

# Gesamtplan § 58 SGB XII

**Ersterstellung**

**Fortschreibung**

erstellt unter Beteiligung/Mitwirkung von

- Arzt (Krankenkasse)
- Pflegekasse
- Bundesagentur für Arbeit
- Jugendamt
- andere Sozialleistungsträger

## A) Sozialdaten

### 1. Grunddaten

Name	ggf. Geburtsname		
Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Geburtsdatum	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit <input type="checkbox"/> geschieden seit <input type="checkbox"/> verwitwet seit		
		Zahl der Kinder	Geburtsjahre der Kinder
Derzeitige Anschrift des Leistungsberechtigten: Straße: PLZ Ort Tel.-Nr.:			
<input type="checkbox"/> Bei dem jetzigen Wohnort handelt es sich um eine vollstationäre Maßnahme der Eingliederungshilfe Name der Einrichtung  Ansprechpartner in der Einrichtung: Name Telefon Email			
Letzte Anschrift vor Eintritt der Maßnahme: Straße: PLZ Ort:			
Staatsangehörigkeit	Aufenthaltsstatus welchen? <sup>1</sup>		
<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> Ausland EU <input type="checkbox"/> Ausland außerhalb EU	<input type="checkbox"/> unbefristet	<input type="checkbox"/> befristet ab	bis

### 2. Gesetzliche Vertreter

Elterliche Sorge/ Vormund  Gesetzliche Betreuung  Bevollmächtigte

Institution, Name	Vorname	
Straße	PLZ Ort	
Telefon	Telefax	Email
Betreuung befristet bis	für die Bereiche:	
<input type="checkbox"/> Vermögenssorge	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	<input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge
<input type="checkbox"/> Andere Bereiche	Einwilligungsvorbehalt ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

### 3. nächste Angehörige bzw. nächste Bezugsperson

Name:	Vorname:
Straße:	Telefon:
PLZ:	Ort:

### 4. Angaben zur Behinderung / Erkrankung

Primäre Behinderung / Erkrankung (nach Personengruppe)	sekundäre Behinderung / Erkrankung (nach Personengruppe)		
<input type="checkbox"/> körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/> körperliche Behinderung		
<input type="checkbox"/> geistige Behinderung	<input type="checkbox"/> geistige Behinderung		
<input type="checkbox"/> Sinnesbehinderung	<input type="checkbox"/> Sinnesbehinderung		
<input type="checkbox"/> seelische Behinderung	<input type="checkbox"/> seelische Behinderung		
Die Behinderung / Schädigung / Erkrankung geht zurück auf	<input type="checkbox"/> Beschäftigung als Zivildienstleistende/r		
<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Impfung		
<input type="checkbox"/> Gewalttat	<input type="checkbox"/> seit Geburt		
<input type="checkbox"/> Beschäftigung als Soldat/in	<input type="checkbox"/> Folge chronischer Krankheit		
	<input type="checkbox"/> Sonstiges		
Beschreibung der Behinderungen / Erkrankungen im täglichen Leben			
Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten, die mit der Behinderung/Erkrankung im Zusammenhang stehen (Nennen Sie bitte Namen der Klinik und Zeitraum der Behandlung)			
Klinikaufenthalt			
Unterbringungsbeschluss ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Unterlagen bei Gesundheitsamt/ Fachklinik		letzte amts-/fachärztliche Untersuchung am	
regelmäßige Medizinische Verordnungen			
<input type="checkbox"/> Medikamentengabe <input type="checkbox"/> mehrmals täglich <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> gelegentlich			
<input type="checkbox"/> Verbandwechsel			
<input type="checkbox"/> regelmäßige Arztbesuche			
ärztliche Verordnungen / sonstige Bewilligungen:			
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	beantragt <input type="checkbox"/>	abgelehnt <input type="checkbox"/>	abgeschlossen <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Soziotherapie	beantragt <input type="checkbox"/>	abgelehnt <input type="checkbox"/>	abgeschlossen <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Behandlungspflege / psy, Fachkrankenpflege	beantragt <input type="checkbox"/>	abgelehnt <input type="checkbox"/>	abgeschlossen <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RPK (Rehabilitation Psychisch Kr.)	beantragt <input type="checkbox"/>	abgelehnt <input type="checkbox"/>	abgeschlossen <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Grundpflege Hauswirtschaft Umfang	Kostenträger		
<input type="checkbox"/> Reha-Sport welcher	Kostenträger		
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel welche	Kostenträger		
<input type="checkbox"/> Gebärdensprachdolmetscher	Kostenträger		
<input type="checkbox"/> andere – welche	Kostenträger		
Schwerbehinderung nach Schwerbehindertenrecht		Merkmal im Schwerbehindertenausweis	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> GdB:	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> 1.KI <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> GI		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> B		

### 5. Angaben zum Pflegebedarf (nach SGB XI oder SGB XII)

<input type="checkbox"/> entfällt, weil kein Pflegebedarf
---

<input type="checkbox"/> Pflegebedürftigkeit ist festgestellt	Pflegestufe:
<input type="checkbox"/> Pflegesachleistungen	<input type="checkbox"/> Kombination
<input type="checkbox"/> Pflegegeld	<input type="checkbox"/> anderes
<input type="checkbox"/> gem. § 43 a SGB XI (pauschale Leistung bei Pflegebedürftigkeit in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe)	
<input type="checkbox"/> Pflegebedürftigkeit ist bisher nicht festgestellt, Antrag wird veranlasst	
<input type="checkbox"/> Pflegebedürftigkeit wurde abgelehnt	
Ein Gutachten des MDK liegt vor <input type="checkbox"/>	
wurde eingesehen <input type="checkbox"/>	
liegt nicht vor <input type="checkbox"/>	
Es sind zusätzliche Leistungen nach dem SGB XII erforderlich: ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Welche:	

## 6. Angaben zur Wohn- und Lebenssituation

### 6.1. Wohnsituation vor der Eingliederungshilfe:

#### Lebensgemeinschaft

- Alleinlebend
- zusammen mit
- Ehepartner/-in
  - Lebensgefährte/ -in
  - Mutter
  - Vater
  - Eltern
  - Kind/ern
  - Verwandten
  - Freunden
  - Anderen

#### Wohnsituation

- betreut       nicht betreut

- \_\_\_\_\_
- eigene Wohnung
  - Elterliche Wohnung
  - Wohngemeinschaft
  - Möbliertes Zimmer
  - Heim
  - Obdachlos
  - Pflegeheim
  - KJHG Einrichtung
  - Pflegefamilie (professionell)
  - Sonstiges (bitte angeben)

Jemals in eigener Wohnung – allein / mit anderen – gelebt?

- ja       nein

### 6.2. soziale Kontakte

Für den Leistungsberechtigten bestehen bedeutsame soziale Kontakte

- zu Angehörigen
- zu Freunden
- zu Kollegen
- zu Nachbarn, Mitbewohnern
- durch Vereins- oder Clubtätigkeit (auch Selbsthilfegruppen, Besuch von (Alten-) Begegnungsstätten)
- zu Religionsgemeinschaften
- Sonstige (bitte angeben)

### 6.3. Aktivierbare nichtprofessionelle Hilfen:

- keine Ressourcen
- geringe Ressourcen
- wesentlich entlastende Ressourcen

welche?

**7. Angaben zur Schul- und Berufsausbildung, Arbeits- / Beschäftigungs-/ Lernsituation:**

entfällt, weil  älter als 65;  Altersrente;  EU-Rente  anderes, nämlich:

**7.1. Ausbildungsstand / Berufserfahrungen**

	Art / Abschluss
Höchster allgemeinbild. Schulabschluss	
Erlerner Beruf	
Höchster Berufsbildungsabschluss	
Andere für eine Arbeitsaufnahme relevante Ausbildungen	
Bisherige Erwerbstätigkeiten (allg. Arbeitsmarkt)	

**7.2. aktuelle Tätigkeit**

Bezeichnung der Schule / WfbM / Tafö / Arbeitgeber		
Art und Umfang der Tätigkeit:		
<input type="checkbox"/> „normal“ Arbeitsverhältnis <input type="checkbox"/> Maßnahme der Berufsfindung <input type="checkbox"/> Maßnahme der Berufsvorbereitung <input type="checkbox"/> Maßnahme der Integration auf den ersten Arbeitsmarkt		
Kostenträger (wenn geförderter Arbeitsplatz)		
Anschrift: Straße		
PLZ Ort		
Telefon	Telefax	Email
Ansprechpartner / in		

**B) Lebensfeldbezogene Bedarfe und Ziele**

<b>1. Lebensfeld Wohnen / Selbstsorge/ Aktivitäten des täglichen Lebens</b>	
<b>Basisversorgung</b> (Körperpflege, Aufstehen, Anziehen, Toilette gehen, Ernährung)	
<input type="checkbox"/> kann selbst / entfällt <input type="checkbox"/> kann mit Hilfe <input type="checkbox"/> kann nicht	
Erläuterungen / Anmerkungen zu Fähigkeiten und Bedarf:	
<b>Ziele</b>	
<b>Alltägliche Lebensführung / Hauswirtschaft</b> (Einkaufen, Zubereitung von Mahlzeiten, Wäschepflege, Ordnung, Geld verwalten)	
<input type="checkbox"/> kann selbst/ entfällt <input type="checkbox"/> kann mit Hilfe <input type="checkbox"/> kann nicht	

Erläuterungen / Anmerkungen zu Fähigkeiten und Bedarf:
<b>Ziele:</b>
<b>Gesundheitsförderung und –erhaltung</b> (Ausführen ärztlicher Verordnungen, Arzttermine, gesundheitsfördernder Lebensstil)
<input type="checkbox"/> kann selbst/ entfällt <input type="checkbox"/> kann mit Hilfe <input type="checkbox"/> kann nicht
Erläuterungen / Anmerkungen zu Fähigkeiten und Bedarf:
<b>Ziele:</b>
<b>Emotionale und psychische Entwicklung/Situation</b> (Bewältigung von Angst, Unruhe, Spannungen, Bewältigung von Antriebsstörungen, Bewältigung paranoider oder affektiver Symptomatik, Umgang mit und Abbau von erheblich selbst- und fremdgefährdenden Verhaltensweisen)
<input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/> benötigt (Gesprächs-)Unterstützung <input type="checkbox"/> benötigt Fremdinterventionen
Erläuterungen / Anmerkungen zu Fähigkeiten und Bedarf:
<b>Ziele:</b>

<b>2. Lebensfeld Tages-, Freizeit- und Kontaktgestaltung</b>
<b>Gestaltung sozialer Beziehungen</b> (im Nahbereich, in Freundschaften, zu Angehörigen)
<input type="checkbox"/> kann selbst / entfällt <input type="checkbox"/> kann mit Hilfe <input type="checkbox"/> kann nicht
Erläuterungen / Anmerkungen zu Fähigkeiten und Bedarf:
<b>Ziele:</b>
<b>Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben</b> (Eigenbeschäftigung, Teilnahme an Freizeitangeboten, soziale Gruppen, Erschließen außerhäusliche Lebensbereiche)
<input type="checkbox"/> kann selbst / entfällt <input type="checkbox"/> kann mit Hilfe <input type="checkbox"/> kann nicht
Erläuterungen / Anmerkungen zu Fähigkeiten und Bedarf:
<b>Ziele:</b>
<b>Kommunikation und Orientierung</b> (Kompensation von Sinnesbeeinträchtigungen und Kommunikationsstörungen, zeitliche Orientierung, räumliche Orientierung nah und in fremder Umgebung)
<input type="checkbox"/> kann selbst / entfällt <input type="checkbox"/> kann mit Hilfe <input type="checkbox"/> kann nicht
Erläuterungen / Anmerkungen zu Fähigkeiten und Bedarf:
<b>Ziele:</b>

### 3. Lebensfeld Beschäftigung, Arbeit, Ausbildung

Ziele in diesem Lebensfeld entfallen

#### Aktuelle Situation

- in Arbeit / Ausbildung  
 Arbeitslos/Arbeitssuchend  
 Arbeitsunfähig  
 anderes

Erläuterungen / Anmerkungen zu Fähigkeiten und Bedarf:

**Ziele:** (was soll mit gezielter Förderung erreicht werden):

Welche Unterstützung ist erforderlich?

### 4. Bedarfe / Ziele im Zusammenhang mit Beeinträchtigungen aufgrund der Behinderung / Erkrankung, welche nicht eindeutig den Lebensfeldern 1. bis 3. zuzuordnen sind.

Begründung und Beschreibung der aktuellen Situation (Fähigkeiten, vorhandene Ressourcen, Fähigkeits-Störungen, Belastungen, Bedarfe etc.)

**Ziele:**

### C) Befürwortung und Empfehlung für die nächsten Monate:

Pflegeversicherung deckt welchen Bedarf?

Hilfe bewilligt  welcher Pflegedienst?

Hilfe wird beantragt durch:

Krankenversicherung: deckt welchen Bedarf?

Hilfe bewilligt  Hilfe wird beantragt durch:

Andere Leistungsträger, welche?  
decken welchen Bedarf?

**Sozialhilfeträger** übernimmt unter Anrechnung von Einkommen und Vermögen

- Miete in Höhe von  
 Heizkosten in Höhe von  
 Grundsicherung in Höhe von  
 anderes

Hilfe zur Pflege Umfang:  
Leistungsanbieter

ambulante Eingliederungshilfe: PBW / PPM  Umfang Std./Woche:  
Leistungsanbieter

Wohnassistenz  Umfang Std./Woche:  
Leistungsanbieter

KJHG-Folgebewilligung

	Fachleistungsstd./Woche Leistungsanbieter
	Mobilitätspauschale <input type="checkbox"/> Anderes <input type="checkbox"/> nämlich:
<input type="checkbox"/>	Haushilfe, <input type="checkbox"/> Hilfe zur Weiterführung des Haushalts Umfang Std./Woche                      Leistungsanbieter
<input type="checkbox"/>	Dezentrales oder Betreutes Wohnen (bei seelisch behinderten Menschen) Bedarfsgruppe: Träger Ziel des dezentralen / betreuten Wohnens:                      voraussichtliches Ende:
<input type="checkbox"/>	stationäre Eingliederungshilfe:                      Bedarfsgruppe: Einrichtung Ziel der stationären Hilfe:                      voraussichtliches Ende:
<input type="checkbox"/>	anderes <input type="checkbox"/> Wohnungssuche: durch wen?

**Im Lebensfeld Arbeit:**

<input type="checkbox"/>	Bundesagentur für Arbeit: Hilfe bewilligt <input type="checkbox"/> Hilfe wird beantragt durch: Maßnahme
<input type="checkbox"/>	Integrationsamt: Hilfe bewilligt <input type="checkbox"/> Hilfe wird beantragt durch: Maßnahme
<input type="checkbox"/>	Sozialhilfeträger <input type="checkbox"/> WfbM <input type="checkbox"/> Tafö <input type="checkbox"/> Arbeitsassistentz

**An der Erstellung der Zielvereinbarungen haben mitgewirkt**

Name und ggf. Institution oder Rolle	Datum

## Gesamtplan gemäß § 58 SGB XII (Sozialgesetzbuch XII)

Gesamtplangespräch vom

### Erklärung des Leistungsberechtigten

Den Gesamtplan habe ich am \_\_\_\_\_ erhalten.

Der Gesamtplan wird zur Durchführung der Maßnahmen/Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch XII benötigt.

Die im Gesamtplan formulierten Bedarfe, Ziele und Maßnahmen \*

werden von mir unterstützt.

können von mir in den folgenden Punkten nicht unterstützt werden (bitte begründen):

---

---

---

---

Ich bin damit einverstanden, dass der Gesamtplan den am Eingliederungsprozess Beteiligten zur Verfügung gestellt wird. Dieses sind:

Gesetzliche/r Betreuer/in

Leistungserbringer (z.B. Wohneinrichtung, PBW-Anbieter etc.)

Werkstatt für behinderte Menschen / Tagesstätte / Tagesförderstätte

Andere Sozialleistungsträger ( z.B. Arbeitsverwaltung)

*(Wenn nicht einverstanden, bitte Namen streichen).*

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert und verarbeitet werden.

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich solchen Übermittlungen generell vorab widersprechen kann, wenn ich hiermit nicht einverstanden bin.

Ich widerspreche der Übermittlung entsprechender Daten schon jetzt  
(wenn zutreffend, bitte ankreuzen):

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Leistungsberechtigten/Gesetzlichen Betreuers