

Umsetzung des Bedarfsermittlungsinstruments Baden-Württemberg (BEI_BW) und des Gesamt- und Teilhabeplanverfahren - Fallbeispiele

Fallbeispiel 1

Kurzdarstellung:

Lisa M. 19 Jahre (Name und Alter geändert)

Diagnosen: Entwicklungsstörung, Frühmangelgeburt, Intelligenzminderung, Epilepsie, soziale Ängste, Minderwuchs etc.

Hat das Sonderpädagogische Bildungs- und Beratungszentrum mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung (SBBZ) besucht. Nach Ende der Schulzeit nun Wechsel in eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM).

Während der Schulzeit wurde Schulbegleitung gewährt, zudem gibt es seit ca. 2 Jahren ein persönliches Budget für Freizeitbegleitung.

Durch die Aufnahme in die WfbM kommt neben der Eingliederungshilfe ein weiterer Reha Träger hinzu. Das Eingangsverfahren und der Berufsbildungsbereich werden über die Agentur für Arbeit (AfA) finanziert. Die AfA ist deshalb über den Teilhabeplan zu beteiligen.



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

BEI_BW

Erwachsene

**Bedarfsermittlungsinstrument Baden-Württemberg (BEI_BW)
gemäß § 13 in Verbindung mit § 118 Sozialgesetzbuch IX
– Bundesteilhabegesetz –**

Impressum

Herausgeber

Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg
Else-Josenhans-Str. 6
70173 Stuttgart

Verfasser

Thomas Schmitt-Schäfer
transfer - Unternehmen für soziale Innovation
Schlossplatz 5
54516 Wittlich

Inhalt

A Basisbogen

- 1 Leistungsberechtigte Person**
 - 1.1 Grunddaten
 - 1.2 Kontaktdaten
 - 1.3 Familienstand
 - 1.4 Schulabschluss
 - 1.5 Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss
 - 1.6 Erst- bzw. Folgeermittlung
 - 1.7 Vorhandene Hilfsmittel
 - 1.8 Besondere baulich-technische Anforderungen
 - 1.9 Erforderliche Kommunikationshilfen
- 2 Rechtliche Vertretung**
 - 2.1 Rechtliche Vertretung
 - 2.2 Kontaktdaten
- 3 Weitere Ansprechpersonen**
 - 3.1 Person des Vertrauens nach § 117 SGB IX
 - 3.2 Weitere Ansprechpersonen
- 4 Leistungsträger**
 - 4.1 Leistungen von Rehabilitationsträgern nach § 6 SGB IX
 - 4.2 Hinweise auf andere Leistungsträger
 - 4.3 Leistungen der Pflegekasse nach SGB XI
- 5 Erhebende Stelle**

B Beschreibung der gesundheitlichen Situation

- 1 Unterlagen**
- 2 Schwerbehinderung**
 - 2.1 Grad der Behinderung nach § 152 SGB IX
 - 2.2 Merkzeichen nach § 3 SchwbAwV
- 3 Befunde und Diagnosen nach ICD-10**
 - 3.1 Diagnosebegründende Befunde
 - 3.2 Diagnosen nach ICD-10, die den Rehabilitationsbedarf begründen
- 4 Körperfunktionen nach ICF**
 - 4.1 Mentale Funktionen
 - 4.2 Sinnesfunktionen und Schmerz
 - 4.3 Stimm- und Sprechfunktionen
 - 4.4 Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems
 - 4.5 Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems
 - 4.6 Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems
 - 4.7 Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen
 - 4.8 Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde
- 5 Gesamtschau und weitere wichtige Aspekte**
- 6 Erstellt durch**

C Dialog- und Erhebungsbogen

Gesprächstermine

Teil I: Lebensvorstellungen und Lebenssituation

- 1 Meine Wünsche und Lebensvorstellungen**
 - 1.1 Wie und wo ich wohnen will
 - 1.2 Was ich arbeiten oder lernen will
 - 1.3 Wie ich meine Beziehungen zu anderen Menschen gestalten will
 - 1.4 Was ich sonst mit meiner verfügbaren Zeit machen will
 - 1.5 Was mir sonst noch wichtig ist

- 2 Wie und wo ich jetzt lebe**
 - 2.1 Wie und wo ich jetzt wohne
 - 2.2 Was ich derzeit arbeite oder lerne
 - 2.3 Wie jetzt meine Beziehungen zu anderen Menschen sind
 - 2.4 Was ich sonst mit meiner verfügbaren Zeit mache
 - 2.5 Was mir sonst noch wichtig ist

Teil II: Lebensbereiche und Umweltfaktoren nach ICF

- 1 Lebensbereiche – Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]**
 - 1.1 Lernen und Wissensanwendung
 - 1.2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
 - 1.3 Kommunikation
 - 1.4 Mobilität
 - 1.5 Selbstversorgung
 - 1.6 Häusliches Leben
 - 1.7 Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
 - 1.8 Bedeutende Lebensbereiche
 - 1.9 Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

- 2 Umweltfaktoren**
 - 2.1 Produkte und Technologien
 - 2.2 Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt
 - 2.3 Unterstützung und Beziehungen
 - 2.4 Einstellungen
 - 2.5 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze

- 3 Personbezogene Faktoren**

- 4 Zusammenfassung der Beeinträchtigungen der Teilhabe**

D Ergebnisbogen

- 1 Meine Ziele**
- 2 Meine Bedarfe**
 - 2.1 Ausreichende, geeignete und erforderliche sächliche oder technische Hilfen zur Erreichung der Ziele – einschließlich Hilfsmittel
 - 2.2 Ausreichende, geeignete und erforderliche personelle Hilfen zur Erreichung der Ziele



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

BEI_BW

Erwachsene

**Bogen A
Basisbogen**

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

1 Leistungsberechtigte Person

1.1 Grunddaten		
Name M. (Namen und Alter sind geändert)	Vorname Lisa	Geburtsdatum 19 Jahre
Geschlecht <input checked="" type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers		
Staatsangehörigkeit <input checked="" type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> sonstige ggf. Aufenthaltsstatus		
1.2 Kontaktdaten		
PLZ	Ort	Straße
Telefon	Fax	E-Mail
1.3 Familienstand		
Familienstand <input checked="" type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden		
Anzahl der Kinder ---		Anzahl der Kinder im eigenen Haushalt
1.4 Schulabschluss		
<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Hauptschule	
<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss mit Besuch von SBBZ	<input type="checkbox"/> mittlere Reife	
<input checked="" type="checkbox"/> Förderschulabschluss	<input type="checkbox"/> (Fach)Hochschulreife, Abitur	
<input type="checkbox"/> sonstiges, und zwar		
Erläuterungen		
1.5 Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss		
<input checked="" type="checkbox"/> ohne Ausbildung	<input type="checkbox"/> zwei-/dreijährige Berufsausbildung	
<input type="checkbox"/> Fachwerker, Fachpraktiker	<input type="checkbox"/> Meister/Techniker	
<input type="checkbox"/> sonstiges, und zwar	<input type="checkbox"/> (Fach-)Hochschulausbildung	
Erläuterungen		

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

1.6 Erst- bzw. Folgeermittlung erste Bedarfsermittlung vom xx 2022 Fortschreibung vom**1.7 Vorhandene Hilfsmittel** keine Hilfsmittel vorhanden Rollstuhl Rollator sonstige Gehhilfen, und zwar Sehhilfen, und zwar Brille mit Prismengläsern Hörhilfen, und zwar Sprachhilfen, und zwar sonstiges, und zwar**1.8 Besondere baulich-technische Anforderungen** keine besonderen baulich-technischen Anforderungen erforderlich Behindertenparkplatz Rollstuhlgerechter Zugang Behinderten-WC besondere Beleuchtung oder Sehhilfen (z.B. Kamera-Bildschirm-System) akustisch optimierter Gesprächsraum (z.B. Dämmplatten, Schallschutzfenster) Braille Hörhilfen (z.B. Mikrofon mit Übertragung ans Hörgerät) besonderes Mobiliar (z.B. höhenverstellbarer Tisch) Sonstiges, und zwar

Erläuterungen

1.9 Erforderliche Kommunikationshilfen keine Kommunikationshilfen erforderlich Unterstützte Kommunikation Gebärdendolmetscher Schriftdolmetscher Leichte Sprache sonstiges, und zwar

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

Erläuterungen

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

2 Rechtliche Vertretung

2.1 Rechtliche Vertretung	
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Vollmacht <input checked="" type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung
Aufgabenkreise	<input checked="" type="checkbox"/> Gesundheitsorge <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input checked="" type="checkbox"/> Vermögenssorge <input checked="" type="checkbox"/> Behördenangelegenheiten <input checked="" type="checkbox"/> Postangelegenheiten <input checked="" type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar
Urkunde	<input checked="" type="checkbox"/> vom xx.xx.xxxx liegt vor und ist gültig bis <input type="checkbox"/> wurde angefordert am
<input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalt für	

2.2 Kontaktdaten		
Rechtliche Vertretung 1 Mutter (Funktion, Beziehung)		
Name M. (alle Namen sind geändert)		Vorname N.
PLZ	Ort	Straße
Telefon	Fax	E-Mail
Rechtliche Vertretung 2 Vater (Funktion, Beziehung)		
Name: M.		Vorname: N.
PLZ	Ort	Straße
Telefon	Fax	E-Mail

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

3 Weitere Ansprechpersonen

3.1 Person des Vertrauens nach § 117 SGB IX			
<input type="checkbox"/> keine Person des Vertrauens gemäß § 117 SGB IX benannt			
Eltern (Funktion, Beziehung oder Institution)			
Name		Vorname	
PLZ	Ort	Straße	
Telefon	Fax	E-Mail	
3.2 Weitere Ansprechpersonen			
Person 1 Tante (Funktion, Beziehung oder Institution)			
Name		Vorname	
PLZ	Ort	Straße	
Telefon	Fax	E-Mail	
Person 2 Großmutter (Funktion, Beziehung oder Institution)			
Name		Vorname	
Funktion:			
PLZ	Ort	Straße	
Telefon	Fax	E-Mail	
Person 3 (Funktion, Beziehung oder Institution)			
Name		Vorname	
Funktion:			
PLZ	Ort	Straße	
Telefon	Fax	E-Mail	

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

4 Leistungsträger

4.1 Leistungen von Rehabilitationsträgern nach § 6 SGB IX					
	laufend	genehmigt	beantragt	abgelehnt	Schreiben mit Datum vom ...
Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bundesagentur für Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eingangsverfahren/ Berufsbildungsbereich
Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kriegsopferfürsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jugendhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Träger der Eingliederungshilfe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persönl. Budget Freizeit

Erläuterungen nach Rehabilitationsträgern
 Persönliches Budget für Freizeit Assistenz 12 St. / Monat
 Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich sind von der AfA bewilligt. Fahrdienst erforderlich.

4.2 Hinweise auf andere Leistungsträger	
Gibt es Hinweise auf andere Leistungsträger?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erläuterungen s.o.	

4.3 Leistungen der Pflegekasse nach SGB XI				
nicht beantragt	beantragt	festgestellt	abgelehnt	Bescheid mit Datum vom ...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Festgestellter Pflegegrad				
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 0	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 3	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
Art der Leistung				
<input type="checkbox"/> Sachleistung				
<input checked="" type="checkbox"/> Pflegegeld, wenn ja, wer ist die pflegende Person Mutter				
Erläuterungen				

5 Erhebende Stelle

Stadt-/Landkreis Landratsamt Karlsruhe
--

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

Bearbeitung

(Nachname, Vorname)



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

BEI_BW

Erwachsene

Bogen B

Beschreibung der gesundheitlichen Situation

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

1 Unterlagen

Die „Beschreibung der gesundheitlichen Situation“ wurde auf der Basis folgender Unterlagen erstellt:

Art der Dokumente	vom ...
<input checked="" type="checkbox"/> Arztberichte	seit Kindheit
<input type="checkbox"/> Pflegegutachten	
<input type="checkbox"/> Reha-Berichte	
<input checked="" type="checkbox"/> Pädagogische Berichte	Jährliche Berichte der Schulbegleitung, Kompetenzinventar für Berufswegekonferenz
<input type="checkbox"/> Therapeutische Berichte	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

2 Schwerbehinderung

2.1 Grad der Behinderung nach § 152 SGB IX				
nicht beantragt	beantragt	fest-gestellt	ab-gelehnt	Bescheid mit Datum vom ...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grad der Behinderung 100				

2.2 Merkzeichen nach § 3 SchwbAwV				
<input checked="" type="checkbox"/> B	<input checked="" type="checkbox"/> G	<input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> 1. KI
<input type="checkbox"/> BI	<input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> RF	<input type="checkbox"/> TBI	

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

3 Befunde und Diagnosen nach ICD-10**3.1 Diagnosebegründende Befunde**

s.u.

3.2 Diagnosen nach ICD-10, die den Rehabilitationsbedarf begründen

Schlüssel	Klartext der ICD-10
	Entwicklungsstörung
	Epilepsie
	soz. Ängste
	Frühmangelgeburt
	Minderwuchs
	Sehschwäche
	Schilddrüsenunterfunktion

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

4 Körperfunktionen nach ICF

Wie wirken sich die rehabilitationsbegründenden Diagnosen nach ICD-10 auf die Körperfunktionen aus? Bitte beschreiben Sie die Beeinträchtigungen der Körperfunktionen in der rechten Spalte der einzelnen Kapitel in kurzen Stichworten.

Übersicht	
Liegen Beeinträchtigungen im jeweiligen Kapitel vor?	
Kapitel 1 - Mentale Funktionen	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kapitel 2 - Sinnesfunktionen und Schmerz	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kapitel 3 - Stimm- und Sprechfunktionen	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Kapitel 4 - Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Kapitel 5 - Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kapitel 6 - Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Kapitel 7 - Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kapitel 8 - Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein

4.1 Mentale Funktionen	
	Erläuterungen, gegebenenfalls 3. oder 4. Ebene
Globale mentale Funktionen (b110-b139)	
<input type="checkbox"/> b110 Funktionen des Bewusstseins	
<input type="checkbox"/> b114 Funktionen der Orientierung	
<input checked="" type="checkbox"/> b117 Funktionen der Intelligenz	Intelligenzminderung
<input type="checkbox"/> b122 Globale psychosoziale Funktionen	
<input checked="" type="checkbox"/> b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit	soziale Ängste
<input type="checkbox"/> b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs	
<input type="checkbox"/> b134 Funktionen des Schlafes	
<input type="checkbox"/> b139 Globale mentale Funktionen, anders oder nicht näher bezeichnet	
Spezifische mentale Funktionen (b140-b189)	
<input checked="" type="checkbox"/> b140 Funktionen der Aufmerksamkeit	
<input type="checkbox"/> b144 Funktionen des Gedächtnisses	
<input checked="" type="checkbox"/> b147 Psychomotorische Funktionen	
<input checked="" type="checkbox"/> b152 Emotionale Funktionen	
<input type="checkbox"/> b156 Funktionen der Wahrnehmung	
<input type="checkbox"/> b160 Funktionen des Denkens	
<input checked="" type="checkbox"/> b164 Höhere kognitive Funktionen	
<input type="checkbox"/> b167 Kognitiv-sprachliche Funktionen	
<input type="checkbox"/> b172 Das Rechnen betreffende Funktionen	
<input checked="" type="checkbox"/> b176 Mentale Funktionen, die die Durchführung komplexer Bewegungshandlungen betreffen	
<input type="checkbox"/> b180 Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen	
<input checked="" type="checkbox"/> b189 Spezielle mentale Funktionen, anders oder nicht näher bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b198 Mentale Funktionen, anders bezeichnet	

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

<input type="checkbox"/> b199 Mentale Funktionen, nicht näher bezeichnet	
--	--

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

4.2 Sinnesfunktionen und Schmerz	
	Erläuterungen, gegebenenfalls 3. oder 4. Ebene
Seh- und verwandte Funktionen (b210-b229)	
<input checked="" type="checkbox"/> b210 Funktionen des Sehens (Sehsinn)	schielen, abwechselnde Fokussierung der Augen
<input checked="" type="checkbox"/> b215 Funktionen von Strukturen, die in Verbindung mit dem Auge stehen	eingeschränkte Feinmotorik
<input type="checkbox"/> b220 Mit dem Auge und angrenzenden Strukturen verbundene Empfindungen	
<input type="checkbox"/> b229 Seh- und verwandte Funktionen, anders oder nicht näher bezeichnet	
Hör- und Vestibularfunktionen (b230-b249)	
<input type="checkbox"/> b230 Funktionen des Hörens (Hörsinn)	
<input type="checkbox"/> b235 Vestibuläre Funktionen	
<input type="checkbox"/> b240 Mit den Hör- und vestibulären Funktionen verbundene Empfindungen	
<input type="checkbox"/> b249 Hör- und Vestibularfunktionen, anders oder nicht näher bezeichnet	
Weitere Sinnesfunktionen (b250-b279)	
<input type="checkbox"/> b250 Funktionen des Schmeckens (Geschmacksinn)	
<input type="checkbox"/> b255 Funktionen des Riechens (Geruchssinn)	
<input type="checkbox"/> b260 Die Propriozeption betreffende Funktionen	
<input type="checkbox"/> b265 Funktionen des Tastens (Tastsinn)	
<input type="checkbox"/> b270 Sinnesfunktionen bezüglich Temperatur und anderer Reize	
<input type="checkbox"/> b279 Weitere Sinnesfunktionen, anders oder nicht näher bezeichnet	
Schmerz (b280-b289)	
<input type="checkbox"/> b280 Schmerz	
<input type="checkbox"/> b289 Schmerz, anders oder nicht näher bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b298 Sinnesfunktionen und Schmerz, anders bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b299 Sinnesfunktionen und Schmerz, nicht näher bezeichnet	

4.3 Stimm- und Sprechfunktionen	
	Erläuterungen, gegebenenfalls 3. oder 4. Ebene
<input type="checkbox"/> b310 Funktionen der Stimme	
<input type="checkbox"/> b320 Artikulationsfunktionen	
<input type="checkbox"/> b330 Funktionen des Redeflusses und des Sprechrhythmus	
<input type="checkbox"/> b340 Alternative stimmliche Äußerungen	
<input type="checkbox"/> b398 Stimm- und Sprechfunktionen, anders bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b399 Stimm- und Sprechfunktionen, nicht näher bezeichnet	

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

4.4 Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems	
	Erläuterungen, gegebenenfalls 3. oder 4. Ebene
Funktionen des kardiovaskulären Systems (b410-b429)	
<input type="checkbox"/> b410 Herzfunktionen	
<input type="checkbox"/> b415 Blutgefäßfunktionen	
<input type="checkbox"/> b420 Blutdruckfunktionen	
<input type="checkbox"/> b429 Funktionen des kardiovaskulären Systems, anders oder nicht näher bezeichnet	
Funktionen des hämatologischen und des Immunsystems (b430-b439)	
<input type="checkbox"/> b430 Funktionen des hämatologischen Systems	
<input type="checkbox"/> b435 Funktionen des Immunsystems	
<input type="checkbox"/> b439 Funktionen des hämatologischen und Immunsystems, anders oder nicht näher bezeichnet	
Funktionen des Atmungssystems (b440-b449)	
<input type="checkbox"/> b440 Atmungsfunktionen	
<input type="checkbox"/> b445 Funktionen der Atemmuskulatur	
<input type="checkbox"/> b449 Funktionen des Atmungssystems, anders oder nicht näher bezeichnet	
Weitere Funktionen und Empfindungen, die das kardiovaskuläre und Atmungssystem betreffen (b450-b469)	
<input type="checkbox"/> b450 Weitere Atmungsfunktionen	
<input type="checkbox"/> b455 Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit	
<input type="checkbox"/> b460 Mit dem kardiovaskulären und Atmungssystem verbundene Empfindungen	
<input type="checkbox"/> b469 Weitere Funktionen und Empfindungen des kardiovaskulären und Atmungssystems, anders oder nicht näher bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b498 Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems, anders bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b499 Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems, nicht näher bezeichnet	

4.5 Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems	
	Erläuterungen, gegebenenfalls 3. oder 4. Ebene
Funktionen im Zusammenhang mit dem Verdauungssystem (b510-b539)	
<input type="checkbox"/> b510 Funktionen der Nahrungsaufnahme	
<input type="checkbox"/> b515 Verdauungsfunktionen	
<input type="checkbox"/> b520 Funktionen der Nahrungsmittelassimilation	
<input type="checkbox"/> b525 Defäkationsfunktionen	
<input type="checkbox"/> b530 Funktionen der Aufrechterhaltung des Körpergewichts	
<input type="checkbox"/> b535 Mit dem Verdauungssystem verbundene Empfindungen	
<input type="checkbox"/> b539 Funktionen im Zusammenhang mit dem Verdauungssystem, anders oder nicht näher bezeichnet	

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

Funktionen im Zusammenhang mit dem Stoffwechsel- und dem endokrinen System (b540-b559)	
<input checked="" type="checkbox"/> b540 Allgemeine Stoffwechselfunktionen	Schilddrüse
<input type="checkbox"/> b545 Funktionen des Wasser-, Mineral- und Elektrolythaushaltes	
<input type="checkbox"/> b550 Funktionen der Wärmeregulation	
<input type="checkbox"/> b555 Funktionen der endokrinen Drüsen	
<input type="checkbox"/> b559 Funktionen im Zusammenhang mit dem Stoffwechsel- und dem endokrinen System, anders oder nicht näher bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b598 Funktionen des Verdauungs-, Stoffwechsel- und des endokrinen Systems, anders bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b599 Funktionen des Verdauungs-, Stoffwechsel- und des endokrinen Systems, nicht näher bezeichnet	

4.6 Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems	
	Erläuterungen, gegebenenfalls 3. oder 4. Ebene
Funktionen der Harnbildung und Harnausscheidung (b610-b639)	
<input type="checkbox"/> b610 Harnbildungsfunktionen	
<input type="checkbox"/> b620 Miktionsfunktionen	
<input type="checkbox"/> b630 Mit der Harnbildung und -ausscheidung verbundene Empfindungen	
<input type="checkbox"/> b639 Funktionen der Harnbildung und Harnausscheidung, anders oder nicht näher bezeichnet	
Genital- und reproduktive Funktionen (b640-b679)	
<input type="checkbox"/> b640 Sexuelle Funktionen	
<input type="checkbox"/> b650 Menstruationsfunktionen	
<input type="checkbox"/> b660 Fortpflanzungsfunktionen	
<input type="checkbox"/> b670 Mit den Genital- und reproduktiven Funktionen verbundene Empfindungen	
<input type="checkbox"/> b679 Genital- und reproduktive Funktionen, anders oder nicht näher bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b698 Funktionen des Urogenitalsystems und der Reproduktion, anders bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b699 Funktionen des Urogenitalsystems und der Reproduktion, nicht näher bezeichnet	

4.7 Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	
	Erläuterungen, gegebenenfalls 3. oder 4. Ebene
Funktionen der Gelenke und Knochen (b710-b729)	
<input type="checkbox"/> b710 Funktionen der Gelenkbeweglichkeit	
<input type="checkbox"/> b715 Funktionen der Gelenkstabilität	
<input type="checkbox"/> b720 Funktionen der Beweglichkeit der Knochen	
<input checked="" type="checkbox"/> b729 Funktionen der Gelenke und Knochen, anders oder nicht näher bezeichnet	Motorische Einschränkungen durch Minderwuchs
Funktionen der Muskeln (b730-b749)	
<input type="checkbox"/> b730 Funktionen der Muskelkraft	
<input type="checkbox"/> b735 Funktionen des Muskeltonus	
<input type="checkbox"/> b740 Funktionen der Muskelausdauer	

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

<input type="checkbox"/> b749 Funktionen der Muskeln, anders oder nicht näher bezeichnet	
Funktionen der Bewegung (b750-b789)	
<input type="checkbox"/> b750 Funktionen der motorischen Reflexe	
<input type="checkbox"/> b755 Funktionen der unwillkürlichen Bewegungsreaktionen	
<input type="checkbox"/> b760 Funktionen der Kontrolle von Willkürbewegungen	
<input type="checkbox"/> b765 Funktionen der unwillkürlichen Bewegungen	
<input type="checkbox"/> b770 Funktionen der Bewegungsmuster beim Gehen	
<input type="checkbox"/> b780 Mit den Funktionen der Muskeln und der Bewegung im Zusammenhang stehende Empfindungen	
<input type="checkbox"/> b789 Funktionen der Bewegung, anders oder nicht näher bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b798 Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen, anders bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b799 Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen, nicht näher bezeichnet	

4.8 Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde	
	Erläuterungen, gegebenenfalls 3. oder 4. Ebene
Funktionen der Haut (b810-b849)	
<input type="checkbox"/> b810 Schutzfunktionen der Haut	
<input type="checkbox"/> b820 Heilfunktion der Haut	
<input type="checkbox"/> b830 Andere Funktionen der Haut	
<input type="checkbox"/> b840 Auf die Haut bezogene Empfindungen	
<input type="checkbox"/> b849 Funktionen der Haut, anders oder nicht näher bezeichnet	
Funktionen des Haars und der Nägel (b850-b869)	
<input type="checkbox"/> b850 Funktionen des Haars	
<input type="checkbox"/> b860 Funktionen der Nägel	
<input type="checkbox"/> b869 Funktionen des Haars und der Nägel, anders oder nicht näher bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b898 Funktionen der Haut und verwandter Strukturen, anders bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b899 Funktionen der Haut und verwandter Strukturen, nicht näher bezeichnet	

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

5 Gesamtschau und weitere wichtige Aspekte

Zusammenfassung inklusive der Hinweise auf weitere Diagnosen oder Beeinträchtigungen, die eine weitere fachärztlichen Abklärung oder den Einbezug anderer Rehabilitationsträger erfordern.

Bei Lisa M. liegt eine Mehrfachbehinderung vor. Sie hat eine Epilepsie mit komplexen fokalen Anfällen. Sie kam als Frühgeburt zur Welt/ Frühmangelgeburt. Folgen sind eine Intelligenzminderung, Minderwuchs und Untergewicht. Sie ist klein und zeigt eine Neigung zum Rundrücken. Die Augen weisen Schielen, abwechselnde Fokussierung des rechten bzw. linken Auges auf. Die Augen - Hand Koordination ist eingeschränkt, was sich negativ auf die Feinmotorik auswirkt. Es besteht eine Schilddrüsenunterfunktion.

Lisa M. zeigt im Kontakt mit anderen Menschen soziale Ängste und kommt in Gruppen schlecht zurecht. Die Ausdauer, Konzentration und Belastbarkeit sind stark eingeschränkt. Sie ist wenig selbständig und im öffentlichen Raum nicht orientiert.

6 Erstellt durch

- Träger der Eingliederungshilfe
- Klinik
- anderer Arzt
- MPD beim KVJS
- Öffentlicher Gesundheitsdienst
- andere Stelle

Name		Vorname	
PLZ	76131 KA	Ort	Landratsamt Karlsruhe
			Straße Wolfartsweiererstraße 5
Telefon		Fax	E-Mail

Karlsruhe, den

Ort, Datum

Unterschrift



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

BEI_BW

Erwachsene

Bogen C
Dialog- und Erhebungsbogen

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

Gesprächstermine

Termine	
Gespräch 1 am	Datum: xx.xx.2022
Gespräch 2 am	Datum:
Gespräch 3 am	Datum:
Gespräch 4 am	Datum:
Gespräch 5 am	Datum:

Orte									
					Gespräch Nr.				
Räume		Adresse			1	2	3	4	5
Wohnung leistungsberechtigte Person		Hausbesuch			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Räume Träger der Eingliederungshilfe					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderer Ort, und zwar					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teilnahme										
					Gespräch Nr.					
Nachname, Vorname		Kürzel	Funktion, Beziehung, Institution			1	2	3	4	5
1. Lisa M. (Name geändert)		LB	Leistungsberechtigte			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Frau M. (Name geändert)		Mutter	Mutter			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Herr M. (Name geändert)		Vater	Vater			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Frau K. (Name geändert)		THM	Teilhabe -Managerin LRA KA			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

Teil I: Lebensvorstellungen und Lebenssituation

1 Meine Wünsche und Lebensvorstellungen

Unter diesem Punkt werden die Leitziele als Ergebnis des Gesprächs aufgeschrieben, das ein Mensch mit Behinderung mit dem Träger der Eingliederungshilfe führt. Die Sichtweise des Menschen mit Behinderung muss – besonders bei abweichenden Auffassungen – als solche erkennbar bleiben. Der Blick soll zukunftsgerichtet sein, zum Beispiel in Hinblick auf die Wohn- und Lebensform, die der Mensch mit Behinderung anstrebt. Sofern die Sichtweise anderer Personen dokumentiert wird, bitte Kürzel voranstellen – siehe Basisbogen.

1.1 Wie und wo ich wohnen will

Lisa M.: ich möchte weiter bei meinen Eltern wohnen. Über eine andere Wohnform habe ich mir noch keine Gedanken gemacht. Hier geht es mir gut.

1.2 Was ich arbeiten oder lernen will

Mutter: Lisa ist wegen ihrer Behinderungen nicht belastbar. Es geht ihr oft nicht gut. Sie soll an die Werkstatt für Menschen mit Behinderung herangeführt werden.

Lisa M.: so richtig weiß ich nicht, was ich arbeiten möchte. Die Werkstatt habe ich im Praktikum kennen gelernt und es hat mir gefallen.

1.3 Wie ich meine Beziehungen zu anderen Menschen gestalten will

Lisa M.: Ich habe Freundinnen, mit denen ich mich treffen möchte.

In Gruppen verliere ich oft die Orientierung, wenn viel auf einmal los ist und man etwas von mir möchte. Da will ich noch lernen, besser zurecht zu kommen.

1.4 Was ich sonst mit meiner verfügbaren Zeit machen will

Lisa M.: ich surfe gern im Internet und schaue youtube Videos an.

Ich mag die Fatasiewelt und bewege mich gerne darin.

Ich gehe gerne shoppen oder besuche Freundinnen.

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

1.5 Was mir sonst noch wichtig ist

Lisa M.: ich komme nicht gut alleine zurecht, ich muss erst noch lernen, selbständiger zu werden.

2 Wie und wo ich jetzt lebe

2.1 Wie und wo ich jetzt wohne

Lisa M.: bei meinen Eltern im Haus. Wir haben viel Platz und einen Garten. Ich habe ein eigenes Zimmer.
Geschwister habe ich keine, ich bin Einzelkind.

2.2 Was ich derzeit arbeite oder lerne

Lisa M.: im Moment bin ich zu Hause, eine Arbeit oder Tagesstruktur habe ich nicht. Nach Ende der Schulzeit ging es mir gesundheitlich nicht gut.

2.3 Wie jetzt meine Beziehungen zu anderen Menschen sind

Lisa M.: ich bin eher schüchtern und warte ab, was passiert.

2.4 Was ich sonst mit meiner verfügbaren Zeit mache

Lisa M.: Am Wochenende kommt die Freizeitbegleitung. Mit ihr gehe ich gerne spazieren, shoppen oder besuche Freundinnen. Das macht mir Spaß. Alleine kann ich das nicht.

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

2.5 Was mir sonst noch wichtig ist

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

Teil II: Lebensbereiche und Umweltfaktoren nach ICF

1 Lebensbereiche – Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

Unter diesem Punkt wird die Leistungsfähigkeit des Menschen mit Behinderung beschrieben. Damit ist gemeint, was die Person ohne Unterstützung von anderen Menschen und ohne Nutzung von Hilfsmitteln tun kann. Die Ressourcen des Menschen mit Behinderung finden hier ebenso Platz wie die Beeinträchtigungen. Sofern die Sichtweise anderer Personen dokumentiert wird, bitte Kürzel voranstellen.

1.1 Lernen und Wissensanwendung – d110 bis d179

Hier geht es vor allem ums Wahrnehmen, Lernen und Anwenden des Gelernten wie zum Beispiel ums Zuschauen und Zuhören, ums Lesen, Schreiben und Rechnen, um Aufmerksamkeit und Denken und darum, wie gut man alleine Probleme lösen und Entscheidungen treffen kann.

Was ich gut oder ohne große Probleme kann.

Lesen, vorlesen, guter Wortschatz sowohl mündlich als auch schriftlich, schreiben.

Zuhören und Zuschauen

Was ich nicht so gut oder gar nicht kann.

d 172 Rechnen, Kopfrechnen, Rechnen mit Geld, Uhrzeit lesen, mathematische und handlungsorientierte Aufgaben fallen Lisa M. schwer. Der Umgang mit Geld gelingt (noch) nicht.

d 175 Probleme lösen, Lisa M. kann einfache Probleme nicht selbständig lösen.

d177 es fällt ihr schwer eigene Entscheidungen zu treffen.

Lisa M. wirkt oft unkonzentriert, geistig abwesend, lebt in Phantasiewelt.

Eltern: Lisa hat keinen Orientierungssinn. Sie kann sich nicht selbständig im öffentlichen Raum bewegen.

Erläuterungen

Die gesundheitliche Situation (epileptische Anfälle) und die mangelnde Selbständigkeit von Lisa M. stellen Teilhabe einschränkungen dar.

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

1.2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen – d210 bis d240

Hier geht es vor allem ums Aufgaben übernehmen, wie man mit den täglichen Routinen zurechtkommt, wofür man Verantwortung übernehmen kann und wie man mit Stress und Krisen umgeht.

Was ich gut oder ohne große Probleme kann.

Mit Anleitung kann Lisa M. einfache Aufgaben übernehmen und einfache tägliche Routinen ausführen.

Was ich nicht so gut oder gar nicht kann.

d 220 Mehrfachaufgaben übernehmen

d 240 Mit Stress und psychischen Anforderungen umgehen, Verantwortung übernehmen.

verlangsamte Reaktion, psychomotorische Verlangsamung

In der Schule benötigte Lisa M. oft die direkte und individuelle Ansprache durch die Lehrkraft, um ihre Arbeit zu beginnen. Lisa M. benötigt zur Umsetzung von Arbeitsabläufen für die einzelnen Schritte klare und kurze persönlich an sie gerichtete Instruktionen. Wenn sie den nächsten Schritt nicht weiß, verharrt sie und schaut sich verunsichert um. Lisa M. wirkt in offenen Arbeitssituationen überfordert und hilflos.

Erläuterungen

Lisa M. benötigt einfache und klare Anleitung, um Aufgaben in Bezug auf Alltagsbewältigung umsetzen zu können.

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

1.3 Kommunikation – d310 bis d369

Hier geht es vor allem darum, wie gut man andere versteht, wie gut man sich anderen mitteilen und sich mit ihnen unterhalten kann. Es geht ums miteinander Sprechen und Schreiben, aber auch um die Verwendung von Gesten, Symbolen und Zeichnungen – außerdem darum, ob man telefonieren oder einen Computer benutzen kann, um mit anderen zu kommunizieren.

Was ich gut oder ohne große Probleme kann.

d330 Kommunizieren als Sender: Lisa M. kann sprechen und sich gut ausdrücken.
In ihrer Haltung ist sie schüchtern und zurückhaltend.

Was ich nicht so gut oder gar nicht kann.

d320 Kommunizieren als Empfänger: Lisa M. versteht komplexe Zusammenhänge nicht, Aufträge müssen klar und einfach formuliert sein.

d3504 Eine Unterhaltung mit mehreren Personen führen fällt ihr schwer

d3551 Diskussion mit vielen Menschen

Erläuterungen

Lisa M. kann auf Nachfrage ihre Wünsche und Vorstellungen äußern. Eine alltagsbezogene Kommunikation ist möglich. Komplexe Inhalte müssen in einfache Sätze aufgegliedert werden, Anleitungen möglichst kleinschrittig erklärt werden.

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

1.4 Mobilität – d410 bis d489

Hier geht es vor allem darum, wie gut man ohne Hilfe aufstehen, sich hinlegen oder hinsetzen kann. Weiter geht es darum, wie gut man Sachen greifen, aufheben, tragen und wieder hinstellen kann. Außerdem geht es darum, ob und wie lange man zu Fuß gehen kann, und ob man klettern, rennen, springen oder schwimmen kann. Auch geht es darum, ob man Bus und Bahn oder Fahrrad oder Auto fahren kann.

Was ich gut oder ohne große Probleme kann.

Lisa M. kann laufen, sich setzen, aufstehen, ihre Körperposition verändern.

In ihrer Freizeit ist Lisa auf Begleitung der Eltern bzw. der Freizeit Assistenz angewiesen.

Was ich nicht so gut oder gar nicht kann.

d 440 Feinmotorischer Handgebrauch, wegen der Sehstörung ist die Hand-Auge Koordination eingeschränkt. Lisa M. scheut Aufgaben mit feinmotorischem Charakter.

d 449 Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, schwere Gegenstände tragen. Lisa M. fehlt wegen des Minderwuchses die Kraft, längeres Stehen fällt ihr schwer.

d 4602 sich außerhalb der eigenen Wohnung und anderen Gebäuden umherbewegen, hat große Probleme bei der Orientierung, kann sich nicht sicher im öffentlichen Raum bewegen oder öffentliche Verkehrsmittel nutzen.

Zudem zeigt sie wegen der sozialen Ängste Stressreaktionen beim Nutzen öffentlicher Verkehrsmittel.

d 4500 Kurze Entfernungen gehen. Das Zurücklegen von Wegstrecken zu Fuß ist mit Begleitung möglich, erschöpft Lisa M. aber sehr. Lisa M. ist nicht selbständig im Straßenverkehr unterwegs.

Erläuterungen

In Bezug auf das eigene Verlagern, aufstehen etc. ist Lisa M. selbständig. Im öffentlichen Raum ist sie wegen fehlender Orientierung und der sozialen Ängste auf Begleitung angewiesen.

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

1.5 Selbstversorgung – d510 bis d570

Hier geht es zum Beispiel darum, ob man sich waschen, seine Kleidung an- und ausziehen, Zähne putzen und die Toilette benutzen kann. Außerdem geht es darum, ob man essen und trinken und auf die eigene Gesundheit achten kann.

Was ich gut oder ohne große Probleme kann.

Lisa M. kann essen und trinken. Sie kann sich waschen und geht selbständig auf Toilette und setzt die entsprechende Hygiene um. Sie kann sich anziehen und Kleidung wechseln.

Was ich nicht so gut oder gar nicht kann.

d 570 auf seine Gesundheit achten: Lisa muss immer wieder ans Wasser trinken erinnert werden.

Bei einem Anfall benötigt sie ein Bedarfsmedikament, das man ihr anreichen muss.

Zu Arztterminen benötigt sie Begleitung.

Erläuterungen

Lisa M. lebt noch im Haushalt der Eltern. In diesem Kontext kennt sie die täglichen Abläufe.

Sie ist auf umfassende Unterstützung im Bereich der Selbstversorgung angewiesen.

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

1.6 Häusliches Leben – d610 bis d669

Hier geht es zum Beispiel darum, ob man sich selbst eine Wohnung suchen kann, ob man Sachen des täglichen Bedarfs – zum Beispiel Kleidung – selbst einkaufen und nach Hause bringen kann. Weiter geht es darum, ob man sich selbst das Essen zubereiten und den Haushalt erledigen kann, wie zum Beispiel Wäsche waschen und Wohnung putzen. Außerdem geht es auch darum, ob man anderen Haushaltmitgliedern helfen und sie unterstützen kann.

Was ich gut oder ohne große Probleme kann.

Was ich nicht so gut oder gar nicht kann.

d 610 Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen: Lisa M. ist aktuell nicht in der Lage dies selbständig zu erledigen. Sie ist komplett auf die Hilfe der Eltern angewiesen.

d 630 Lisa M. hilft der Mutter beim Kochen, sie soll ein Rezept aussuchen und sagen welche Zutaten man dazu benötigt. Alleine kann sie sich nicht versorgen.

d 640 Lisa M. hat noch nicht gelernt einen Haushalt zu führen bzw. ihre Wäsche zu waschen.

Lisa M. ist wenig selbständig und in vielen Alltagssituationen stark verunsichert.

Erläuterungen

Lisa M. benötigt im häuslichen Bereich vollumfängliche Unterstützung. Ein Verselbständigungstraining im Bereich der häuslichen Versorgung hat noch nicht stattgefunden.

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

1.7 Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen – d710 bis d779

Hier geht es um die Beziehungen des Menschen mit Behinderung zu anderen Menschen, wie zum Beispiel in der Familie, im Freundeskreis, in der Partnerschaft, in der Nachbarschaft, am Arbeitsplatz oder mit Fremden. Weiter geht es darum, wie man Beziehungen eingeht und aufrechterhält, Nähe herstellt oder Abstand wahrt, sich angemessen verhält, mit Kritik umgeht und darauf reagiert oder sich an Regeln hält.

Was ich gut oder ohne große Probleme kann.

Der Umgang mit gleichaltrigen Mädchen, die Lisa M. aus der Schule kennt, gelingt gut.

Gegenüber Erwachsenen ist sie schüchtern und zurückhaltend.

Was ich nicht so gut oder gar nicht kann.

d 710 elementare interpersonelle Aktivitäten+ d720 komplexe interpersonelle Interaktionen: Lisa M. ist sehr unsicher, hat soziale Ängste, traut sich nichts zu. Konflikte kann sie nicht selber lösen.

In der Schule äußerte Lisa M. selten Kritik. Streit mit Mitschülern konnte sie nur mit Unterstützung durch einen Erwachsenen lösen. Auf Kritik ihr gegenüber reagiert sie meist gereizt. Bei Gruppenarbeiten blieb sie passiv. Es fiel ihr im Gruppenkontext schwer ein Gespräch zu führen.

Erläuterungen

Lisa M. benötigt in Konfliktsituationen Anleitung. Sie benötigt Zeit, sich auf fremde Menschen einzustellen.

Mit Gruppensituationen kommt sie nicht gut zurecht.

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

1.8 Bedeutende Lebensbereiche – d810 bis d879

Hier geht es darum, in welchem Umfang man sich in der Schule oder in einer Ausbildung beteiligen, Arbeit suchen und behalten und bezahlte oder unbezahlte Tätigkeiten ausüben und seine finanziellen Angelegenheiten regeln kann.

Was ich gut oder ohne große Probleme kann.

Was ich nicht so gut oder gar nicht kann.

d 820 Lisa M. hat das Sonderpädagogische Bildungszentrum Schwerpunkt geistige Behinderung besucht. Eine Ausbildung ist ihr nicht möglich.

d840 Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit: Die Schule und die AfA haben den Besuch des Eingangsverfahrens / Berufsbildungsbereiches in einer WfbM vorgeschlagen.

d850 Lisa M. ist derzeit nicht in der Lage einer bezahlten Tätigkeit nach zu gehen.

d860 + d865 wirtschaftliche Transaktionen kann sie nicht umsetzen

Erläuterungen

Die Eltern sind als rechtliche Betreuer u.a. für die Bereiche Finanzen, Vermögenssorge, Umgang mit Behörden und Sozialleistungssträgern eingesetzt.

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

1.9 Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben – d910 bis d950

Hier geht es darum, ob man zum Beispiel im Verein aktiv sein kann, sich an Spielen beteiligen, Sport machen oder ins Kino gehen, Hobbys nachgehen oder sich mit Freunden treffen kann. Weiter geht es darum, ob man an religiösen oder spirituellen Aktivitäten teilnehmen und sich am sozialen und politischen Leben beteiligen und an Wahlen teilnehmen kann.

Was ich gut oder ohne große Probleme kann.

Was ich nicht so gut oder gar nicht kann.

d 920 Erholung und Sport: Lisa M. ist unselbständig und desorientiert. Sie hat zur Gestaltung von Freizeit am Wochenende ein Persönliches Budget mit drei Stunden pro Woche. Sie hat eine Freizeitassistentin, die sie begleitet.

Erläuterungen

Lisa M. zeigt Schwierigkeiten in Gruppen zurecht zu kommen.

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

2 Umweltfaktoren

Die Umweltfaktoren bilden zusammen mit den personbezogenen Faktoren die Kontextfaktoren. Unter den Umweltfaktoren werden die Förderfaktoren und Barrieren in der unmittelbaren Umwelt aus der Sicht des Menschen mit Behinderung beschrieben. Sie bilden den Rahmen, in dem die Beeinträchtigungen der Körperfunktion und von Beeinträchtigungen in den neun Lebensbereichen wirksam werden oder nicht. Sofern die Sichtweise anderer Personen dokumentiert wird, bitte Kürzel voranstellen.

2.1 Produkte und Technologien – e110 bis e165

Hier geht es um Produkte des täglichen Gebrauchs in der unmittelbaren Umwelt des Menschen mit Behinderung. Es geht zum Beispiel darum, ob Produkte und Technologien zur Mobilität, zur Kommunikation, für Bildung, Ausbildung und Erwerbstätigkeit, Kultur, Freizeit und Sport sowie Religion vorhanden sind. Außerdem geht es um die barrierefreie technische Ausstattung von öffentlichen und privaten Gebäuden (zum Beispiel mit Aufzügen und elektrischen Türöffnern) sowie von Flächen im Freien (zum Beispiel mit Bordsteinabsenkungen, Rampen und Straßenbeleuchtung).

Was mir schon jetzt hilft, so zu leben, wie ich will.

meine Eltern,

früher die Schulbegleitung,

das persönliche Budget für Freizeit,

der Umgang mit Handy und Internet.

Was fehlt oder mich hindert, so zu leben, wie ich will.

Erläuterungen

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

2.2 Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt – e210 bis e260

Hier geht es zum Beispiel um Geographie, Bevölkerung, Pflanzen und Tiere, Klima, Licht, Laute und Geräusche und Luftqualität in der unmittelbaren Umwelt des Menschen mit Behinderung.

Was mir schon jetzt hilft, so zu leben, wie ich will.

Die Familie lebt im Landkreis Karlsruhe, die Lage ist eben, Wohnviertel, im Haus ist ausreichend Platz vorhanden.

Was fehlt oder mich hindert, so zu leben, wie ich will.

Erläuterungen

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

2.3 Unterstützung und Beziehungen – e310 bis e360

Hier geht es darum, welche Personen in der unmittelbaren Umwelt des Menschen mit Behinderung praktische oder emotionale Unterstützung und Fürsorge geben und für Schutz sorgen. Dazu zählen auch Personen, die bei Beziehungen mit anderen Menschen unterstützen – wie zum Beispiel bei Beziehungen mit Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern, am Arbeitsplatz oder in der Schule. Es geht hier nicht um die Einstellungen der Menschen, die die Unterstützung leisten, sondern um das Ausmaß der Unterstützung. Haustiere, die Unterstützung geben, sind hier mitgemeint.

Was mir schon jetzt hilft, so zu leben, wie ich will.

meine Eltern,

Verwandte im Ort

früher die Schulbegleitung,

das persönliche Budget für Freizeit / Freizeitassistenz mit der ich Freundinnen besuche

Was fehlt oder mich hindert, so zu leben, wie ich will.

Erläuterungen

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

2.4 Einstellungen – e410 bis e465

Hier geht es um die Einstellungen von Personen in der unmittelbaren Umwelt des Menschen mit Behinderung, nicht um die Einstellungen des Menschen mit Behinderung selbst. Das können Personen aus der Familie, dem Freundes- und Bekanntenkreis, der Nachbarschaft, am Arbeitsplatz, der persönlichen Assistenz, Fremde oder Fachleute aus Gesundheitsberufen sein. Deren Einstellungen können den Menschen mit Behinderung motivieren oder hindern. Gemeint sind auch gesellschaftliche Einstellungen und Weltanschauungen.

Was mir schon jetzt hilft, so zu leben, wie ich will.

Das Umfeld erweist sich als offen gegenüber den Einschränkungen von Lisa M.

Förderung wurde von Klein auf umgesetzt.

Einbezug von Fachärzten ist gegeben.

Was fehlt oder mich hindert, so zu leben, wie ich will.

Lisa lebt in ihrer Fantasiewelt, zieht sich eher zurück, benötigt Impulse zur Aktivität.

Erläuterungen

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

2.5 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze – e510 bis e595

Dienste tragen dazu bei, die Bedürfnisse der Menschen, auch der mit Behinderung, zu decken. Mit Systemen sind Regierungen, öffentliche und andere anerkannte Stellen gemeint, die die Dienste und die Unterstützung organisieren, kontrollieren und steuern. Mit Handlungsgrundsätzen sind zum Beispiel Gesetze sowie Regeln, Vorschriften und Standards dieser Stellen gemeint.

Hier geht es zum Beispiel um Schulen, Arbeitgeber, Unternehmen des öffentlichen Nahverkehrs, Wohnungsunternehmen, Energieversorger, Telefonanbieter, Feuerwehr und Polizei, Vereine, Zeitungsverlage und Fernsehsender, soziale Sicherungs- und Unterstützungssysteme, das Gesundheitswesen, das Bildungs- und Ausbildungswesen, das Arbeits- und Beschäftigungswesen und die Politik.

Was mir schon jetzt hilft, so zu leben, wie ich will.

SBBZ + Schulbegleitung,

Frühförderung

Leistungen der Eingliederungshilfe

Fachärzte

Freizeitbegleitung

WfbM

Was fehlt oder mich hindert, so zu leben, wie ich will.

Erläuterungen

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

3 Personenbezogene Faktoren

Hier werden personenbezogene Faktoren im Sinne der ICF abgebildet. Dazu gehören zum Beispiel ein besonderer Lebenshintergrund eines Menschen mit Behinderung, besondere Vorlieben, soziokulturelle Hintergründe, Familienkonstellation, bedeutsame Lebensereignisse, Besonderheiten oder Eigenschaften der Person.

Was weiter wichtig ist, um mich oder meine Situation zu verstehen.

Lisa hat multiple Behinderungen, die in allen Lebensbereichen die Teilhabe einschränken.

Nach dem Schulbesuch geht es um die Teilhabe am Arbeitsleben. Lisa wird in die Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM) aufgenommen. Zur Werkstatt benötigt sie einen Fahrdienst.

Die Ausdauer und Konzentrationsfähigkeit sind stark eingeschränkt. Im Eingangsverfahren kann darauf eingegangen werden. Auch das Miteinander in der Gruppe und das Erlernen neuer Fähigkeiten sind wichtige Lernfelder für Lisa.

Die Familie wünscht sich den Verbleib von Lisa im elterlichen Haushalt, in der gewohnten Umgebung.

Die Freizeitassistenz wird fortgeführt.

4 Zusammenfassung der Beeinträchtigungen der Teilhabe

Teilhabe in den Lebensbereichen	Hier möchte ich mich einbringen, (mit-) machen und einbezogen sein.	Beeinträchtigungen der Teilhabe bestehen bei ... (bitte in kurzen Stichworten erläutern)
1. Lernen und Wissensanwendung	<input checked="" type="checkbox"/>	d172 Rechnen, d175 Probleme lösen, d 177 Entscheidungen treffen
2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	<input checked="" type="checkbox"/>	d220 Mehrfachaufgaben übernehmen, d240 mit Stress und psychischen Anforderungen umgehen
3. Kommunikation	<input checked="" type="checkbox"/>	d320 Kommunizieren als Empfänger, komplexe Zusammenhänge verstehen
4. Mobilität	<input checked="" type="checkbox"/>	d440 feinmotorischer Handgebrauch, d449 schwere Gegenstände tragen, d4602 Orientierung, d4500 kurze Entfernungen gehen.
5. Selbstversorgung	<input checked="" type="checkbox"/>	d570 auf Gesundheit achten
6. Häusliches Leben	<input checked="" type="checkbox"/>	d610 Waren des tägl. Bedarfs beschaffen, d630 kochen, d640 Haushalt führen
7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	<input checked="" type="checkbox"/>	d710 + d720 elementare und komplexe interpersonelle Interaktionen
8. Bedeutende Lebensbereiche	<input checked="" type="checkbox"/>	d820 keine Ausbildung, d840 Erwerbstätigkeit
9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	<input checked="" type="checkbox"/>	d920 Erholung und Sport

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

BEI_BW

Erwachsene

**Bogen D
Ergebnisbogen**

Die Ziele mit den voraussichtlichen Hilfen, die in diesem Bogen beschrieben werden, sind das Ergebnis des Gesprächs, das ein Menschen mit Behinderung mit dem Träger der Eingliederungshilfe führt. Die Sichtweise des Menschen mit Behinderung muss – besonders bei abweichenden Auffassungen – als solche erkennbar bleiben. Der Blick soll zukunftsgerichtet sein, zum Beispiel in Hinblick auf die Wohn- und Lebensform, die der Mensch mit Behinderung anstrebt. Sofern die Sichtweise anderer Personen dokumentiert wird, bitte Kürzel voranstellen.

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

1 Meine Ziele

Lebensbereiche	Ziel Nr.	Im Hinblick auf die Ziele zu erreichende Zustände
1 Lernen und Wissensanwendung	1.1	d 155 sich Fähigkeiten aneignen
	1.2	d 160 Aufmerksamkeit fokussieren
	1.3	d 175 Probleme lösen
2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	2.1	d 210 eine Einzelaufgabe übernehmen
	2.2	d230 tägliche Routine durchführen
	2.3	d 240 mit psychischen Anforderungen umgehen
3 Kommunikation	3.1	d 350 Konversation in Gruppen
	3.2	d 355 Diskussion in Gruppen
	3.3	
4 Mobilität	4.1	d 440 Feinmotorischer Handgebrauch
	4.2	d 460 sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen
	4.3	d 470 Transportmittel benutzen
5 Selbstversorgung	5.1	d 570 auf seine Gesundheit achten
	5.2	d 5702 seine Gesundheit erhalten
	5.3	
6 Häusliches Leben	6.1	d 630 Mahlzeiten vorbereiten
	6.2	d 640 Hausarbeiten erledigen
	6.3	
7 Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	7.1	d 720 komplexe interpersonelle Interaktionen
	7.2	d 730 mit Fremden umgehen
	7.3	
8 Bedeutende Lebensbereiche	8.1	d 840 Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit
	8.2	
	8.3	
9 Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	9.1	d 910 Gemeinschaftsleben
	9.2	d 920 Erholung und Freizeit
	9.3	

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

2 Meine Bedarfe

2.1 Ausreichende, geeignete und erforderliche sächliche oder technische Hilfen zur Erreichung der Ziele – einschließlich Hilfsmittel

Ziel Nr.	
	Arbeit in WfbM s.u.
	Eltern / rechtliche Betreuer
	Freizeitassistenz

2.2 Ausreichende, geeignete und erforderliche personelle Hilfen zur Erreichung der Ziele

Ziel Nr.	Die zeitliche Lage der personellen Hilfen – zum Beispiel während der Woche, am Wochenende, tagsüber oder nachts – wird nach Art (Qualität) und Umfang (Quantität) beschrieben. Dabei wird neben der benötigten Dauer der Unterstützung auch die vom Menschen mit Behinderung gewünschte (Teil-)Häufigkeit erfasst.
1.1.	Arbeit in WfbM, Erlernen neuer Fähigkeiten
1.2.	Ausbau der Konzentration + Ausdauer durch Arbeit in WfbM
2.1-2.3	Einzelaufgaben übernehmen, tägliche Routine durchführen: Tätigkeiten in der WfbM, Übungen im Berufsbildungsbereich, Mithilfe im Haushalt bei den Eltern
3.	Kommunikation: in der Arbeitsgruppe Austausch und Selbstbewusstsein stärken
4	Mobilität: mit der Arbeitsgruppe, den Eltern und Freizeitassistenz Förderung der Orientierung im öffentlichen Raum
6.1+6.2	Häusliches Leben: Einbezug in Haushaltsführung zu Hause
7.1+7.2	Umgang mit neuen Kollegen und den Gruppenleitern in der WfbM lernen
8.1	Besuch des EV /BBB in der WfbM
9.1	WfbM, Eltern, Freizeitassistenz
9.2	Freizeitassistenz, Eltern

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift leistungsberechtigte Person oder

Unterschrift Träger der Eingliederungshilfe

Name, Vorname M.

(Namen und Alter sind geändert), Lisa Aktenzeichen

rechtliche Vertretung

Fallmanager/in:
Telefon: 0721 936-7070xxx
Aktenzeichen: 32.1732 - 574243

Gesamt- und Teilhabeplan – Zusammenfassung des festgestellten Teilhabebedarfs und Teilhabeziele

Name:

Lisa M.

Datum des Gesprächs:

xx.xx.2022

Teilnehmer des Gesprächs (Name, ggf. Funktion):

Lisa M, Herr und Frau M., Teilhabemanagerin Landratsamt Karlsruhe

Gesprächsrahmen:

Hausbesuch

1. Zusammenfassung der Feststellungen zum Teilhabebedarf

Lisa M. hat multiple Behinderungen, die in allen Lebensbereichen die Teilhabe einschränken.

Nach dem Schulbesuch geht es um die Teilhabe am Arbeitsleben. Lisa M. wird in die Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM) aufgenommen. Zur Werkstatt benötigt sie einen Fahrdienst.

Die Ausdauer und Konzentration sind stark eingeschränkt. Im Eingangsverfahren kann darauf eingegangen werden. Auch das Miteinander in der Gruppe und das Erlernen neuer Fähigkeiten sind wichtige Lernfelder für Lisa M.

Die Familie wünscht sich den Verbleib im elterlichen Haushalt, in der gewohnten Umgebung.

Die Freizeitassistenz wird fortgeführt.

2. Teilhabeziele

Grundsatzziele/ Wünsche der leistungsberechtigten Person	Ergebnisziele: Was soll bis wann konkret erreicht werden? (Kurzfristige Ziele, inklusive Indikatoren der Zielerreichung, SMART formuliert)	Angemessene, geeignete und erforderliche Maßnahmen zur Erreichung der Ziele unter Berücksichtigung der verfügbaren und aktivierbaren Selbsthilferessourcen der leistungsberechtigten Person ggf. zeitliche Lage/Tageszeit (z.B.am Wochenende, tagsüber) bitte hier benennen	Wer erbringt die Maßnahme ggf. Leistung und ist für die Ergebnisziele verantwortlich? (z.B. leistungsberechtigte Person, Personen aus dem sozialen Umfeld, niederschwellige Angebote, Fachdienst, Dienstleister, etc.)
Heranführen an Teilhabe am Arbeitsleben	Lisa M. arbeitet in der WfbM der Lebenshilfe.	Aufnahme in das Eingangsverfahren der WfbM. (Dauer 3 Monate)	WfbM
Erlernen neuer Fähigkeiten	Lisa M. führt verschiedene Arbeiten aus.	Heranführen an Tätigkeiten verschiedener Art, um Fähigkeiten zu erweitern und zu erproben. (während der gesamten Zeit BBB 27 Monate)	Mitarbeiter WfbM Leistungsberechtigte Person
Ausbau der Ausdauer und Konzentration	Lisa M. hat ihre Ausdauer erweitert, es gelingt ihr den Arbeitsalltag der WfbM zu bewältigen.	Regelmäßiges Üben, finden einer passenden Tätigkeit. (27 Monate)	Leistungsberechtigte Person Mitarbeiter WfbM
Kommunikation	Lisa M. kommt in der Arbeitsgruppe zurecht, sie beteiligt sich an Gesprächen.	Regelmäßige Gruppenbesprechungen (in der Gruppe min. 1 x wöchentlich)	Leistungsberechtigte Person Mitarbeiter WfbM
Ausführen täglicher Routine	Lisa M. kennt in der Werkstatt und im häuslichen Umfeld die täglichen Routine.	Üben der Wege + der täglichen Abläufe (27 Monate)	Leistungsberechtigte Person, Mitarbeiter WfbM Eltern
Gesellschaftliches Leben, Mobilität	Lisa M. nimmt an Veranstaltungen der Werkstatt teil. Sie nutzt die Freizeit- begleitung für Aktivitäten im öffentlichen Raum.	Fortlaufende Teilnahme an Angeboten der WfbM zur Erweiterung der sozialen Teilhabe und Mobilität.	Leistungsberechtigte Person, Freizeitassistenz Mitarbeiter WfbM

Die Leistungen können grundsätzlich auch in Form eines persönlichen Budgets/ pauschaler Geldleistung in Anspruch genommen werden.

Einverständnis der Beteiligten zu den Teilhabezielen:

Vorgenannte Ziele wurden verbindlich vereinbart und dienen als Arbeitsgrundlage. Wenn innerhalb von drei Wochen nach der Zustellung des Gesamtplans keine Änderungswünsche zum vorliegenden Gesamtplan durch die Beteiligten mitgeteilt werden, gilt dieser als angenommen.

Karlsruhe, den 2022
Ort, Datum

Unterschrift Träger der Eingliederungshilfe

Sachbearbeiter/in: «SBEARBFM»
 Telefon: 0721 936-«TELDWFM»
 Aktenzeichen: «FAXDW» -
 «BBUCHNR»

Teilhabeplanung

Teil I – Anfrage des für die Teilhabeplanung verantwortlichen Rehabilitationsträgers

Name:
Lisa M.

Aktenzeichen/Versicherten-Nr.:
XX.xxxx
Datum des anlassgebenden Antrags:
xx.xx.xx
Leistender Rehabilitationsträger, sofern abweichend von dem für die Teilhabeplanung verantwortlichen Rehabilitationsträger:
Agentur für Arbeit
<input checked="" type="checkbox"/> Erster Teilhabeplan <input type="checkbox"/> Anpassung des Plans vom:
Teilhabeplan verbindet mehrere separate Verwaltungsverfahren:
<input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja, vgl. 7)

*IV. Teilhabeplanung, Teil I, Anfrage des für die Teilhabeplanung verantwortlichen Rehabilitationsträgers
Name:*

1. Angaben zur Person

Name, Vorname M. , Lisa	Telefon
Fax	E-Mail
Geburtsname	Geburtsdatum 19 Jahre
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Staatsangehörigkeit dt.	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input checked="" type="checkbox"/> weiblich
ggf. Aufenthaltsgenehmigung bis	ggf. Aufenthaltsort
Familienstand ledig	
erlernter Beruf ---	
zuletzt ausgeübte Tätigkeit, Angaben zum Arbeitgeber Schülerin	
arbeitslos seit	arbeitsunfähig seit

2. Erziehungsberechtigter/Betreuer/Bevollmächtigter

Name, Vorname M. N.	Telefon
Fax	E-Mail
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Betreuungsverhältnis Mutter + rechtliche Betreuung	Eingeleitet am
Betreuungsverhältnis eingeleitet durch	Aktenzeichen

3. Behandelnde Ärzte

Name, Vorname Dr. A	Telefon
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Name, Vorname Dr. B	Telefon
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	

4. Bedürfnisse und Wünsche des Antragstellers in Bezug auf Leistung und Teilhabe

Besuch des Eingangsverfahrens und Berufsbildungsbereiches (EV/BBB) in der WfbM
--

5. Angaben zum Rehabilitationsbedarf (soweit bereits Informationen vorliegen)

a) Beeinträchtigung/Gesundheitsproblem Entwicklungsstörung, Intelligenzminderung, symptomatische Epilepsie, soziale Ängste, Psychose, Minderwuchs, Untergewicht
b) Anforderungen aus der beruflichen Tätigkeit
c) Anforderungen aus anderen Lebensbereichen
d) Auswirkungen von a) auf die Teilhabe unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren im Sinne der ICF Teil C + D des BEI BW, eingeschränkte Ausdauer, geringe psychische Belastbarkeit, reduzierte körperliche Belastbarkeit, eingeschränkte Feinmotorik, Sehschwäche
e) Stand der Angaben (Datum)

6. Hinweise auf trägerübergreifende Rehabilitationsbedarfe in Bezug auf Leistungsgruppen und Leistungsträger

Leistungsgruppen Reha-/ Leistungsträger	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Leistungen zur sozialen Teil- habe	Unterhalts- sichernde u. a. ergänzende Leistungen	Leistungen zur Teilhabe an Bildung
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bundesagentur für Arbeit		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
öffentliche Jugendhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kriegsopferversorgung /-fürsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integrationsamt		<input type="checkbox"/> (begleitende Hilfe)			

Begründung zu 6)

Kostenträger für das Eingangsverfahren und den Berufsbildungsbereich ist die Agentur für Arbeit.

7. Separat beantragte Leistungen zur Teilhabe

Art der Leistung	Antrag vom	Leistender Rehabilitationsträger	Bewilligt	Datum	Zeitraum*	Ort*	Einrichtung*
EV/ BBB		Agentur für Arbeit					
persönl. Budget, Freizeit- assistenz		Eingliederungs- hilfe					

*soweit bereits feststehend

7a. Sofern ein unter 7. aufgeführtes separates Verwaltungsverfahren in dieser Teilhabeplanung nicht berücksichtigt sein sollte:

Begründung eines fehlenden zeitlichen und sachlichen Zusammenhangs

8. Frühere Leistungen zur Teilhabe (in den vergangenen 4 Jahren)

Art der Leistung	Rehabilitationsträger	Zeitraum	Ort	Einrichtung
Schulbegleitung	LRA Karlsruhe	beendet		Schule
Persönl. Budget	LRA Karlsruhe	fortlaufend		privates Umfeld

9. Teilhabeziele

(in den Lebensbereichen: Lernen und Wissensanwendung, Allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, Häusliches Leben, Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, Bedeutende Lebensbereiche, Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben)

s. BEI BW Teil C +D

Stand der Angaben (Datum):

10. Voraussichtlich erforderliche Leistungen

Teilhabe am Arbeitsleben

Stand der Angaben (Datum):

11. Eingesetzte Instrumente der Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX

Wurden bereits Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs eingesetzt?

ja nein

Wenn ja, welche?

BEI_BW

Stand der Angaben (Datum):

12. Sonstige Anmerkungen

(z. B. Verfahrensgang, Teilhabepanung auf Wunsch des Leistungsberechtigten, Anlagen, weitere für die Erreichung der Teilhabeziele relevante Sozialleistungen)

Erklärung des Antragstellers:

1. Einwilligung in eine Übermittlung des Teilhabepan an weitere Beteiligte

Hiermit willige ich ein, dass der leistende Rehabilitationsträger Eingliederungshilfe Landratsamt Karlsruhe

den erstellten Teilhabepan an folgende beteiligte Personen bzw. Stellen übermittelt:

- Name: Agentur für Arbeit
- Name: _____
- Name: _____
- Name: _____

2. Information

Es gelten die Pflichten zur Mitwirkung und die Folgen fehlender Mitwirkung, über die ich im Rahmen der Antragstellung informiert wurde.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers
------------	---------------------------------

Sachbearbeiter/in: «SBEARBFM»
 Telefon: 0721 936-«TELDWFM»
 Aktenzeichen: «FAXDW» -
 «BBUCHNR»

Teilhabeplanung Teil II – Feststellungen des beteiligten Rehabilitationsträgers

Versicherter/Angestellter:	
Lisa M.	
Rehabilitationsträger:	Datum
Agentur für Arbeit	XX.XX.XXXX

1. Angaben zum Rehabilitationsbedarf (soweit bereits Informationen vorliegen)

a) Beeinträchtigung/Gesundheitsproblem füllt Agentur für Arbeit aus
b) Anforderungen aus der beruflichen Tätigkeit füllt Agentur für Arbeit aus
c) Anforderungen aus anderen Lebensbereichen füllt Agentur für Arbeit aus
d) Auswirkungen von a) auf die Teilhabe unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren im Sinne der ICF füllt Agentur für Arbeit aus

2. Bedürfnisse und Wünsche des Antragstellers in Bezug auf Leistung und Teilhabe

Lisa M. hat Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beantragt.
--

3. Teilhabeziele

(in den Lebensbereichen: Lernen und Wissensanwendung, Allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, Häusliches Leben, Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, Bedeutende Lebensbereiche, Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben)

4. Voraussichtlich erforderliche Leistungen

Besuch des Eingangsverfahrens (3 Monate)
und des Berufsbildungsbereiches (24 Monate) der WfbM.

Besuch des Eingangsverfahrens (3 Monate)
und des Berufsbildungsbereiches (24 Monate) der WfbM.

5. Eingesetzte Instrumente der Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX

Wurden bereits Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs eingesetzt?

ja nein

Wenn ja, welche?

Reha- Abteilung AfA, medizinischer Dienst der AfA

Wurden bereits Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs eingesetzt?
 ja nein
Wenn ja, welche?
Reha- Abteilung AfA, medizinischer Dienst der AfA

6. Frühere Leistungen zur Teilhabe (in den vergangenen 4 Jahren)

Art der Leistung	Rehabilitationsträger	Zeitraum	Ort	Einrichtung
Schulbegleitung		beendet		Schule
persönl. Budget, Freizeitassistenz		fortlaufend		privates Umfeld

7. Sonstige Anmerkungen

(z. B. Verfahrensgang, Anhänge, weitere für die Erreichung der Teilhabeziele relevante Sozialleistungen)

Sachbearbeiter/in: «SBEARBFM»
Telefon: 0721 936-«TELDWFM»
Aktenzeichen: «FAXDW» -
«BBUCHNR»

Teilhabeplanung Teil III – Zusammenfassung der Feststellungen, Teilhabeplan

Name:
M. , Lisa
Datum des anlassgebenden Antrags: xx.xx.xxxx
Leistender Rehabilitationsträger, sofern abweichend von dem für die Teilhabeplanung verantwortlichen Rehabilitationsträger: Agentur für Arbeit
<input checked="" type="checkbox"/> Erster Teilhabeplan <input type="checkbox"/> Anpassung des Plans vom:
Beginn der Planung: Stand der Planung:
Teilhabeplan verbindet mehrere separate Verwaltungsverfahren: <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja, vgl. 5) und 6)

1. Angaben zur Person

Name, Vorname M., Lisa	Telefon
Fax	E-Mail
Geburtsname	Geburtsdatum 19 Jahre
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Staatsangehörigkeit dt.	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input checked="" type="checkbox"/> weiblich
ggf. Aufenthaltsgenehmigung bis	ggf. Aufenthaltsort
Familienstand ledig	
erlernter Beruf ---	
zuletzt ausgeübte Tätigkeit, Angaben zum Arbeitgeber Schülerin	
arbeitslos seit	arbeitsunfähig seit

2. Erziehungsberechtigter/Betreuer/Bevollmächtigter

Name, Vorname M., N.	Telefon
Fax	E-Mail
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Betreuungsverhältnis	Eingeleitet am
Betreuungsverhältnis eingeleitet durch	Aktenzeichen

3. Behandelnde Ärzte

Name, Vorname Dr. A	Telefon
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Name, Vorname Dr. B	Telefon
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	

4. Nach § 15 SGB IX beteiligte Rehabilitationsträger

Beteiligte Rehabilitationsträger	Splitting § 15 Abs. 1	Beteiligung § 15 Abs. 2	Leistungserbringung im eigenen Namen nach § 15 Abs. 3 S. 1	Zeitpunkt der Beteiligung	Zeitpunkt der Rückmeldung
Eingliederungshilfe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Agentur für Arbeit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

5. Weitere bei der Teilhabepanung beteiligte Rehabilitationsträger, insbesondere bei verbundenen Verwaltungsverfahren

Beteiligte Rehabilitationsträger	Zeitpunkt der Beteiligung	Zeitpunkt der Rückmeldung

6. Separat beantragte Leistungen zur Teilhabe

Art der Leistung	Antrag vom	Leistender Rehabilitationsträger	Bewilligt	Datum	Zeitraum*	Ort*	Einrichtung*
persönl. Budget		Eingliederungshilfe LRA KA					
EV/BBB		Agentur für Arbeit					

*soweit bereits feststehend

6a. Sofern ein unter 6. aufgeführtes separates Verwaltungsverfahren in dieser Teilhabepanung nicht berücksichtigt sein sollte:

Begründung eines fehlenden zeitlichen und sachlichen Zusammenhangs

7. Wurden andere öffentliche Stellen an der Teilhabepanung beteiligt?

- Pflegekasse ja nein
 Integrationsamt ja nein
 Jobcenter ja nein
 Betreuer bzw. Betreuungsbehörde ja nein

Ergebnisse

8. Hat eine Teilhabepankonferenz stattgefunden?

- ja, am nein, weil:

Zusammenfassung der Ergebnisse
 Lisa M. lebt weiterhin im Haushalt der Eltern.
 Sie beginnt mit dem EV / BBB. Auf Grund ihrer fehlenden Orientierung und körperlichen Einschränkungen benötigt sie einen Fahrdienst.
 Daneben wird die Freizeitassistentin im Rahmen des persönl. Budgets an den Wochenenden fortgesetzt.

9. Zusammenfassung des insgesamt festgestellten Bedarfs mit Bezug zu Teilhabezielen und Wünschen des Antragstellers

(einschließlich Angaben zu den jeweils eingesetzten Instrumenten der Bedarfsermittlung, vgl. Teil II, Feststellungen beteiligter Rehabilitationsträger)

s. BEI_BW

10. Weitere zentrale Aspekte

a) Belange pflegender Angehöriger bei der Erbringung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation

b) Gutachterliche Stellungnahme der Bundesagentur für Arbeit angefordert? ja nein
Ergebnis:
Eingliederungsvorschlag der Agentur für Arbeit (liegt vor)

c) Ggf. abweichende Sichtweisen des Leistungsberechtigten in Bezug auf aktuelle Situation, Bedarfe, Ziele und Leistungen

11. Zeitliche Planung / Ausgestaltung

Art und Umfang der Leistung	Rehabilitationsträger	Leistungscoordination: Angaben zur inhaltlichen und zeitlichen Verknüpfung der Leistungen	Zeitraum Ort	Leistungserbringung durch folgende Dienste bzw. Einrichtungen
EV/BBB	Agentur für Arbeit		WfbM ab xx	
Persönliches Budget	Eingliederungshilfe Landratsamt Karlsruhe		bewilligt bis xx	

12. Sonstige Anmerkungen

(z. B. Verfahrensgang, Anlagen, weitere für die Erreichung der Teilhabeziele relevante Sozialleistungen)

Teilhabepan wurde erstellt von:

Name: XY
Anschrift/Institution: Landratsamt Karlsruhe, Amt für Versorgung und Rehabilitation, Abt. Eingliederungshilfe Wolfartsweiererstraße 5, 76131 Karlsruhe
Tel./Fax/E-Mail: 0721/936-xxxxx
Unterschrift:

Wir bitten alle Beteiligten, mögliche Hinweise, die zu Änderungen/Anpassungen des Teilhabepanes führen könnten, umgehend der o. g. Person mitzuteilen.

Erklärung des Antragstellers:

Eingetretene Änderungen gegenüber den gemachten Angaben werde ich unverzüglich mitteilen.

Einwilligung in eine Übermittlung des Teilhabepan an weitere Beteiligte

Hiermit willige ich ein, dass der leistende Rehabilitationsträger Eingliederungshilfe Landratsamt Karlsruhe

den erstellten Teilhabepan an folgende beteiligte Personen bzw. Stellen übermittelt:

- Name: Agentur für Arbeit
- Name: M.N. rechtliche Betreuerin
- Name: _____
- Name: _____

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers
------------	---------------------------------

Fallbeispiel 2

Kurzdarstellung:

Klaus H. 50 Jahre (Name und Alter geändert)

Diagnosen: Intelligenzminderung, Schwerhörigkeit und Stummheit, impulsiv selbst- und fremdverletzendes Verhalten. Heute weiß man, dass die Autismus Spektrum Störung im Vordergrund steht.

Klaus H. wurde vor über 25 Jahren in eine besondere Wohnform (stationäre Einrichtung) aufgenommen. Die Unterbringung in einer Einrichtung außerhalb des Landkreises war notwendig, da es für diesen Personenkreis (Hörgeschädigte + mehrfach Behinderung) keine entsprechende Einrichtung im Landkreis Karlsruhe gab/ gibt.

Wegen seines herausfordernden Verhaltens lebt er in einer intensiv betreuten Wohngruppe (LIBW) mit Tagesstruktur im Förder- und Betreuungsbereich.



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

BEI_BW

Erwachsene

**Bedarfsermittlungsinstrument Baden-Württemberg (BEI_BW)
gemäß § 13 in Verbindung mit § 118 Sozialgesetzbuch IX
– Bundesteilhabegesetz –**

Impressum

Herausgeber

Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg
Else-Josenhans-Str. 6
70173 Stuttgart

Verfasser

Thomas Schmitt-Schäfer
transfer - Unternehmen für soziale Innovation
Schlossplatz 5
54516 Wittlich

Inhalt

A Basisbogen

- 1 Leistungsberechtigte Person**
 - 1.1 Grunddaten
 - 1.2 Kontaktdaten
 - 1.3 Familienstand
 - 1.4 Schulabschluss
 - 1.5 Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss
 - 1.6 Erst- bzw. Folgeermittlung
 - 1.7 Vorhandene Hilfsmittel
 - 1.8 Besondere baulich-technische Anforderungen
 - 1.9 Erforderliche Kommunikationshilfen
- 2 Rechtliche Vertretung**
 - 2.1 Rechtliche Vertretung
 - 2.2 Kontaktdaten
- 3 Weitere Ansprechpersonen**
 - 3.1 Person des Vertrauens nach § 117 SGB IX
 - 3.2 Weitere Ansprechpersonen
- 4 Leistungsträger**
 - 4.1 Leistungen von Rehabilitationsträgern nach § 6 SGB IX
 - 4.2 Hinweise auf andere Leistungsträger
 - 4.3 Leistungen der Pflegekasse nach SGB XI
- 5 Erhebende Stelle**

B Beschreibung der gesundheitlichen Situation

- 1 Unterlagen**
- 2 Schwerbehinderung**
 - 2.1 Grad der Behinderung nach § 152 SGB IX
 - 2.2 Merkzeichen nach § 3 SchwbAwV
- 3 Befunde und Diagnosen nach ICD-10**
 - 3.1 Diagnosebegründende Befunde
 - 3.2 Diagnosen nach ICD-10, die den Rehabilitationsbedarf begründen
- 4 Körperfunktionen nach ICF**
 - 4.1 Mentale Funktionen
 - 4.2 Sinnesfunktionen und Schmerz
 - 4.3 Stimm- und Sprechfunktionen
 - 4.4 Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems
 - 4.5 Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems
 - 4.6 Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems
 - 4.7 Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen
 - 4.8 Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde
- 5 Gesamtschau und weitere wichtige Aspekte**
- 6 Erstellt durch**

C Dialog- und Erhebungsbogen

Gesprächstermine

Teil I: Lebensvorstellungen und Lebenssituation

- 1 Meine Wünsche und Lebensvorstellungen**
 - 1.1 Wie und wo ich wohnen will
 - 1.2 Was ich arbeiten oder lernen will
 - 1.3 Wie ich meine Beziehungen zu anderen Menschen gestalten will
 - 1.4 Was ich sonst mit meiner verfügbaren Zeit machen will
 - 1.5 Was mir sonst noch wichtig ist

- 2 Wie und wo ich jetzt lebe**
 - 2.1 Wie und wo ich jetzt wohne
 - 2.2 Was ich derzeit arbeite oder lerne
 - 2.3 Wie jetzt meine Beziehungen zu anderen Menschen sind
 - 2.4 Was ich sonst mit meiner verfügbaren Zeit mache
 - 2.5 Was mir sonst noch wichtig ist

Teil II: Lebensbereiche und Umweltfaktoren nach ICF

- 1 Lebensbereiche – Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]**
 - 1.1 Lernen und Wissensanwendung
 - 1.2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
 - 1.3 Kommunikation
 - 1.4 Mobilität
 - 1.5 Selbstversorgung
 - 1.6 Häusliches Leben
 - 1.7 Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
 - 1.8 Bedeutende Lebensbereiche
 - 1.9 Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

- 2 Umweltfaktoren**
 - 2.1 Produkte und Technologien
 - 2.2 Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt
 - 2.3 Unterstützung und Beziehungen
 - 2.4 Einstellungen
 - 2.5 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze

- 3 Personbezogene Faktoren**

- 4 Zusammenfassung der Beeinträchtigungen der Teilhabe**

D Ergebnisbogen

- 1 Meine Ziele**
- 2 Meine Bedarfe**
 - 2.1 Ausreichende, geeignete und erforderliche sächliche oder technische Hilfen zur Erreichung der Ziele – einschließlich Hilfsmittel
 - 2.2 Ausreichende, geeignete und erforderliche personelle Hilfen zur Erreichung der Ziele



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

BEI_BW

Erwachsene

**Bogen A
Basisbogen**

1 Leistungsberechtigte Person

1.1 Grunddaten	
Name H. (Name und Alter geändert) Vorname Klaus	Geburtsdatum 50 Jahre
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input checked="" type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	
Staatsangehörigkeit <input checked="" type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> sonstige ggf. Aufenthaltsstatus	
1.2 Kontaktdaten	
PLZ	Ort Einrichtung Straße Haus A
Telefon	Fax E-Mail
1.3 Familienstand	
Familienstand <input checked="" type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden	
Anzahl der Kinder ---	Anzahl der Kinder im eigenen Haushalt
1.4 Schulabschluss	
<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Hauptschule
<input checked="" type="checkbox"/> ohne Schulabschluss mit Besuch von SBBZ	<input type="checkbox"/> mittlere Reife
<input type="checkbox"/> Förderschulabschluss	<input type="checkbox"/> (Fach)Hochschulreife, Abitur
<input type="checkbox"/> sonstiges, und zwar	
Erläuterungen Hat vier Jahre die Werkstufe der Sonderschule für Gehörlose in der Einrichtung Z besucht; anschl. Aufnahme in die WfbM	
1.5 Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss	
<input checked="" type="checkbox"/> ohne Ausbildung	<input type="checkbox"/> zwei-/dreijährige Berufsausbildung
<input type="checkbox"/> Fachwerker, Fachpraktiker	<input type="checkbox"/> Meister/Techniker
<input type="checkbox"/> sonstiges, und zwar	<input type="checkbox"/> (Fach-)Hochschulausbildung
Erläuterungen	
1.6 Erst- bzw. Folgeermittlung	
<input checked="" type="checkbox"/> erste Bedarfsermittlung vom 2019	<input checked="" type="checkbox"/> Fortschreibung vom 2022

1.7 Vorhandene Hilfsmittel keine Hilfsmittel vorhanden Rollstuhl Rollator sonstige Gehhilfen, und zwar Sehhilfen, und zwar Hörhilfen, und zwar Sprachhilfen, und zwar sonstiges, und zwar**1.8 Besondere baulich-technische Anforderungen** keine besonderen baulich-technischen Anforderungen erforderlich Behindertenparkplatz Rollstuhlgerechter Zugang Behinderten-WC besondere Beleuchtung oder Sehhilfen (z.B. Kamera-Bildschirm-System) akustisch optimierter Gesprächsraum (z.B. Dämmplatten, Schallschutzfenster) Braille Hörhilfen (z.B. Mikrofon mit Übertragung ans Hörgerät) besonderes Mobiliar (z.B. höhenverstellbarer Tisch) Sonstiges, und zwar

Erläuterungen

Lebt in Besonderer Wohnform Haus A

1.9 Erforderliche Kommunikationshilfen keine Kommunikationshilfen erforderlich Unterstützte Kommunikation Gebärdendolmetscher Schriftdolmetscher Leichte Sprache sonstiges, und zwar I-Pad, Go-Talk Now App, Metacom Symbolkarten

Erläuterungen

Hat Gebärdensprache gelernt, versteht die meisten alltäglichen Gebärden.

Kennt und nutzt verschiedene Methoden der Unterstützten Kommunikation (UK)

2 Rechtliche Vertretung

2.1 Rechtliche Vertretung	
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Vollmacht <input checked="" type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung	
Aufgabenkreise	<input checked="" type="checkbox"/> Gesundheitsorge <input checked="" type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input checked="" type="checkbox"/> Vermögenssorge <input checked="" type="checkbox"/> Behördenangelegenheiten <input checked="" type="checkbox"/> Postangelegenheiten <input checked="" type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar
Urkunde	<input type="checkbox"/> vom _____ liegt vor und ist gültig bis _____ <input type="checkbox"/> wurde angefordert am _____
<input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalt für _____	

2.2 Kontaktdaten		
Rechtliche Vertretung 1 rechtliche Betreuung (Funktion, Beziehung)		
Name Frau	Vorname XY	
PLZ	Ort	Straße
Telefon	Fax	E-Mail
Rechtliche Vertretung 2 (Funktion, Beziehung)		
Name:	Vorname:	
PLZ	Ort	Straße
Telefon	Fax	E-Mail

3 Weitere Ansprechpersonen

3.1 Person des Vertrauens nach § 117 SGB IX			
<input checked="" type="checkbox"/> keine Person des Vertrauens gemäß § 117 SGB IX benannt			
Beide Eltern sind verstorben (Funktion, Beziehung oder Institution)			
Name		Vorname	
PLZ	Ort	Straße	
Telefon	Fax	E-Mail	
3.2 Weitere Ansprechpersonen			
Person 1 Ansprechpersonen sind die Mitarbeitenden der Einrichtung (Funktion, Beziehung oder Institution)			
Name		Vorname	
PLZ	Ort	Straße	
Telefon	Fax	E-Mail	
Person 2 (Funktion, Beziehung oder Institution)			
Name		Vorname	
Funktion:			
PLZ	Ort	Straße	
Telefon	Fax	E-Mail	
Person 3 (Funktion, Beziehung oder Institution)			
Name		Vorname	
Funktion:			
PLZ	Ort	Straße	
Telefon	Fax	E-Mail	

4 Leistungsträger

4.1 Leistungen von Rehabilitationsträgern nach § 6 SGB IX					
	laufend	genehmigt	beantragt	abgelehnt	Schreiben mit Datum vom ...
Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bundesagentur für Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kriegsopferfürsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jugendhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Träger der Eingliederungshilfe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erläuterungen nach Rehabilitationsträgern					

4.2 Hinweise auf andere Leistungsträger	
Gibt es Hinweise auf andere Leistungsträger?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Erläuterungen	

4.3 Leistungen der Pflegekasse nach SGB XI				
nicht beantragt	beantragt	festgestellt	abgelehnt	Bescheid mit Datum vom ...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Festgestellter Pflegegrad				
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 0	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input checked="" type="checkbox"/> Pflegegrad 3	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5
Art der Leistung				
<input type="checkbox"/> Sachleistung				
<input type="checkbox"/> Pflegegeld, wenn ja, wer ist die pflegende Person				
Erläuterungen				
Pauschale (€266,-) in Besonderer Wohnform.				

5 Erhebende Stelle

Stadt-/Landkreis	Landratsamt Karlsruhe
Bearbeitung	(Nachname, Vorname)



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

BEI_BW

Erwachsene

Bogen B

Beschreibung der gesundheitlichen Situation

1 Unterlagen

Die „Beschreibung der gesundheitlichen Situation“ wurde auf der Basis folgender Unterlagen erstellt:

Art der Dokumente	vom ...
<input checked="" type="checkbox"/> Arztberichte	verschiedener Kliniken und niedergelassener Ärzte
<input type="checkbox"/> Pflegegutachten	
<input type="checkbox"/> Reha-Berichte	
<input checked="" type="checkbox"/> Pädagogische Berichte	seit Schulbesuch, zuletzt Teilhabebericht + Förderplan
<input type="checkbox"/> Therapeutische Berichte	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

2 Schwerbehinderung

2.1 Grad der Behinderung nach § 152 SGB IX				
nicht beantragt	beantragt	festgestellt	abgelehnt	Bescheid mit Datum vom ...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grad der Behinderung 100				

2.2 Merkzeichen nach § 3 SchwbAwV				
<input checked="" type="checkbox"/> B	<input checked="" type="checkbox"/> G	<input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> 1. KI
<input type="checkbox"/> BI	<input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> RF	<input type="checkbox"/> TBI	

3 Befunde und Diagnosen nach ICD-10

3.1 Diagnosebegründende Befunde
<p>schwere geistige Behinderung (seit Geburt), schwerhörig, Mehrfachbehinderung, besuchte Schule für Gehörlose und Sprachbehinderte, 55% der Hörfähigkeit fehlen, spricht nicht, neigt zu Autismus</p> <p>Bericht Städt. Klinikum aus der Jugend: schwere geistige Behinderung, Sprachentwicklungsverzögerung, Autismussyndrom, Verhaltensauffälligkeiten, Veränderungsängste, Ängste, aggressive und autoaggressive Verhaltenweisen, in fremder Umgebung unruhig, verhält sich ungesteuert, empfindlich, leicht reizbar.</p> <p>neuere Untersuchungen in den 2000er Jahren ergeben, dass Herr H. 70% Hörfähigkeit hat. Er kann hören, eine Versorgung mit Hörgeräten ist nicht erforderlich.</p> <p>Bei der Behinderung steht der Autismus im Vordergrund.</p>

3.2 Diagnosen nach ICD-10, die den Rehabilitationsbedarf begründen	
Schlüssel	Klartext der ICD-10
F 84	Autistische Störung
F 63.8	Impulsiv selbstverletzendes Verhalten
	Intelligenzminderung

4 Körperfunktionen nach ICF

Wie wirken sich die rehabilitationsbegründenden Diagnosen nach ICD-10 auf die Körperfunktionen aus? Bitte beschreiben Sie die Beeinträchtigungen der Körperfunktionen in der rechten Spalte der einzelnen Kapitel in kurzen Stichworten.

Übersicht	
Liegen Beeinträchtigungen im jeweiligen Kapitel vor?	
Kapitel 1 - Mentale Funktionen	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kapitel 2 - Sinnesfunktionen und Schmerz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kapitel 3 - Stimm- und Sprechfunktionen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kapitel 4 - Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kapitel 5 - Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kapitel 6 - Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kapitel 7 - Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kapitel 8 - Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4.1 Mentale Funktionen	
	Erläuterungen, gegebenenfalls 3. oder 4. Ebene
Globale mentale Funktionen (b110-b139)	
<input type="checkbox"/> b110 Funktionen des Bewusstseins	
<input checked="" type="checkbox"/> b114 Funktionen der Orientierung	Bebilderter Wochenplan
<input checked="" type="checkbox"/> b117 Funktionen der Intelligenz	geistige Behinderung
<input checked="" type="checkbox"/> b122 Globale psychosoziale Funktionen	Autismus
<input checked="" type="checkbox"/> b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit	b1263 Psychische Stabilität, b1264 Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen, b1267 Zuverlässigkeit
<input checked="" type="checkbox"/> b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs	b1304 Impulskontrolle
<input type="checkbox"/> b134 Funktionen des Schlafes	
<input type="checkbox"/> b139 Globale mentale Funktionen, anders oder nicht näher bezeichnet	
Spezifische mentale Funktionen (b140-b189)	
<input checked="" type="checkbox"/> b140 Funktionen der Aufmerksamkeit	Konzentrationsfähigkeit reduziert
<input type="checkbox"/> b144 Funktionen des Gedächtnisses	
<input type="checkbox"/> b147 Psychomotorische Funktionen	
<input checked="" type="checkbox"/> b152 Emotionale Funktionen	b1520 Angemessenheit, b1521 Affektkontrolle
<input type="checkbox"/> b156 Funktionen der Wahrnehmung	
<input checked="" type="checkbox"/> b160 Funktionen des Denkens	b1601 Form des Denkens, b1602 Inhalt
<input checked="" type="checkbox"/> b164 Höhere kognitive Funktionen	besuchte Schule G
<input checked="" type="checkbox"/> b167 Kognitiv-sprachliche Funktionen	spricht nicht, UK
<input checked="" type="checkbox"/> b172 Das Rechnen betreffende Funktionen	kennt Wert von Zahlen und Geld nicht
<input type="checkbox"/> b176 Mentale Funktionen, die die Durchführung komplexer Bewegungshandlungen betreffen	
<input type="checkbox"/> b180 Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen	
<input type="checkbox"/> b189 Spezielle mentale Funktionen, anders oder nicht näher bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b198 Mentale Funktionen, anders bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b199 Mentale Funktionen, nicht näher bezeichnet	

4.2 Sinnesfunktionen und Schmerz	
	Erläuterungen, gegebenenfalls 3. oder 4. Ebene
Seh- und verwandte Funktionen (b210-b229)	
<input type="checkbox"/> b210 Funktionen des Sehens (Sehsinn)	
<input type="checkbox"/> b215 Funktionen von Strukturen, die in Verbindung mit dem Auge stehen	
<input type="checkbox"/> b220 Mit dem Auge und angrenzenden Strukturen verbundene Empfindungen	
<input type="checkbox"/> b229 Seh- und verwandte Funktionen, anders oder nicht näher bezeichnet	
Hör- und Vestibularfunktionen (b230-b249)	
<input checked="" type="checkbox"/> b230 Funktionen des Hörens (Hörsinn)	schwerhörig
<input type="checkbox"/> b235 Vestibuläre Funktionen	
<input type="checkbox"/> b240 Mit den Hör- und vestibulären Funktionen verbundene Empfindungen	
<input type="checkbox"/> b249 Hör- und Vestibularfunktionen, anders oder nicht näher bezeichnet	
Weitere Sinnesfunktionen (b250-b279)	
<input type="checkbox"/> b250 Funktionen des Schmeckens (Geschmacksinn)	
<input type="checkbox"/> b255 Funktionen des Riechens (Geruchssinn)	
<input type="checkbox"/> b260 Die Propriozeption betreffende Funktionen	
<input type="checkbox"/> b265 Funktionen des Tastens (Tastsinn)	
<input type="checkbox"/> b270 Sinnesfunktionen bezüglich Temperatur und anderer Reize	
<input type="checkbox"/> b279 Weitere Sinnesfunktionen, anders oder nicht näher bezeichnet	
Schmerz (b280-b289)	
<input type="checkbox"/> b280 Schmerz	
<input type="checkbox"/> b289 Schmerz, anders oder nicht näher bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b298 Sinnesfunktionen und Schmerz, anders bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b299 Sinnesfunktionen und Schmerz, nicht näher bezeichnet	

4.3 Stimm- und Sprechfunktionen	
	Erläuterungen, gegebenenfalls 3. oder 4. Ebene
<input checked="" type="checkbox"/> b310 Funktionen der Stimme	spricht nicht, lautieren
<input checked="" type="checkbox"/> b320 Artikulationsfunktionen	spricht nicht
<input type="checkbox"/> b330 Funktionen des Redeflusses und des Sprechrhythmus	
<input type="checkbox"/> b340 Alternative stimmliche Äußerungen	
<input type="checkbox"/> b398 Stimm- und Sprechfunktionen, anders bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b399 Stimm- und Sprechfunktionen, nicht näher bezeichnet	

4.4 Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems	
	Erläuterungen, gegebenenfalls 3. oder 4. Ebene
Funktionen des kardiovaskulären Systems (b410-b429)	
<input type="checkbox"/> b410 Herzfunktionen	
<input type="checkbox"/> b415 Blutgefäßfunktionen	
<input type="checkbox"/> b420 Blutdruckfunktionen	
<input type="checkbox"/> b429 Funktionen des kardiovaskulären Systems, anders oder nicht näher bezeichnet	
Funktionen des hämatologischen und des Immunsystems (b430-b439)	
<input type="checkbox"/> b430 Funktionen des hämatologischen Systems	
<input type="checkbox"/> b435 Funktionen des Immunsystems	
<input type="checkbox"/> b439 Funktionen des hämatologischen und Immunsystems, anders oder nicht näher bezeichnet	
Funktionen des Atmungssystems (b440-b449)	
<input type="checkbox"/> b440 Atmungsfunktionen	
<input type="checkbox"/> b445 Funktionen der Atemmuskulatur	
<input checked="" type="checkbox"/> b449 Funktionen des Atmungssystems, anders oder nicht näher bezeichnet	neigt zu Infekten
Weitere Funktionen und Empfindungen, die das kardiovaskuläre und Atmungssystem betreffen (b450-b469)	
<input type="checkbox"/> b450 Weitere Atmungsfunktionen	
<input type="checkbox"/> b455 Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit	
<input type="checkbox"/> b460 Mit dem kardiovaskulären und Atmungssystem verbundene Empfindungen	
<input type="checkbox"/> b469 Weitere Funktionen und Empfindungen des kardiovaskulären und Atmungssystems, anders oder nicht näher bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b498 Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems, anders bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b499 Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems, nicht näher bezeichnet	

4.5 Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems	
	Erläuterungen, gegebenenfalls 3. oder 4. Ebene
Funktionen im Zusammenhang mit dem Verdauungssystem (b510-b539)	
<input type="checkbox"/> b510 Funktionen der Nahrungsaufnahme	
<input type="checkbox"/> b515 Verdauungsfunktionen	
<input type="checkbox"/> b520 Funktionen der Nahrungsmittelassimilation	
<input type="checkbox"/> b525 Defäkationsfunktionen	
<input type="checkbox"/> b530 Funktionen der Aufrechterhaltung des Körpergewichts	
<input type="checkbox"/> b535 Mit dem Verdauungssystem verbundene Empfindungen	
<input type="checkbox"/> b539 Funktionen im Zusammenhang mit dem Verdauungssystem, anders oder nicht näher bezeichnet	
Funktionen im Zusammenhang mit dem Stoffwechsel- und dem endokrinen System (b540-b559)	

<input type="checkbox"/> b540 Allgemeine Stoffwechselfunktionen	
<input type="checkbox"/> b545 Funktionen des Wasser-, Mineral- und Elektrolythaushaltes	
<input type="checkbox"/> b550 Funktionen der Wärmeregulation	
<input type="checkbox"/> b555 Funktionen der endokrinen Drüsen	
<input type="checkbox"/> b559 Funktionen im Zusammenhang mit dem Stoffwechsel- und dem endokrinen System, anders oder nicht näher bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b598 Funktionen des Verdauungs-, Stoffwechsel- und des endokrinen Systems, anders bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b599 Funktionen des Verdauungs-, Stoffwechsel- und des endokrinen Systems, nicht näher bezeichnet	

4.6 Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems	
	Erläuterungen, gegebenenfalls 3. oder 4. Ebene
Funktionen der Harnbildung und Harnausscheidung (b610-b639)	
<input type="checkbox"/> b610 Harnbildungsfunktionen	
<input type="checkbox"/> b620 Miktionsfunktionen	
<input type="checkbox"/> b630 Mit der Harnbildung und -ausscheidung verbundene Empfindungen	
<input type="checkbox"/> b639 Funktionen der Harnbildung und Harnausscheidung, anders oder nicht näher bezeichnet	
Genital- und reproduktive Funktionen (b640-b679)	
<input type="checkbox"/> b640 Sexuelle Funktionen	
<input type="checkbox"/> b650 Menstruationsfunktionen	
<input type="checkbox"/> b660 Fortpflanzungsfunktionen	
<input type="checkbox"/> b670 Mit den Genital- und reproduktiven Funktionen verbundene Empfindungen	
<input type="checkbox"/> b679 Genital- und reproduktive Funktionen, anders oder nicht näher bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b698 Funktionen des Urogenitalsystems und der Reproduktion, anders bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b699 Funktionen des Urogenitalsystems und der Reproduktion, nicht näher bezeichnet	

4.7 Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	
	Erläuterungen, gegebenenfalls 3. oder 4. Ebene
Funktionen der Gelenke und Knochen (b710-b729)	
<input type="checkbox"/> b710 Funktionen der Gelenkbeweglichkeit	
<input type="checkbox"/> b715 Funktionen der Gelenkstabilität	
<input type="checkbox"/> b720 Funktionen der Beweglichkeit der Knochen	
<input type="checkbox"/> b729 Funktionen der Gelenke und Knochen, anders oder nicht näher bezeichnet	
Funktionen der Muskeln (b730-b749)	
<input type="checkbox"/> b730 Funktionen der Muskelkraft	
<input type="checkbox"/> b735 Funktionen des Muskeltonus	
<input type="checkbox"/> b740 Funktionen der Muskelausdauer	
<input type="checkbox"/> b749 Funktionen der Muskeln, anders oder nicht näher bezeichnet	
Funktionen der Bewegung (b750-b789)	

<input type="checkbox"/> b750 Funktionen der motorischen Reflexe	
<input type="checkbox"/> b755 Funktionen der unwillkürlichen Bewegungsreaktionen	
<input type="checkbox"/> b760 Funktionen der Kontrolle von Willkürbewegungen	
<input type="checkbox"/> b765 Funktionen der unwillkürlichen Bewegungen	
<input type="checkbox"/> b770 Funktionen der Bewegungsmuster beim Gehen	
<input type="checkbox"/> b780 Mit den Funktionen der Muskeln und der Bewegung im Zusammenhang stehende Empfindungen	
<input type="checkbox"/> b789 Funktionen der Bewegung, anders oder nicht näher bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b798 Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen, anders bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b799 Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen, nicht näher bezeichnet	

4.8 Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde	
	Erläuterungen, gegebenenfalls 3. oder 4. Ebene
Funktionen der Haut (b810-b849)	
<input type="checkbox"/> b810 Schutzfunktionen der Haut	
<input type="checkbox"/> b820 Heilfunktion der Haut	
<input type="checkbox"/> b830 Andere Funktionen der Haut	
<input type="checkbox"/> b840 Auf die Haut bezogene Empfindungen	
<input type="checkbox"/> b849 Funktionen der Haut, anders oder nicht näher bezeichnet	
Funktionen des Haars und der Nägel (b850-b869)	
<input type="checkbox"/> b850 Funktionen des Haars	
<input type="checkbox"/> b860 Funktionen der Nägel	
<input type="checkbox"/> b869 Funktionen des Haars und der Nägel, anders oder nicht näher bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b898 Funktionen der Haut und verwandter Strukturen, anders bezeichnet	
<input type="checkbox"/> b899 Funktionen der Haut und verwandter Strukturen, nicht näher bezeichnet	

5 Gesamtschau und weitere wichtige Aspekte

Zusammenfassung inklusive der Hinweise auf weitere Diagnosen oder Beeinträchtigungen, die eine weitere fachärztlichen Abklärung oder den Einbezug anderer Rehabilitationsträger erfordern.

Erste Heimaufnahme erfolgte im Alter vor über 25 Jahren in einem Wohnheim hier im Landkreis. Kurz darauf Wechsel in eine Einrichtung für Hörgeschädigte im Süden Deutschlands (dort Besuch der Werkstufenklasse). Berichte: gehörlos/ schwerhörig, kennt keine Gebärdensprache, Verständigung nur über sinnwählende Gebärden möglich. Zeigt wegen autistischer Züge wenig Interesse an Kommunikation. Von Unruhe geplagt, läuft hin und her, schlägt sich mit flacher Hand auf die Schläfen. Mitunter schlägt er seine Mitmenschen. Bei direkter Zuwendung zeigt er gute Auffassungsgabe, kann dann verschiedene Tätigkeiten ausführen. Ausdauer und Konzentration sind gering. Kann Buchstaben erkennen, aber nicht deren Sinn. Ängste, Stimmungsschwankungen. Kann sich selbständig an - und ausziehen, auf Toilette gehen, sich waschen und essen. Findet auf dem Gelände den Weg selbständig. Kann beim Kochen und Backen mithelfen (schneiden, reiben, schälen). Zur Kommunikation deutet er auf den Gegenstand, den er möchte, oder führt die Person zu etwas hin. Herr H. versteht nach vier Jahren die meisten alltäglichen Gebärden der Gebärdensprache, nutzt sie selber aber kaum, nur bei Aufforderung. Umgang mit Mengen und Zahlen bzw. Geld interessieren ihn nicht. Später erfolgte die Aufnahme in den Arbeitstrainingsbereich der WfbM. Dort muss er bei allen Aufgaben motiviert und angeleitet werden, läuft viel herum, antriebsarm, benötigt ständige gezielte Anleitung, keine Ausdauer. Auch im Aufbaukurs gelingt es nicht das Arbeitsverhalten von Herrn H. zu verbessern. Mangelnde Konzentration und Weglauftendenz sind unverändert. Nach dem Aufbaukurs folgt der Wechsel in den Förder - und Betreuungsbereich der Einrichtung.

6 Erstellt durch Landratsamt Karlsruhe

- Träger der Eingliederungshilfe
- Klinik
- anderer Arzt
- MPD beim KVJS
- Öffentlicher Gesundheitsdienst
- andere Stelle

Name		Vorname	
PLZ	76131	Ort	Karlsruhe
		Straße Wolfartsweiererstraße 5	
Telefon		Fax	
		E-Mail	

Ort, Datum

Unterschrift



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

BEI_BW

Erwachsene

Bogen C
Dialog- und Erhebungsbogen

Name, Vorname H. (Name und Alter geändert), Klaus Aktenzeichen

Gesprächstermine

Termine	
Gespräch 1 am	Datum: Unterlagen aus den Akten, aktuellster Bericht
Gespräch 2 am	Datum: Medizinisch Pädagogischer Dienst des KVJS (MPD) xx.xx.xxxx
Gespräch 3 am	Datum: MPD xx.xx.xxxx
Gespräch 4 am	Datum: xx.xx.2022
Gespräch 5 am	Datum:

Orte										
					Gespräch Nr.					
Räume			Adresse			1	2	3	4	5
Wohnung leistungsberechtigte Person						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Räume Träger der Eingliederungshilfe			Haus A			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderer Ort, und zwar			per Video			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teilnahme										
					Gespräch Nr.					
Nachname, Vorname		Kürzel	Funktion, Beziehung, Institution			1	2	3	4	5
1. H. Klaus			Leistungsempfänger			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. K. B.			Abteilungsleitung Wohngruppe			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. .K. A.			Fachdienst UK			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. W. K.			Mitarbeiterin Tagesstruktur			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J. A.			Teilhabemanagement Landkreis Karlsruhe			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil I: Lebensvorstellungen und Lebenssituation**1 Meine Wünsche und Lebensvorstellungen**

Unter diesem Punkt werden die Leitziele als Ergebnis des Gesprächs aufgeschrieben, das ein Mensch mit Behinderung mit dem Träger der Eingliederungshilfe führt. Die Sichtweise des Menschen mit Behinderung muss – besonders bei abweichenden Auffassungen – als solche erkennbar bleiben. Der Blick soll zukunftsgerichtet sein, zum Beispiel in Hinblick auf die Wohn- und Lebensform, die der Mensch mit Behinderung anstrebt. Sofern die Sichtweise anderer Personen dokumentiert wird, bitte Kürzel voranstellen – siehe Basisbogen.

1.1 Wie und wo ich wohnen will

Herr H. kann nicht sprechen. Im Gespräch teilt er sich mit kurzen Sätzen mit, die er gestützt am Laptop schreibt.
Hr. H. möchte in seinem gewohnten Umfeld verbleiben.

1.2 Was ich arbeiten oder lernen will

Hr. H. möchte weiter den Förder - und Betreuungsbereich (FuB) der Einrichtung besuchen

1.3 Wie ich meine Beziehungen zu anderen Menschen gestalten will**1.4 Was ich sonst mit meiner verfügbaren Zeit machen will****1.5 Was mir sonst noch wichtig ist**

2 Wie und wo ich jetzt lebe

2.1 Wie und wo ich jetzt wohne

Herr H. lebt seit ca. 30 Jahren in der Wohngruppe A der Einrichtung Haus XY. Die Wohngruppe ist das Zuhause von Herrn H.. Seine Mitbewohner kennt er teilweise schon von Anfang an.

2.2 Was ich derzeit arbeite oder lerne

Herr H. besucht den FuB der Einrichtung Haus A.

2.3 Wie jetzt meine Beziehungen zu anderen Menschen sind

Herr H. spricht nicht. Kommunikation findet über Gesten statt, wobei er kaum die Gebärdensprache nutzt. Für unterstützte Kommunikation stehen ihm ein I Pad, Go-Talk Now App und Metacom Symbolkarten zur Verfügung.

2.4 Was ich sonst mit meiner verfügbaren Zeit mache

Herr H. nutzt das iPad und schaut gerne Videos auf You Tube.

2.5 Was mir sonst noch wichtig ist

Während des Gespräches teilt sich Herr Henrich durch "gestützte Kommunikation" mit. Er schreibt selbständig kurze einfache Sätze am Laptop. Dafür benötigt er einen Impuls der Bezugsbetreuerin und viel Zeit.

Teil II: Lebensbereiche und Umweltfaktoren nach ICF

1 Lebensbereiche – Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

Unter diesem Punkt wird die Leistungsfähigkeit des Menschen mit Behinderung beschrieben. Damit ist gemeint, was die Person ohne Unterstützung von anderen Menschen und ohne Nutzung von Hilfsmitteln tun kann. Die Ressourcen des Menschen mit Behinderung finden hier ebenso Platz wie die Beeinträchtigungen. Sofern die Sichtweise anderer Personen dokumentiert wird, bitte Kürzel voranstellen.

1.1 Lernen und Wissensanwendung – d110 bis d179

Hier geht es vor allem ums Wahrnehmen, Lernen und Anwenden des Gelernten wie zum Beispiel ums Zuschauen und Zuhören, ums Lesen, Schreiben und Rechnen, um Aufmerksamkeit und Denken und darum, wie gut man alleine Probleme lösen und Entscheidungen treffen kann.

Was ich gut oder ohne große Probleme kann.

Das Situationsverständnis von Herrn H. ist gut ausgeprägt. Es ist ihm möglich die Zusammenhänge des Gruppengeschehens zu verstehen. Das Treffen eigener Entscheidungen z.B. bezgl. Essen und Trinken oder von Beschäftigungsmöglichkeiten ist Herrn H. möglich. Im Alltag wird dies z.B. über das Anzeigen mehrerer Optionen, aus denen er wählen kann, umgesetzt.

Im FuB kann er an neue Tätigkeiten herangeführt werden. Dabei kommt es auf die Motivation von Herrn H. an, ob er sich auf die Tätigkeiten einlässt und wie er sie umsetzt.

Herr H. möchte Neues hinzu lernen und wird im FuB und der Gruppe immer wieder an neue Aufgaben herangeführt. Es gelingt ihm heutzutage besser, sich zu fokussieren als früher.

Was ich nicht so gut oder gar nicht kann.

Bei Herrn H. sind ein strikter Ablauf bei der Ausführung der Tätigkeiten sowie zwanghaft anmutende Verhaltensweisen zu erkennen. So kann er beispielsweise seine Aufmerksamkeit nur schwer auf etwas Anderes richten, wenn nach der morgendlichen Hygiene die Ausrichtung des Griffs beim Wasserhahn noch nicht seinen Vorstellungen entspricht. Generell üben fließendes Wasser und elektrische Geräte eine große Anziehungskraft auf Herrn H. aus. Das eigenständige Lösen von Problemen ist für Herrn H. oft schwierig. Hier zeigt er wenig Frustrationstoleranz und äußert seinen Umut durch lautieren. Die jeweilige Betreuungsperson ist dann aufgefordert, die Ursache für sein Problem zu finden und dies mit ihm gemeinsam oder auch stellvertretend für ihn zu lösen.

Die Ausdauer und Konzentrationsfähigkeit von Herrn H. sind eingeschränkt.

Herr H. leidet unter Ängsten und Zwängen.

Erläuterungen

Herr H. kann hinzulernen und ihm bekannte Tätigkeiten selbständig ausführen.

Im Gespräch zeigt er, dass er gestützt am Laptop schreiben kann, dabei tippt er langsam Buchstabe für Buchstabe und schreibt einfache Sätze, die sehr klar sind.

Name, Vorname H. (Name und Alter geändert), Klaus Aktenzeichen

1.2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen – d210 bis d240

Hier geht es vor allem um Aufgaben übernehmen, wie man mit den täglichen Routinen zurechtkommt, wofür man Verantwortung übernehmen kann und wie man mit Stress und Krisen umgeht.

Was ich gut oder ohne große Probleme kann.

Herr H. hat einen gefestigten Tag-Nachtrythmus. Er zieht sich abends früh in sein Zimmer zurück. Morgens schläft er gerne lange und muss geweckt werden. Aufforderungen zur Mithilfe im Alltag (z.B. Müll entsorgen, Wäsche waschen, Tisch decken) kommt er nach. Bei ungewohnten oder länger andauernden Tätigkeiten braucht es z.T. einer mehrmaligen Aufforderung durch die Mitarbeitenden. Herr H. kann und darf aber auch zeigen, wenn er etwas nicht möchte.

Herr H. kennt die täglichen Abläufe und ist in seinem Umfeld orientiert.

Was ich nicht so gut oder gar nicht kann.

Im Umgang mit Stress und anderen psychischen Anforderungen bedarf es aufgrund des niedrigen emotionalen Entwicklungsstandes der Regulation durch eine nahe Bezugsperson. Herr H. zeigt mitunter sachaggressives und selbstverletzendes Verhalten, welches bei diesem Entwicklungsstand häufig zu beobachten ist. Das selbstverletzende Verhalten hat sich innerhalb der letzten Jahre verringert. Bei Stress und unerwünschten Anforderungen gegenüber reagiert Herr H. oft mit deutlich gezeigter Ablehnung.

Herr H. benötigt Unterstützung und immer einen Impuls von außen, um aktiv zu werden. Er ist oft in seiner eigenen Welt. Ein Impuls erreicht ihn am Besten, wenn er mit leichtem Antippen an die Schulter erfolgt.

Erläuterungen

Herr H. zeigt seit Kindheit autoaggressives Verhalten, er schlägt sich mit der flachen Hand auf die Schläfen, beißt, kratzt sich und andere, zeigt motorische Unruhe.

Name, Vorname H. (Name und Alter geändert), Klaus Aktenzeichen

1.3 Kommunikation – d310 bis d369

Hier geht es vor allem darum, wie gut man andere versteht, wie gut man sich anderen mitteilen und sich mit ihnen unterhalten kann. Es geht ums miteinander Sprechen und Schreiben, aber auch um die Verwendung von Gesten, Symbolen und Zeichnungen – außerdem darum, ob man telefonieren oder einen Computer benutzen kann, um mit anderen zu kommunizieren.

Was ich gut oder ohne große Probleme kann.

Herr H. kann sich über gestützte Kommunikation schriftlich ausdrücken. Ängste und Unsicherheiten können hier zur Sprache kommen wie Alltagsabsprachen und Informationen aus dem Gruppengeschehen. Informationen aus dem Gruppenalltag, sowie andere für ihn wichtige Neuigkeiten werden Herrn H. i.d.R. in bildhafter Form und leichter Sprache zugänglich gemacht.

Was ich nicht so gut oder gar nicht kann.

Herr H. kommuniziert nicht lautsprachlich. Im Alltag nutzt er vereinzelt Gebärden - vor allem um Wünsche zu äußern- aber auch Laute, Mimik und Gestik. Mitarbeitende sind in der Kommunikation mit Herrn H. meist auf die Nutzung mehrerer Kanäle angewiesen. Der Einsatz von Gebärden und Bildkarten sowie taktile Reize sind hier wichtig. Aufgrund seines ausgeprägten Autismus bleibt die Kommunikation mit den Menschen in seinem Umfeld im Alltag aber oft auf ein Minimum begrenzt.

Erläuterungen

Die Fähigkeiten von Herrn H. wurden lange unterschätzt. Es hat lange gedauert, bis die passende Form der Kommunikation gefunden wurde. Seit dies erreicht ist, ist Herr H. ruhiger und zufriedener.

Name, Vorname H. (Name und Alter geändert), Klaus Aktenzeichen

1.4 Mobilität – d410 bis d489

Hier geht es vor allem darum, wie gut man ohne Hilfe aufstehen, sich hinlegen oder hinsetzen kann. Weiter geht es darum, wie gut man Sachen greifen, aufheben, tragen und wieder hinstellen kann. Außerdem geht es darum, ob und wie lange man zu Fuß gehen kann, und ob man klettern, rennen, springen oder schwimmen kann. Auch geht es darum, ob man Bus und Bahn oder Fahrrad oder Auto fahren kann.

Was ich gut oder ohne große Probleme kann.

Herr H. ist feinmotorisch geschickt, gelegentlich aber hektisch und ungeduldig. Beim Essen und Trinken muss gelegentlich auf eine saubere Nahrungsaufnahme geachtet werden. Auf dem Gelände der Einrichtung sowie den Räumen des FuB und der Wohngruppe kann sich Herr H. gut orientieren, findet und kennt die Wege. Er läuft gut zu Fuß und kann auch weitere Strecken bewältigen.

Herr H. kann verschiedene grob- und feinmotorische Aufgaben ausführen.

Was ich nicht so gut oder gar nicht kann.

Herr H. ist motorisch unruhig und läuft in der Gruppe und bei der Arbeit oft hin und her.

Herr H. kann öffentliche Verkehrsmittel nicht selbständig nutzen. Im öffentlichen Straßenverkehr fehlt ihm ein Gefahrenbewusstsein. In unbekanntem Gelände fehlt ihm die Orientierung.

Erläuterungen

Name, Vorname H. (Name und Alter geändert), Klaus Aktenzeichen

1.5 Selbstversorgung – d510 bis d570

Hier geht es zum Beispiel darum, ob man sich waschen, seine Kleidung an- und ausziehen, Zähne putzen und die Toilette benutzen kann. Außerdem geht es darum, ob man essen und trinken und auf die eigene Gesundheit achten kann.

Was ich gut oder ohne große Probleme kann.

Herr H. ist bei der täglichen Körperpflege recht selbständig, benötigt aber meist Begleitung und Aufforderung durch Mitarbeitende der Wohngruppe. Die Toilette sucht Herr H. selbständig nach Bedarf auf. In unbekannter Umgebung gebärdet er sein Bedürfnis. Beim An- und Auskleiden benötigt Herr H. keine Hilfestellung, er beherrscht alle Verschlüsse. Herr H. kann mit Besteck und Geschirr sachgerecht umgehen.

Was ich nicht so gut oder gar nicht kann.

Einzelne Aufgaben (Nägelscheiden, Zahnpflege) werden stellvertretend übernommen bzw. aufgrund mangelnder Gründlichkeit nach der selbständigen Durchführung noch einmal wiederholt. Herr H. benötigt zudem Unterstützung bei der Dosierung von Hygienemitteln. Bei der Auswahl witterungsgerechter Kleidung braucht er Unterstützung. Um die Selbständigkeit in diesem Bereich zu fördern und Sicherheit zu vermitteln, werden die aktuellen Wetterverhältnisse und die damit verbundene Wahl der Kleidungsstücke im Vorfeld mit Herrn H. besprochen und mithilfe von Bildkarten festgehalten.

Herr H. benötigt Begleitung zu Arztterminen und bei der Einnahme von Medikamenten.

Erläuterungen

Herr H. ist dauerhaft auf umfassende Anleitung bzw. Übernahme bei der Selbstversorgung angewiesen.

Gesundheitliche Themen konnten bisher gut ambulant geklärt werden. Sollte es zu einer Einweisung in ein Krankenhaus kommen, ist Herr H. auf Begleitung angewiesen.

Name, Vorname H. (Name und Alter geändert), Klaus Aktenzeichen

1.6 Häusliches Leben – d610 bis d669

Hier geht es zum Beispiel darum, ob man sich selbst eine Wohnung suchen kann, ob man Sachen des täglichen Bedarfs – zum Beispiel Kleidung – selbst einkaufen und nach Hause bringen kann. Weiter geht es darum, ob man sich selbst das Essen zubereiten und den Haushalt erledigen kann, wie zum Beispiel Wäsche waschen und Wohnung putzen. Außerdem geht es auch darum, ob man anderen Haushaltmitgliedern helfen und sie unterstützen kann.

Was ich gut oder ohne große Probleme kann.

Herr H. hilft beim wöchentlichen Einkauf für die Gruppe mit. Er kann nach Aufforderung beim Ein- und Ausräumen der Waren in den Einkaufswagen mithelfen, den Einkaufswagen schieben und anschließend zurückbringen. Sein großes Interesse an elektrischen Geräten oder Spielzeugen sowie eine durch den Autismus bedingte andersartige Auffassung von sozialen Umgangsformen und Regeln machen dabei eine ständige Begleitung und Aufsicht durch Mitarbeitende nötig, da Herr H. dazu neigt, Verpackungen aufzureisen und sich das zu nehmen, was er gerne hätte. Herr H. wird in hauswirtschaftliche Aufgaben regelmäßig miteinbezogen (Spülmaschine ausräumen, Blumen gießen, Betten beziehen, Tisch abräumen, Wäsche waschen etc.) Er kommt den Aufforderungen nach, braucht aber häufig Unterstützung bei der Durchführung.

Herr Henrich geht gerne mit einkaufen, kann jedoch keine finanziellen Transaktionen durchführen.

Was ich nicht so gut oder gar nicht kann.

Herr H. ist in allen Bereichen auf Unterstützung angewiesen. Er benötigt immer einen Impuls von außen, um aktiv zu werden. Er ist nicht in der Lage einen Haushalt selbstständig zu führen.

Erläuterungen

1.7 Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen – d710 bis d779

Hier geht es um die Beziehungen des Menschen mit Behinderung zu anderen Menschen, wie zum Beispiel in der Familie, im Freundeskreis, in der Partnerschaft, in der Nachbarschaft, am Arbeitsplatz oder mit Fremden. Weiter geht es darum, wie man Beziehungen eingeht und aufrechterhält, Nähe herstellt oder Abstand wahrt, sich angemessen verhält, mit Kritik umgeht und darauf reagiert oder sich an Regeln hält.

Was ich gut oder ohne große Probleme kann.

Kennt Herr H. eine Betreuungsperson länger und vertraut ihr, kann er auch mal Körperkontakt zulassen. Er selber nimmt kaum Kontakt zu anderen Personen auf s.u..

Was ich nicht so gut oder gar nicht kann.

Der Umgang mit anderen Personen ist bei Herrn H. stark durch seine Störung im Autismusspektrum geprägt. Die Kontaktaufnahme erscheint oft zweckgebunden und nicht durch Freude am sozialen Miteinander motiviert. Dennoch nimmt Herr H. immer wieder Kontakt zu Betreuungspersonen auf, indem er sie beispielsweise dazu auffordert, technische /blinkende Geräte zu betätigen oder indem er sich in ihrer Nähe aufhält.

Die Wohngemeinschaft ist für Herrn H. eine Zweckgemeinschaft. Es bestehen keine wahrnehmbaren Beziehungen, obwohl er manche Mitbewohner schon seit Einzug kennt.

Herr H. zeigt seit seiner Kindheit autoaggressives Verhalten. Er schlägt sich z.B. mit der flachen Hand ins Gesicht. Es bestehen fremdaggressive Verhaltensweisen und Verhaltensweisen, die die Grenzen anderer Personen übertreten.

Erläuterungen

Name, Vorname H. (Name und Alter geändert), Klaus Aktenzeichen

1.8 Bedeutende Lebensbereiche – d810 bis d879

Hier geht es darum, in welchem Umfang man sich in der Schule oder in einer Ausbildung beteiligen, Arbeit suchen und behalten und bezahlte oder unbezahlte Tätigkeiten ausüben und seine finanziellen Angelegenheiten regeln kann.

Was ich gut oder ohne große Probleme kann.

Das Leben auf der Wohngruppe stellt neben dem FuB den zentralen Lebensbereich von Herrn H. dar. Im Bereich der Tagesstruktur wünscht sich Herr H. sinnvolle und fordernde Beschäftigungsmöglichkeiten, welche seinen Fähigkeiten entsprechen.

Durch den wiederkehrenden Ablauf im FuB erhält Herr H. viel Sicherheit. Der Tagesablauf wird zusätzlich mit Hilfe von Symbolen visualisiert. Im FuB zeigt er gegenüber den meisten Bewohnern kein Interesse, eher eine gewisse Vorsicht. Er kann zwischen verschiedenen Tätigkeiten wählen und ablehnen.

Was ich nicht so gut oder gar nicht kann.

Geld hat für Herrn H. keine Bedeutung. Finanzielle und sozialrechtliche Belange regelt die rechtliche Betreuerin für ihn.

Erläuterungen

Herr H. hat eine rechtliche Betreuung für die Bereiche Gesundheit, Wohnungsangelegenheiten, Vermögenssorge, Aufenthaltsbestimmung, Postangelegenheiten.

Name, Vorname H. (Name und Alter geändert), Klaus Aktenzeichen

1.9 Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben – d910 bis d950

Hier geht es darum, ob man zum Beispiel im Verein aktiv sein kann, sich an Spielen beteiligen, Sport machen oder ins Kino gehen, Hobbys nachgehen oder sich mit Freunden treffen kann. Weiter geht es darum, ob man an religiösen oder spirituellen Aktivitäten teilnehmen und sich am sozialen und politischen Leben beteiligen und an Wahlen teilnehmen kann.

Was ich gut oder ohne große Probleme kann.

Herr H. bekommt die Möglichkeit, an internen und externen Angeboten und Veranstaltungen teil zu nehmen. Innerhalb der Wohngruppe und im FuB werden regelmäßig Ausflüge in die nähere Umgebung, Spaziergänge und Einkehr angeboten. Bei der Auswahl der Angebote werden spezifische Interessen und mögliche Anforderungen sowie die jeweilige Tagesform und Bereitschaft der Teilnahme berücksichtigt.

Was ich nicht so gut oder gar nicht kann.

Herr H. kann sich nicht selbständig außerhalb des Wohnsettings fortbewegen. Bei Ausflügen, Besuch von Veranstaltungen etc. benötigt er enge Begleitung.

Erläuterungen

Name, Vorname H. (Name und Alter geändert), Klaus Aktenzeichen

2 Umweltfaktoren

Die Umweltfaktoren bilden zusammen mit den personbezogenen Faktoren die Kontextfaktoren. Unter den Umweltfaktoren werden die Förderfaktoren und Barrieren in der unmittelbaren Umwelt aus der Sicht des Menschen mit Behinderung beschrieben. Sie bilden den Rahmen, in dem die Beeinträchtigungen der Körperfunktion und von Beeinträchtigungen in den neun Lebensbereichen wirksam werden oder nicht. Sofern die Sichtweise anderer Personen dokumentiert wird, bitte Kürzel voranstellen.

2.1 Produkte und Technologien – e110 bis e165

Hier geht es um Produkte des täglichen Gebrauchs in der unmittelbaren Umwelt des Menschen mit Behinderung. Es geht zum Beispiel darum, ob Produkte und Technologien zur Mobilität, zur Kommunikation, für Bildung, Ausbildung und Erwerbstätigkeit, Kultur, Freizeit und Sport sowie Religion vorhanden sind. Außerdem geht es um die barrierefreie technische Ausstattung von öffentlichen und privaten Gebäuden (zum Beispiel mit Aufzügen und elektrischen Türöffnern) sowie von Flächen im Freien (zum Beispiel mit Bordsteinabsenkungen, Rampen und Straßenbeleuchtung).

Was mir schon jetzt hilft, so zu leben, wie ich will.

Wohnumfeld der Einrichtung mit mehreren Gebäuden und vielen Freiflächen, ländlich gelegen

I Pad (e125), weitere Methoden der Unterstützten Kommunikation

Brettspiele und sonstige Spielsachen (e140)

Was fehlt oder mich hindert, so zu leben, wie ich will.

Erläuterungen

Name, Vorname H. (Name und Alter geändert), Klaus Aktenzeichen

2.2 Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt – e210 bis e260

Hier geht es zum Beispiel um Geographie, Bevölkerung, Pflanzen und Tiere, Klima, Licht, Laute und Geräusche und Luftqualität in der unmittelbaren Umwelt des Menschen mit Behinderung.

Was mir schon jetzt hilft, so zu leben, wie ich will.

Wohnen in einer Einrichtung mit der entsprechenden Ausstattung, reizarme Gestaltung

Was fehlt oder mich hindert, so zu leben, wie ich will.

Erläuterungen

Name, Vorname H. (Name und Alter geändert), Klaus Aktenzeichen

2.3 Unterstützung und Beziehungen – e310 bis e360

Hier geht es darum, welche Personen in der unmittelbaren Umwelt des Menschen mit Behinderung praktische oder emotionale Unterstützung und Fürsorge geben und für Schutz sorgen. Dazu zählen auch Personen, die bei Beziehungen mit anderen Menschen unterstützen – wie zum Beispiel bei Beziehungen mit Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern, am Arbeitsplatz oder in der Schule. Es geht hier nicht um die Einstellungen der Menschen, die die Unterstützung leisten, sondern um das Ausmaß der Unterstützung. Haustiere, die Unterstützung geben, sind hier mitgemeint.

Was mir schon jetzt hilft, so zu leben, wie ich will.

Mitarbeiter der Einrichtung (e340, e355),
rechtliche Betreuung

Was fehlt oder mich hindert, so zu leben, wie ich will.

Herrn H. wünscht sich die Aufmerksamkeit der Mitarbeiter für sich (e325)

Erläuterungen

Name, Vorname H. (Name und Alter geändert), Klaus Aktenzeichen

2.4 Einstellungen – e410 bis e465

Hier geht es um die Einstellungen von Personen in der unmittelbaren Umwelt des Menschen mit Behinderung, nicht um die Einstellungen des Menschen mit Behinderung selbst. Das können Personen aus der Familie, dem Freundes- und Bekanntenkreis, der Nachbarschaft, am Arbeitsplatz, der persönlichen Assistenz, Fremde oder Fachleute aus Gesundheitsberufen sein. Deren Einstellungen können den Menschen mit Behinderung motivieren oder hindern. Gemeint sind auch gesellschaftliche Einstellungen und Weltanschauungen.

Was mir schon jetzt hilft, so zu leben, wie ich will.

Die Mitarbeiter der Einrichtung

Fachbereiche der Einrichtung

Fachärzte

Was fehlt oder mich hindert, so zu leben, wie ich will.

Erläuterungen

Name, Vorname H. (Name und Alter geändert), Klaus Aktenzeichen

2.5 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze – e510 bis e595

Dienste tragen dazu bei, die Bedürfnisse der Menschen, auch der mit Behinderung, zu decken. Mit Systemen sind Regierungen, öffentliche und andere anerkannte Stellen gemeint, die die Dienste und die Unterstützung organisieren, kontrollieren und steuern. Mit Handlungsgrundsätzen sind zum Beispiel Gesetze sowie Regeln, Vorschriften und Standards dieser Stellen gemeint.

Hier geht es zum Beispiel um Schulen, Arbeitgeber, Unternehmen des öffentlichen Nahverkehrs, Wohnungsunternehmen, Energieversorger, Telefonanbieter, Feuerwehr und Polizei, Vereine, Zeitungsverlage und Fernsehsender, soziale Sicherungs- und Unterstützungssysteme, das Gesundheitswesen, das Bildungs- und Ausbildungswesen, das Arbeits- und Beschäftigungswesen und die Politik.

Was mir schon jetzt hilft, so zu leben, wie ich will.

Dienste des Kommunikationswesens (e535),

Dienste der Rechtspflege (e550),

Dienste des Gesundheitswesens (e580),

FuB (e590)

Was fehlt oder mich hindert, so zu leben, wie ich will.

Erläuterungen

Name, Vorname H. (Name und Alter geändert), Klaus Aktenzeichen

3 Personenbezogene Faktoren

Hier werden personenbezogene Faktoren im Sinne der ICF abgebildet. Dazu gehören zum Beispiel ein besonderer Lebenshintergrund eines Menschen mit Behinderung, besondere Vorlieben, soziokulturelle Hintergründe, Familienkonstellation, bedeutsame Lebensereignisse, Besonderheiten oder Eigenschaften der Person.

Was weiter wichtig ist, um mich oder meine Situation zu verstehen.

Herr H. lebt seit über 25 Jahren in der Einrichtung Haus XY. Hier wohnt er durchgängig in der intensiv betreuten Wohngruppe A. Grundsätzlich ist fest zu stellen, dass die Gruppe A das zu Hause von Herrn H. ist. Für Herrn H. sind Veränderungen sehr belastend. Das vertraute Umfeld ist ihm zu erhalten. Aus allen vorliegenden Berichten und Gesprächen geht hervor, dass Herr H. dauerhaft auf umfassende Unterstützung angewiesen ist. Dies ergibt auch die Bedarfsermittlung. Herr H. ist 50 Jahre alt und wird in seinem Verhalten und seinen Bedarfen durchgängig vergleichbar beschrieben. Große Veränderungen sind auch in Zukunft nicht zu erwarten. Da Herr H. in allen Bereichen des Lebens intensiver Unterstützung und Anleitung bedarf wird LIBW (Langfristig intensiv betreutes Wohnen) gewährt. Dies entspricht dem Bedarf von Herrn H.. Darin enthalten ist auch die Förderung in der Tagesstruktur Förder- und Betreuungsbereich, die sich auf dem Gelände befindet. Zur Kommunikation nutzt Herr H. Methoden der Unterstützten Kommunikation (UK). Hier erhält er auch Einzelförderung und ist mit entsprechenden Hilfsmitteln ausgestattet.

Herr H. spricht in allen Lebensbereichen gut auf intensive Einzelsprache an. Dies ist in verschiedenen Bereichen zu beobachten. Solange er Impulse bekommt kann er eine gewisse Aktivität entwickeln. Ohne diese Impulse fällt die Aktivität in sich zusammen. Herr H. ist in allen Lebensbereichen auf intensive Unterstützung angewiesen.

4 Zusammenfassung der Beeinträchtigungen der Teilhabe

Teilhabe in den Lebensbereichen	Hier möchte ich mich einbringen, (mit-) machen und einbezogen sein.	Beeinträchtigungen der Teilhabe bestehen bei ... (bitte in kurzen Stichworten erläutern)
1. Lernen und Wissensanwendung	<input checked="" type="checkbox"/>	d170, d155, d175
2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	<input checked="" type="checkbox"/>	d220, d230, d240
3. Kommunikation	<input type="checkbox"/>	d310, d330, d346, d 350, d355, d360
4. Mobilität	<input type="checkbox"/>	d 460, d470, d475
5. Selbstversorgung	<input checked="" type="checkbox"/>	d510 - d570
6. Häusliches Leben	<input type="checkbox"/>	d620- d630
7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	<input type="checkbox"/>	d710, d720, d730, d740, d750
8. Bedeutende Lebensbereiche	<input checked="" type="checkbox"/>	d860, d865
9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	<input type="checkbox"/>	d910, d920, d930, d950



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

BEI_BW

Erwachsene

**Bogen D
Ergebnisbogen**

Die Ziele mit den voraussichtlichen Hilfen, die in diesem Bogen beschrieben werden, sind das Ergebnis des Gesprächs, das ein Menschen mit Behinderung mit dem Träger der Eingliederungshilfe führt. Die Sichtweise des Menschen mit Behinderung muss – besonders bei abweichenden Auffassungen – als solche erkennbar bleiben. Der Blick soll zukunftsgerichtet sein, zum Beispiel in Hinblick auf die Wohn- und Lebensform, die der Mensch mit Behinderung anstrebt. Sofern die Sichtweise anderer Personen dokumentiert wird, bitte Kürzel voranstellen.

Name, Vorname H. (Name und Alter geändert), Klaus Aktenzeichen

1 Meine Ziele

Lebensbereiche	Ziel Nr.	Im Hinblick auf die Ziele zu erreichende Zustände
1 Lernen und Wissensanwendung	1.1	d 155 sich Fertigkeiten aneignen
	1.2	Hr. H. möchte im FuB abwechselnde Tätigkeiten erlernen
	1.3	
2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	2.1	d 230 die tägliche Routine durchführen
	2.2	Erhalt der Tagesstruktur, des Umfeldes
	2.3	
3 Kommunikation	3.1	d360 Kommunikationsgeräte und -techniken benutzen
	3.2	Nutzen verschiedener Methoden der UK
	3.3	
4 Mobilität	4.1	
	4.2	
	4.3	
5 Selbstversorgung	5.1	d 510-570
	5.2	Erhalt der Fähigkeiten bei der Körperhygiene, ansonsten Unterstützung
	5.3	
6 Häusliches Leben	6.1	d 620-630
	6.2	Erhalt und Ausbau der einfachen Hilfestellungen im Alltag
	6.3	
7 Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	7.1	
	7.2	
	7.3	
8 Bedeutende Lebensbereiche	8.1	
	8.2	
	8.3	
9 Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	9.1	d910 Gemeinschaftsleben
	9.2	Hr. H. nimmt an Veranstaltungen und Ausflügen teil
	9.3	

Name, Vorname H. (Name und Alter geändert), Klaus Aktenzeichen

2 Meine Bedarfe

2.1 Ausreichende, geeignete und erforderliche sächliche oder technische Hilfen zur Erreichung der Ziele – einschließlich Hilfsmittel

Ziel Nr.	
3	I Pad für Unterstützte Kommunikation
	Fachkraft für Unterstützte Kommunikation

2.2 Ausreichende, geeignete und erforderliche personelle Hilfen zur Erreichung der Ziele

Ziel Nr.	Die zeitliche Lage der personellen Hilfen – zum Beispiel während der Woche, am Wochenende, tagsüber oder nachts – wird nach Art (Qualität) und Umfang (Quantität) beschrieben. Dabei wird neben der benötigten Dauer der Unterstützung auch die vom Menschen mit Behinderung gewünschte (Teilhabe) Häufigkeit erfasst.
	in allen Bereichen die Mitarbeiter der intensiven Wohngruppe
	im Bereich FuB Förderung in den Bereichen Lernen und Wissensanwendung, bedeutende Lebensbereiche, Beziehungen und Gemeinschaftsleben
	Fachkraft UK
	Fachdienste der Einrichtung
	Fachärzte im Umkreis

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift leistungsberechtigte Person oder rechtliche Vertretung

Unterschrift Träger der Eingliederungshilfe

Fallmanager/in: XY
Telefon: 0721 936-70xxx
Aktenzeichen: 32.1732 – 7xxxx

Gesamt- und Teilhabeplan – Zusammenfassung des festgestellten Teilhabebedarfs und Teilhabeziele

Name:

Klaus H. (alle Namen geändert)

Datum des Gesprächs:

xx.xx.xxxx

Teilnehmer des Gesprächs (Name, ggf. Funktion):

Herr H., von der Einrichtung Herr K., Frau K., Frau W.,
von der EGH Landkreis KA: Frau J.

Gesprächsrahmen:

Vor Ort, Haus XY

1. Zusammenfassung der Feststellungen zum Teilhabebedarf

Herr H. lebt seit über 25 Jahren in der Einrichtung Haus XY. Hier wohnt er durchgängig in der intensiv betreuten Wohngruppe A. Grundsätzlich ist fest zu stellen, dass die Gruppe A das zu Hause von Herrn H. ist. Für Herrn H. sind Veränderungen sehr belastend. Das vertraute Umfeld ist ihm zu erhalten. Aus allen vorliegenden Berichten und Gesprächen geht hervor, dass Herr H. dauerhaft auf umfassende Unterstützung angewiesen ist. Dies ergibt auch die Bedarfsermittlung. Herr H. ist 50 Jahre alt und wird in seinem Verhalten und seinen Bedarfen durchgängig vergleichbar beschrieben. Große Veränderungen sind auch in Zukunft nicht zu erwarten. Da Herr H. in allen Bereichen des Lebens intensiver Unterstützung und Anleitung bedarf wird seit xx.xx.xxxx LIBW gewährt. Dies entspricht dem Bedarf von Herrn H.. Darin enthalten ist auch die Förderung in der Tagesstruktur Förder- und Betreuungsbereich, die sich auf dem Gelände befindet. Zur Kommunikation nutzt Herr H. Methoden der Unterstützten Kommunikation (UK). Hier erhält er auch Einzelförderung und ist mit entsprechenden Hilfsmitteln ausgestattet.

2. Teilhabeziele

Grundsatzziele/ Wünsche der leistungsberechtigten Person	Ergebnisziele: Was soll bis wann konkret erreicht werden? (Kurzfristige Ziele, inklusive Indikatoren der Zielerreichung, SMART formuliert)	Angemessene, geeignete und erforderliche Maßnahmen zur Erreichung der Ziele unter Berücksichtigung der verfügbaren und aktivierbaren Selbsthilferessourcen der leistungsberechtigten Person <i>ggf. zeitliche Lage/Tageszeit</i> <i>(z.B.am Wochenende,</i> <i>tagsüber)</i> <i>bitte hier benennen</i>	Wer erbringt die Maßnahme ggf. Leistung und ist für die Ergebnisziele verantwortlich? (z.B. leistungsberechtigte Person, Personen aus dem sozialen Umfeld, niederschwellige Angebote, Fachdienst, Dienstleister, etc.)
Erhalt der intensiven Wohnform und der Tagesstruktur	Herr H. lebt in der Gruppe A und besucht den FuB	fortlaufend	Herr H., Mitarbeiter vor Ort
Lebenslanges lernen	Herr H. lernt in der Wohngruppe und FuB neue Tätigkeiten	fortlaufend	Herr H., Mitarbeiter vor Ort
Selbstversorgung, häusliches Leben	Herr H. erhält Begleitung bei Arztterminen und wird begleitet, sollte es zu einem Krankenhausaufenthalt kommen, Unterstützung in allen Bereichen der Selbstversorgung und des häuslichen Lebens	Bei Bedarf	Herr H., Mitarbeiter vor Ort
Kommunikation	Herr H. nutzt viele Kanäle und Methoden der unterstützten Kommunikation.	Einsatz von Bildkarten, Wochenplänen, Symbolen etc., Einsatz von I Pad, Einzelförderung	Herr H., Mitarbeiter vor Ort, Fachkraft UK

Die Leistungen können grundsätzlich auch in Form eines persönlichen Budgets/ pauschaler Geldleistung in Anspruch genommen werden.

Einverständnis der Beteiligten zu den Teilhabezielen:

Vorgenannte Ziele wurden verbindlich vereinbart und dienen als Arbeitsgrundlage. Wenn innerhalb von drei Wochen nach der Zustellung des Gesamtplans keine Änderungswünsche zum vorliegenden Gesamtplan durch die Beteiligten mitgeteilt werden, gilt dieser als angenommen.

Ort, Datum

Unterschrift Träger der Eingliederungshilfe