



**Gesamtplan** ☐

oder

**Gesamt- und Teilhabeplan** ☐

nach §§ 144 SGB XII / § 19 SGB IX

**Q. P.**

Name, Vorname

**01.01.1965**

geboren am

**Husum**

Adresse

**25.02.2020**

Datum

Aktenzeichen

**05.01.2020**

Antragseingang

**B.**

Plan erstellt von

rechtliche Betreuung	R. S.
Mitarbeitende der LE Fallkoordinator	X. Y.
Mitarbeitende der LE Bezugsbetreuende	W. Z.
Reha-Träger	
Andere Kostenträger	Pflegekasse
Angehörige	Mutter, Bruder
Sachbearbeitung EGH- E/GruSi	C. D./ E. F.
Hilfeplanung EGH-E	B.
Sonstiges	

**1. Das wollen Sie verändern und/oder erhalten: („Ich will...“)**

<b>Ich will...</b>	<b>Lebensbereich(e)</b>	<b>Zuständige Kostenträger</b>
Ich würde gern wieder ohne Rollator laufen	Mobilität, Häusliches Leben	KK
Ich will mich wieder selbst waschen, Haare waschen und anziehen	Häusliches Leben	EGH/PK
Ich will wieder meine Medikamente selbst nehmen	Häusliches Leben	KK/PK/EGH
Ich will meine Mutter und meinen Sohn öfter sehen und sprechen	Interpersonelle Aktion und Beziehungen	EGH
Ich will mit meiner Tochter wieder Kontakt aufnehmen, ich weiß nur nicht wie	Interpersonelle Aktion und Beziehungen	EGH

**2. Das sind Ihre Teilhabeziele: (Aus dem Willen heraus erarbeitete Ziele; Smart +3 formuliert)**

<b>Ziel</b>	<b>Lebensbereich(e)</b>	<b>Zuständige Kostenträger</b>
Bis Ende Juni 2020 habe ich mit Unterstützung einen Brief an meine Tochter geschrieben	Interpersonelle Aktion und Beziehungen	EGH
Bis Ende Juni habe ich meine Mutter und meinen Sohn mit Unterstützung 2x besucht	Interpersonelle Aktion und Beziehungen	EGH
Ich gehe ab Mai im Garten wieder ohne Rollator	Mobilität, Häusliches Leben	KK
Ab Mai 2020 wasche und ziehe ich mich wieder selbständig an, wasche meine Haare, meine Unterstützung erinnert mich daran	Häusliches Leben	EGH/PK
Ab April 2020 nehme ich meine Medikamente allein ein. Meine Unterstützung achtet darauf	Häusliches Leben	KK/EGH

3. Das sind Ihre Bedarfe:		
Bedarf	Lebensbereich(e)	Zuständige Kostenträger
Rollatortraining und Sturzprophylaxe	Mobilität	KK (über Physiotherapie)
Qualifizierte Assistenz zur Anleitung Waschen, Haare waschen, Anziehen	Häusliches Leben	EGH/PK
Qualifizierte Assistenz zur Trauerbewältigung und Aktivierung	Häusliches Leben, Mobilität, Interpersonelle Aktion und Beziehungen	EGH
Einfache Assistenz zur Bewältigung der täglichen Verrichtungen	s. o.	EGH
Qualifizierte Assistenz zur Einnahme der Medikamente	Häusliches Leben	EGH/KK

4. So sehen Ihre Hilfen aus: (Bitte alle Kostenträger und einbezogenen Ressourcen aufführen)		
Die Hilfe wird geleistet von:	Art der Hilfe	Bewilligungszeitraum/Termin Standortbestimmung:
EGH Fachleistung	Qualifizierte Assistenz	2 Jahre, Stob nach 1 Jahr
EGH Fachleistung	Einfache Assistenz	2 Jahre, Stob nach 1 Jahr
KK	Verordnung für Physiotherapie zum Mobilitäts- und Sturztraining, Medikamentengabe	Dauer der Verordnung
Existenzsichernde Leistungen	Grundsicherung für Miete in der Besonderen Wohnform	1 Jahr
PK	Haare waschen	2 Jahre, Stob nach einem Jahr

**5. Diese Hilfen sind durch die Eingliederungshilfe geplant.**

- Qualifizierte Assistenzleistungen (§ 78 SGB IX)

Für diese Ziele: 1/2/4/5

Die Hilfe hat diesen Umfang: Besondere Wohnform mit Tagesstruktur, 24/7

Die Hilfe beginnt voraussichtlich am 02.03.2020 und ist befristet bis zum/endet am: 01.03.2022

**1. Diese Hilfen erhalten Sie:**

- ☐ als Angebot durch
- ☐ durch eine anerkannte Werkstatt (§ 58 SGB IX)
- ☐ durch einen anderen Leistungsanbieter (§ 60 SGB IX)

1. EGH-Leistung:  
Für diese Ziele:

Die Hilfe hat diesen Umfang:

2. EGH-Leistung:  
Für diese Ziele:

Die Hilfe hat diesen Umfang:

3. EGH-Leistung:  
Für diese Ziele:

Die Hilfe hat diesen Umfang:

Diese Hilfen beginnen voraussichtlich am \_\_\_\_\_ und ist befristet bis zum/endet am: \_\_\_\_\_

- EGH-Leistung:  
Für diese Ziele:

Die Hilfe erfolgt in Form eines persönlichen Budgets.

Hinweise für die Bemessung:

Weitere Regelungen stehen in der Zielvereinbarung zum persönlichen Budget.

- EGH-Leistung:  
Für diese Ziele:

Die Hilfe wird an mehrere Leistungsberechtigte gemeinsam erbracht.

Die Hilfe hat diesen Umfang:

Die Hilfe beginnt am \_\_\_\_\_ und ist befristet bis zum/endet am: \_\_\_\_\_.

- EGH-Leistung:  
Für diese Ziele:

Die Hilfe erfolgt in Form einer Pauschalen Geldleistung.

Die pauschale Geldleistung beginnt am \_\_\_\_\_ und ist befristet bis zum/endet am: \_\_\_\_\_.

Dieser Gesamtplan/Gesamt- und Teilhabeplan ist Teil des Bedarfsermittlungsverfahrens. Eine Bewilligung erfolgt vorbehaltlich rechtlicher Prüfung.

#### 4. Diese Hilfen sind durch andere geplant.

1.

Die Hilfe hat einen Umfang von: .

Die Hilfe beginnt voraussichtlich am: und ist befristet bis zum/endet am: .

Physiotherapie, Medikamentengabe durch KK, Haare waschen durch PK

Medikamentenstellung über Besondere Wohnform/KK

#### 5. Diese Stellen werden die Hilfe erbringen.

- Qualifizierte Assistenzleistungen (§ 78 SGB IX)

Weitere Leistungen:

Leistungserbringer: Besonderes Wohnen NF

☐ So können Sie die Stelle erreichen:

☐ Eine Rückmeldung der Stellen gibt es bis zum

☐ Über das Ergebnis werden Sie uns informieren bis zum

#### 6. Diese Absprachen gibt es, damit Ihre Hilfen gut zusammen passen.

HP und Betreuung sprechen sich eng zum Thema Trauerbegleitung ab, die im März 2020 beginnt

Monatliche Rücksprache zwischen Betreuung und HP, ob Frau Q. ihre Antriebslosigkeit überwindet, ggf. weitere Absprachen dazu tätigen

#### 7. Das haben wir auch besprochen (Sonstiges/Bemerkungen)

Absprachen zwischen PK/KK und EGH wg. Durchführung des Mobilitätstrainings und der Sturzprophylaxe, der Medikamentengabe, des Haare waschen

**8. Dieses Geld haben Sie in besonderen Wohnformen zur freien Verfügung**

<input type="checkbox"/>	Sie wohnen in einer besonderen Wohnform. Dieses Geld haben Sie zur freien Verfügung. Dies ist das Ergebnis der Beratung über das Geld, was Sie zum Leben und Wohnen einsetzen (existenzsichernde Leistungen, § 121 Abs. 6 SGB IX).
<input type="checkbox"/>	Sie wohnen nicht in einer besonderen Wohnform.
<input type="checkbox"/>	

**9. Das sagen die beteiligten Stellen.****Reha-Träger:**

-	-
-	-
Ergebnis der gutachterlichen Stellungnahme der Bundesagentur für Arbeit:	

**Leistungsträger:**

KK - 02.03.2020 - übernimmt Kosten der Verordnung ohne Pausen zwischen den Verordnungen	
-	-

**Öffentliche Stellen:**

XX - 03.03.2020 - Frau Q. kann an der Gruppe Trauerbewältigung teilnehmen	
-	-

## 10. Weitere Infos zur Bedarfsermittlung.

### **Konferenz:**

- ☐ Eine Gesamtplan-Konferenz fand nicht statt.
- ☐ Eine Gesamt- und Teilhabeplan-Konferenz fand nicht statt.
- ☐ Eine Gesamtplan-Konferenz fand statt. Datum und Teilnehmende:
- ☐ Eine Gesamt- und Teilhabeplan-Konferenz fand statt. Datum und Teilnehmende:

### **Ergebnis der Zuständigkeits-Klärung:**

NF ist zuständig

### **Eingesetzte Verfahren und berücksichtigte Unterlagen:**

- ☐ Bedarfsermittlungsverfahren der Eingliederungshilfe in Schleswig-Holstein
- ☐ Verfahren von anderen Reha-Trägern:
- ☒ berücksichtigte relevante Unterlagen: Stellungnahme des GA zu Diagnosen

### **Erkenntnisse aus sozial-medizinischen Gutachten/ Stellungnahmen:**

Diagnosen nach ICD:

Empfohlene medizinische und  
therapeutische Maßnahmen:

---

Datum/ Unterschrift der Fachkraft



## Teilzielvereinbarung

**Meine Ziele**

Datum: 25.02.2020

Q. P.

Name, Vorname

01.01.1965

Geb.

### **Richtungsziel für die nächsten 12 Monate:**

Ich habe wieder Kontakt zu meiner Familie und versorge mich wieder selbst

#### **Meine Ziele**

##### **Was will ich erreichen?**

Is Ende Juni 2020 habe ich mit Unterstützung einen Brief an meine Tochter geschrieben

Bis Ende Juni habe ich meine Mutter und meinen Sohn 2 x angerufen und ggf.

Ich gehe ab Mai 2020 im Garten ohne Rollator spazieren

Ab Mai 2020 wasche ich mich und ziehe mich wieder selbständig an, wasche meine Haare meine Unterstützung erinnert mich daran

Ab April 2020 nehme ich meine Medikamente allein ein. Meine Unterstützung achtet darauf

##### **Was will ich dafür tun? Wer oder was kann mich unterstützen?**

Ich schreibe einen Brief, meine Betreuung erinnert mich daran, sucht mir die Adresse raus, ich schicke ihn ab

Ich rufe meine Mutter und meinen Sohn an und frage, ob und wann ich sie besuchen kann. Meine Betreuung unterstützt mich dabei. Ich fahre dann zu ihnen. Das mache ich 2 Mal.

Ich übe dafür täglich im Haus oder im Garten allein und/oder mit Unterstützung (über KK, Physiotherapie/EGH)

Ich stehe wieder allein auf, gehe ins Bad, wasche mich und ziehe mich an. Die Sachen lege ich mir am Abend vorher raus. Meine Betreuung unterstützt mich dabei, die PK unterstützt auch

Ich erhalten meine Medikamente morgens und abends von der Betreuung. Ich nehme sie dann allein nach dem Essen ein. Meine Betreuung erinnert mich daran/KK.

--	--

**Schwerpunkt der Arbeit zur Bedarfsdeckung für die nächsten 12 Monate:**  
 Gruppen- und Gesprächsangebote zur Trauerbewältigung, damit Frau Q. wieder Antrieb und Lebenslust bekommt, Begleitung bei der Kontaktaufnahme zu ihrer Familie

Festgestellte/r Bedarf/e aus Sicht der Fachkräfte bzw. Hilfeplanung – sofern die Antragsstellende Person nicht in der Lage ist, einen eigenen Willen und daraus ableitend Ziele zu benennen -	Wer kann mich unterstützen? Was wäre hilfreich?
Begleitung in der Trauerarbeit	Trauergruppe, Facharzt, Therapeut, Betreuung, Familie
Begleitung bei Kontaktaufnahme zur Familie	s. o.
Begleitung bei Kontaktaufnahme zu anderen Menschen in der Besonderen Wohnform	s. o.
Ressourcencheck	Betreuung
Embodiment	Betreuung

## Vereinbarungen

Wer?	Macht was? / Mit wem?	Wie oft? / Wie lange?/Bis wann?
Betreuung	Begleitet Frau Q. bei der Erreichung ihrer Ziele	Regelmäßig, gemäß GP
Familie	Unterstützt Frau Q. dabei, wieder neuen Lebensmut zu finden	Regelmäßig nach Kontaktaufnahme
Besondere Wohnform	Stellt Unterhalt und Lebensgrundlage sicher	Für die Dauer der Bewilligung

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Leistungsberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Fachkraft