	8	9
<input type="checkbox"/>						

**Gegebenenfalls Auswahl bedeutsamer Items:**

- A) Wunsch/Veränderung
- B) Fähigkeiten ↔ Beeinträchtigungen
- C) Förderfaktoren ↔ Barrieren
- D) Weitere wichtige Hinweise

**Wechselbeziehungen**

Abweichende Sichtweisen

### 4 MOBILITÄT

Dieser Bereich beschäftigt sich mit Wechsel der Körperposition, Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, Gehen und sich Fortbewegen, sich mit Transportmitteln fortbewegen (d410-d499).

0	1	2	3	4	8	9
<input type="checkbox"/>						

**Gegebenenfalls Auswahl bedeutsamer Items:**

- A) Wunsch/Veränderung
- B) Fähigkeiten ↔ Beeinträchtigungen
- C) Förderfaktoren ↔ Barrieren
- D) Weitere wichtige Hinweise

**Wechselbeziehungen**

Abweichende Sichtweisen

### 5 SELBSTVERSORGUNG

Dieser Bereich befasst sich mit dem Waschen, Abtrocknen und der Pflege des eigenen Körpers, dem An- und Ablegen von Kleidung, dem Essen und Trinken und der Sorge um die eigene Gesundheit (d510-d599).

0	1	2	3	4	8	9
<input type="checkbox"/>						

**Gegebenenfalls Auswahl bedeutsamer Items:**

- A) Wunsch/Veränderung
- B) Fähigkeiten ↔ Beeinträchtigungen
- C) Förderfaktoren ↔ Barrieren
- D) Weitere wichtige Hinweise

**Wechselbeziehungen**

Abweichende Sichtweisen

### 6 HÄUSLICHES LEBEN

Dieser Bereich umfasst die Beschaffung einer Wohnung, von Lebensmitteln, Kleidung und anderen Notwendigkeiten, Reinigungs- und Reparaturarbeiten im Haushalt, die Pflege von persönlichen und anderen Haushaltsgegenständen und die Hilfe für andere (d610-d699).

0	1	2	3	4	8	9
<input type="checkbox"/>						

**Gegebenenfalls Auswahl bedeutsamer Items:**

- A) Wunsch/Veränderung
- B) Fähigkeiten ↔ Beeinträchtigungen
- C) Förderfaktoren ↔ Barrieren
- D) Weitere wichtige Hinweise

**Wechselbeziehungen**

Abweichende Sichtweisen

### 7 INTERPERSONELLE INTERAKTIONEN UND BEZIEHUNGEN

Dieses Kapitel befasst sich mit der Ausführung von Handlungen und Aufgaben, die für die elementaren und komplexen Interaktionen mit Menschen (Fremden, Freunden, Verwandten, Familienmitgliedern und Liebespartnern) in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise erforderlich sind (d710-d799).

0	1	2	3	4	8	9
<input type="checkbox"/>						

**Gegebenenfalls Auswahl bedeutsamer Items:**

- A) Wunsch/Veränderung
- B) Fähigkeiten ↔ Beeinträchtigungen
- C) Förderfaktoren ↔ Barrieren
- D) Weitere wichtige Hinweise

**Wechselbeziehungen**

Abweichende Sichtweisen

**8 BEDEUTENDE LEBENSBEREICHE**

Dieses Kapitel befasst sich mit der Ausführung von Aufgaben und Handlungen, die für die Beteiligung an Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung sowie für die Durchführung wirtschaftlicher Transaktionen erforderlich sind (d810-d899).

0	1	2	3	4	8	9
<input type="checkbox"/>						

**Gegebenenfalls Auswahl bedeutsamer Items:**

- A) Wunsch/Veränderung
- B) Fähigkeiten ↔ Beeinträchtigungen
- C) Förderfaktoren ↔ Barrieren
- D) Weitere wichtige Hinweise

**Wechselbeziehungen**

Abweichende Sichtweisen

**9 GEMEINSCHAFTS-, SOZIALES UND STAATSBÜRGERLICHES LEBEN**

Dieses Kapitel befasst sich mit Handlungen und Aufgaben, die für die Beteiligung am organisierten sozialen Leben außerhalb der Familie, in der Gemeinschaft sowie in verschiedenen sozialen und staatsbürgerlichen Lebensbereichen erforderlich sind (d910-d999).

0	1	2	3	4	8	9
<input type="checkbox"/>						

**Gegebenenfalls Auswahl bedeutsamer Items:**

- A) Wunsch/Veränderung
- B) Fähigkeiten ↔ Beeinträchtigungen
- C) Förderfaktoren ↔ Barrieren
- D) Weitere wichtige Hinweise

**Wechselbeziehungen**

Abweichende Sichtweisen

a) Es liegt eine Abweichung vom für das Lebensalter typischen Zustand vor (§ 53 SGB XII i.V. m. § 2 Abs. 1 S. 1).	b) Eine Beeinträchtigung der Teilhabe, die länger als sechs Monate andauert, liegt vor (gemäß § 53 SGB XII i.V. m. § 2 Abs. 1 S. 1).	c) Die Teilhabebeeinträchtigung steht in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Behinderung.	d) Eine wesentliche Behinderung i.S. § 53 Abs. 1 S.1 SGB XII.	e) Eine andere (nicht wesentliche) Behinderung i.S. § 53 Abs. 1 S. 2 SGB XII (Ermessensleistung / örtlicher Träger).	f) Behinderungsart (§§ 1 bis 3 EghVO):
---	--	---	---	--	--

# Beeinträchtigung, Aktivität und Teilhabe

**B.E.Ni**

**F 2** Bogen B

2 SGB IX)	§ 2 (1) S. 1 SGB IX)		<input type="checkbox"/> liegt vor (weiter mit f) <input type="checkbox"/> droht (weiter mit f) <input type="checkbox"/> liegt nicht vor (weiter mit e)	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> geistig <input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> blind oder hochgradig sehbehindert en <input type="checkbox"/> hör- geschädigt <input type="checkbox"/> sprachbe- hindert  <input type="checkbox"/> seelisch
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Sonstiges:

Ort, Datum, Unterschrift(en) und ggfs. Funktion(en) der Bearbeiterin(nen) / des/der Bearbeiter(s)

, 20T

# Zielplanung



F 2 Bogen C

Name, Vorname \_\_\_\_\_, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Az. \_\_\_\_\_

Erste Zielplanung       Fortschreibung  
 zusammengefasst am: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_

Leitziel			
Lebensbereich das Ziel betrifft folgende(n) Lebensbereich (e) (Ziffer(n) angeben):	Rahmen-/ Ergebnisziel(e) (S.M.A.R.T formulieren)	Wie wichtig ist das Ziel? Bedeutungsgrad wenig → sehr wichtig	Anmerkungen
19T	<input type="checkbox"/> Entwicklungs-/Veränderungsziel <input type="checkbox"/> Erhaltungs-/Stabilisierungsziel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
19T	<input type="checkbox"/> Entwicklungs-/Veränderungsziel <input type="checkbox"/> Erhaltungs-/Stabilisierungsziel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
19T	<input type="checkbox"/> Entwicklungs-/Veränderungsziel <input type="checkbox"/> Erhaltungs-/Stabilisierungsziel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
19T	<input type="checkbox"/> Entwicklungs-/Veränderungsziel <input type="checkbox"/> Erhaltungs-/Stabilisierungsziel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
19T	<input type="checkbox"/> Entwicklungs-/Veränderungsziel <input type="checkbox"/> Erhaltungs-/Stabilisierungsziel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
19T	<input type="checkbox"/> Entwicklungs-/Veränderungsziel <input type="checkbox"/> Erhaltungs-/Stabilisierungsziel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

BedarfsErmittlung  Entwicklungs-/Veränderungsziel

Arbeitsversion 2.0 / 07.2018

# Zielplanung



F 2 Bogen C

	<input type="checkbox"/> Erhaltungs-/Stabilisierungsziel		
--	--	--	--

Hiermit bestätige ich, dass ich an der Erstellung der Bedarfserfassung und den geplanten Zielen mitgewirkt habe.

Datum der Zielplanung: 19T

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Leistungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift gesetzliche Betreuung, bevollmächtigte Person, Personensorgeberechtigte

\_\_\_\_\_  
Unterschrift weitere\*r Gesprächsteilnehmer\*in

\_\_\_\_\_  
Name, Funktion

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Bearbeiterin/des Bearbeiters

# Bogen D - Ergebnis – Empfehlung

Name, Vorname _____, _____		Geburtsdatum: _____		Az. _____	
<b>Im Rahmen der Bedarfsermittlung vom _____ wird Folgendes im Ergebnis empfohlen:</b>					
<input type="checkbox"/> Kein Leistungsanspruch aufgrund der Bedarfsermittlung <input type="checkbox"/> Antrag wurde zurückgenommen am _____ <input type="checkbox"/> Es besteht ein Hilfebedarf der den folgenden Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX zugeordnet werden kann:					
<input type="checkbox"/> <b>Leistungen zur medizinischen Rehabilitation</b>					
Bedarfe / Ziele (aus Bogen B und Bogen C)		Leistung/en (mögliche Anspruchs- grundlage/n)	Leistungs- form	LBGr oder bei ambulanten Leistungen FLS ggf. Qualifikation des Personals	Mögliche/r Leistungsträger
Bogen B – Lebensbereich	Bogen C – lfd. Nr.				
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		bitte aus- wählen		<input type="checkbox"/> Träger der Sozialhilfe / der Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere ( r ) Träger, und zwar
<input type="checkbox"/> <b>Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben</b>					
Bedarfe / Ziele (aus Bogen B und Bogen C)		Leistung/en (mögliche Anspruchs- grundlage/n)	Leistungs- form	LBGr oder bei ambulanten Leistungen FLS ggf. Qualifikation des Personals	Mögliche/r Leistungsträger
Bogen B – Lebensbereich	Bogen C – lfd. Nr.				
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		bitte aus- wählen		<input type="checkbox"/> Träger der Sozialhilfe / der Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere ( r ) Träger, und zwar
<input type="checkbox"/> <b>Unterhaltsichernde und andere ergänzende Leistungen</b>					
Leistungsträger	Antragsdatum	Bescheiddatum	Anspruchsgrundlage	Bewilligungszeitraum von bis	
<input type="checkbox"/> <b>Hilfen zur Teilhabe an Bildung</b>					
<input type="checkbox"/> <b>Bis 31.12.2019 für den Träger der Sozialhilfe – Leistungen nach § 54 Abs. 1 Nr. 1 u. 2 SGB XII</b>					
Bedarfe / Ziele (aus Bogen B und Bogen C)		Leistung/en (mögliche Anspruchs- grundlage/n)	Leistungs- form	LBGr oder bei ambulanten Leistungen FLS ggf. Qualifikation des Personals	Mögliche/r Leistungsträger
Bogen B – Lebensbereich	Bogen C – lfd. Nr.				
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		bitte aus- wählen		<input type="checkbox"/> Träger der Sozialhilfe / der Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere ( r ) Träger, und zwar
<input type="checkbox"/> <b>Leistungen zur sozialen Teilhabe</b>					
<input type="checkbox"/> <b>Bis 31.12.2019 für den Träger der Sozialhilfe - Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft</b>					
Bedarfe / Ziele (aus Bogen B und Bogen C)		Leistung/en (mögliche Anspruchs- grundlage/n)	Leistungs- form	LBGr oder bei ambulanten	Mögliche/r Leistungsträger

# Bogen D - Ergebnis – Empfehlung

Bogen B – Lebensbereich	Bogen C – lfd. Nr.	grundlage/n)		Leistungen FLS ggf. Qualifikation des Personals	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		bitte auswählen		<input type="checkbox"/> Träger der Sozialhilfe / der Träger der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> andere ( r ) Träger, und zwar

**Es bestehen Anhaltspunkte für eine Pflegebedürftigkeit (§ 141 Abs. 3 SGB XII bzw. § 22 Abs. 2 SGB IX). Sofern Pflegebedürftigkeit bereits festgestellt wurde, sind die Daten aus Bogen A zu entnehmen.**

Bedarfe (aus Bogen B)	Antrag gestellt am	Pflegegrad (soweit bekannt)	Anspruchsgrundlage	Bewilligungszeitraum von bis	Pflegekasse / Az.
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9					

**Es bestehen Anhaltspunkte für einen Bedarf an notwendigem Lebensunterhalt (§ 141 Abs. 4 SGB XII)**

Bedarfe (aus Bogen B)	Antrag gestellt am	Art der Leistung	Anspruchsgrundlage	Bewilligungszeitraum von bis	Leistungsträger
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9					

**Sonstige Leistungen nach dem SGB XII, die nicht der Eingliederungshilfe zuzuordnen sind (z. B. Hilfe zur Pflege, Blindenhilfe), soweit sie für die Feststellung der Leistungen nach § 54 SGB XII erforderlich sind.**

Bedarfe (aus Bogen B)	Antrag gestellt am	Art der Leistung	Anspruchsgrundlage	Bewilligungszeitraum von bis	Leistungsträger
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9					

**Ziele (Bogen C) die keine oder noch keine Leistung auslösen:**

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7		

Kurze Begründung:

**Sonstiges / Bemerkungen**

**Der Träger der Eingliederungshilfe ist Leistungsverantwortlicher nach § 15 SGB IX**

**Empfehlung Termin der nächsten Überprüfung**

**Auf die Angebote der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX wurde hingewiesen (§ 20 Abs. 3 S.3 SGB IX).**

### Teilhabeplankonferenz gem. § 20 SGB IX:

Die Voraussetzungen für ein Teilhabeplanverfahren (§ 19 SGB IX) sind

- erfüllt.
- nicht erfüllt (**weiter mit Gesamtplankonferenz**).

Eine Teilhabeplankonferenz ist

- nicht erforderlich.
- erforderlich.
- erforderlich, da Leistungen für die Mutter und/oder den Vater mit Behinderungen bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder beantragt wurden (§ 20 Abs. 2 Satz 2 SGB IX).

Die Zustimmung der leistungsberechtigten Person zur Durchführung einer Teilhabeplankonferenz

- liegt vor (§ 20 Abs. 1 Satz 1 SGB IX).
- liegt nicht vor; **die Entscheidung erfolgt nach Aktenlage**.

Die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz

- wurde von der leistungsberechtigten Person vorgeschlagen (§ 20 Abs. 1 SGB IX), ist jedoch **nicht** erforderlich, da
  - der zur Feststellung des Rehabilitationsbedarf maßgebliche Sachverhalt schriftlich ermittelt werden kann,
  - der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht oder
  - eine Einwilligung nach § 23 Abs. 2 SGB IX nicht erteilt wurde.
- Die leistungsberechtigte Person wurde über die maßgeblichen Gründe im Rahmen eines Anhörungsverfahrens informiert (§ 20 Abs. 2 Satz 1 SGB IX).
- wurde von einem beteiligten Rehabilitationsträger und/oder dem Jobcenter vorgeschlagen (§ 20 Abs. 1 SGB IX). Von dem Vorschlag wird abgewichen, da
  - der zur Feststellung des Rehabilitationsbedarf maßgebliche Sachverhalt schriftlich ermittelt werden kann,
  - der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht oder
  - die Einwilligung nach § 23 Abs. 2 SGB IX von der leistungsberechtigten Person **nicht** erteilt wurde.

### Gesamtplankonferenz gem. § 143 SGB XII:

Eine Gesamtplankonferenz ist

- erforderlich.
  - Die Zustimmung der leistungsberechtigten Person
    - liegt vor (§ 143 Abs. 1 Satz 1 SGB XII).
    - liegt nicht vor, **die Entscheidung erfolgt nach Aktenlage**.
- erforderlich, da Leistungen für die Mutter und/oder den Vater mit Behinderungen bei der Versorgung und Betreuung ihres/ihrer Kindes/Kinder beantragt wurden (§ 143 Abs. 4 Satz 2 SGB XII).
  - Die Zustimmung der leistungsberechtigten Person
    - liegt vor (§ 143 Abs. 4 Satz 1 SGB XII).
    - liegt nicht vor, **die Entscheidung erfolgt nach Aktenlage**.

Es bestehen Anhaltspunkte dafür, dass die Bedarfe

- durch andere Leistungsträger ,
- durch das familiäre, freundschaftliche und nachbarschaftliche Umfeld oder
- ehrenamtlich

gedeckt werden können. Die vorstehend genannten Leistungsträger, ehrenamtlichen Stellen und/oder Personen werden entsprechend beteiligt.

Die Zustimmung der leistungsberechtigten Person

- liegt vor (§ 143 Abs. 4 Satz 2 SGB XII).
- liegt nicht vor, **die Entscheidung erfolgt nach Aktenlage**.

- Es liegt kein Fall nach § 143 Abs. 4 SGB XII vor.

Die Gesamtplankonferenz

- erfolgt auf Vorschlag der leistungsberechtigten Person (§143 Abs. 1 S. 2 Alt. 1 SGB XII)
- erfolgt auf Vorschlag der folgenden beteiligten Rehabilitationsträger . Die leistungsberechtigte Person hat zugestimmt (§143 Abs. 1 S. 2 Alt. 2 i. V. m § 143 Abs. 1 S. 1 SGB XII).

# Bogen D - Ergebnis – Empfehlung

Die Gesamtplankonferenz wird mit der Teilhabeplankonferenz verbunden (§ 143 Abs. 3 Satz 1 SGB XII)

Eine Gesamtplankonferenz ist **nicht** erforderlich, da

der zur Feststellung der Leistung maßgebliche Sachverhalt schriftlich ermittelt werden kann,

der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Bearbeiterin / des Bearbeiters

**Personen / Institutionen, die bei einer Teilhabe- und/oder Gesamtplankonferenz beteiligt werden sollten:**

Name, Vorname	Institution / Funktion