

# **Bedarfsermittlungsinstrument Bayern**

## **BI Bay**

### **„Vom Antrag zum Bescheid“**

Lenka Mey | Simon Folger i. Z. m. Klara Wartner

# Einführung

Mit Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) zum 01.01.2018 wurde die Bedarfsermittlung neu geregelt. Es ist die Anwendung eines “Neuen Instruments zur Bedarfsermittlung“ erforderlich geworden.

In Bayern wurde deshalb das Bedarfsermittlungsinstrument Bayern sog. **BIBay** entwickelt, das sich an den Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) orientiert.

BIBay wird den **Arzt- und Sozialbericht ersetzen** und wird schrittweise eingeführt:

- Modellphase in Werkstätten für Menschen mit Behinderung
- Ausweitung auf weitere Leistungsbereiche

## in 6 Schritten

1.

Beratung und Antrag auf EGH-Leistungen

2.

Bedarfsermittlung

3.

Gesamtplankonferenz

4.

Feststellung der Leistung

5.

Aufstellung des Gesamtplans

6.

Bescheid

# 1. Grundsätze der Gesamtplanung

- Die leistungsberechtigte Person (LP) muss **in allen Verfahrensschritten**, beginnend mit der Beratung **beteiligt** werden.
- Die **Wünsche der LP** zu Ziel und Art der Leistungen müssen **dokumentiert** werden.
- Das Gesamtplanverfahren ist transparent, trägerübergreifend, interdisziplinär, konsensorientiert, individuell, lebensweltbezogen, sozialraumorientiert und zielorientiert zu gestalten.
- Der Bedarf ist **individuell** zu ermitteln.

## 2. Rechtliche Grundlagen

### Beratung und Unterstützung

- LP haben **Anspruch** auf Beratung und Unterstützung
- Beratung erfolgt durch den Bezirk und umfasst:  
Informationen über Leistungen der EGH oder anderer Leistungsträger, Verfahrensfragen und andere Hilfemöglichkeiten im Sozialraum
- Bezirk unterstützt bei der Antragstellung und weist auf Mitwirkungspflichten hin.

## 2. Rechtliche Grundlagen

### Antrag und Zuständigkeitsprüfung

- Antrag ist formfrei und nach dem Meistbegünstigungsgrundsatz auszulegen
- Sachbearbeitung prüft Antrag auf Zuständigkeit und leitet ihn ggf. innerhalb 2-Wochen-Frist an zuständigen Reha-Träger weiter

Die LP, geboren am 10.01.1998, lebt alleine in 93142 Maxhütte-Haidhof. Sie ist sowohl körperlich als auch seelisch beeinträchtigt und wird im Rahmen des Ambulant Unterstützten Wohnens betreut. Nun stellt sie einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe im Arbeitsbereich einer Werkstätte für Menschen mit Behinderung.

## Lösung

- Sachliche und örtliche Zuständigkeit (+)
- Prüfung des Antrags, Anspruchs und Unterlagen
  - Antrag auf EGH-Leistungen (+)
  - BIBay erforderlich (+), da keine niederschwellige Leistungen
  - Unterlagen vollständig (+/-)  
ggf. Aufforderungsschreiben mit Hinweisen

# Unterlagen zum Antrag

Antrag auf **Homepage** inkl. **Formulare** BI Bay

- **Basisbogen**

(wird von Sachbearbeitung an LP/rechtliche Betreuung versendet)  
mit Einwilligungserklärung zur Weitergabe an Dritte

- **Medizinische Stellungnahme**

(wird von Sachbearbeitung nicht versendet → Verweis auf Link zum  
Download auf Homepage bzw. Website „Bayerischer Bezirkstag“)

➤ wird von Fach-/Hausarzt ausgefüllt!

**Nach Rücklauf** der Unterlagen:

- Prüfung auf Vollständigkeit

(Angaben Vertrauensperson, Kontaktdaten, Dolmetscher)

- Unterschriften

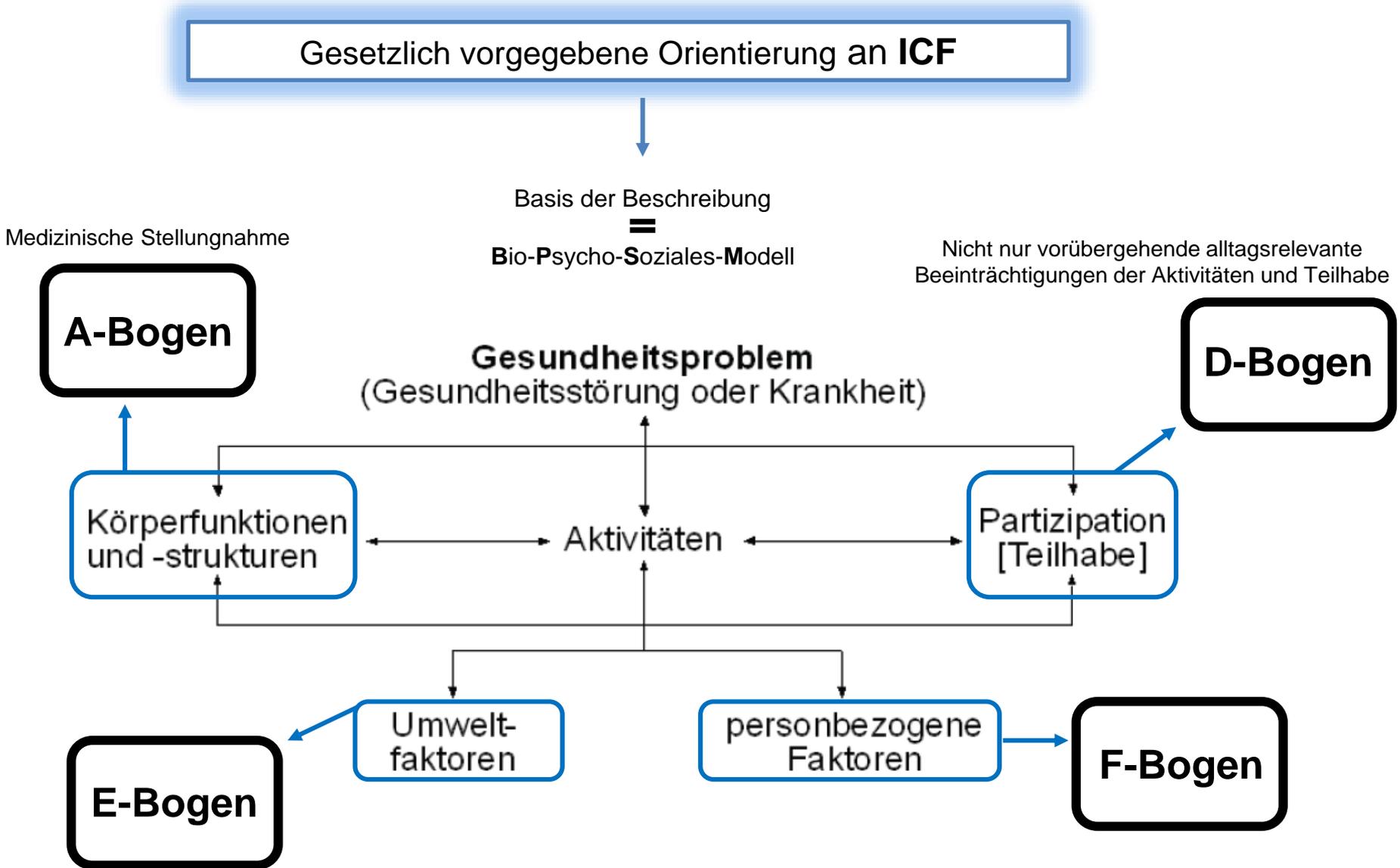
### 3. Bedarfsermittlung

- **vor** der Bedarfsermittlung wird die **Leistungsberechtigung** geprüft
- Bedarfsermittlung ist **zentraler Baustein** des Gesamtplanverfahrens und Voraussetzung für die Leistungsgewährung
  - **Bayern: BIBay**
- Wünsche der LPs sind zu berücksichtigen und LPs aktiv einzubeziehen (persönliches Gespräch)

Was ist das **BIBay** eigentlich?



Bedarfsermittlunginstrument Bayern



## Daten zur Person

- Basisbogen

## Gesundheitsproblem – ICD 10 Diagnose

- A medizinische Stellungnahme

## Lebenssituation der Person

- B IST-Situation - Beschreibung der aktuellen Lebenssituation
- C Wünsche und Ziele hinsichtlich der Gestaltung des eigenen Lebens

## ICF-orientierte Beschreibung der Lebenssituation durch die FK des LT

- D Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe
- E Umweltfaktoren
- F Personbezogene Faktoren

## Bedarfsermittlung – generieren von Maßnahmen

- G Maßnahme-Einschätzung
- H Sonstige Angaben

## BASISBOGEN

1. An den Leistungsträger: Bezirk Oberpfalz

Bedarfsermittlung gemäß § 118 SGB IX  
für erwachsene Menschen mit (drohender/n) wesentlicher/n Behinderung(en) zur  
Durchführung des Gesamtplanverfahrens gemäß § 117 SGB IX

Ersterhebung

Folgeerhebung

Durchgeführt am 01.01.2023  
Aktenzeichen: 1234

### 2. Antragsteller / Leistungsberechtigte Person:

Name, Vorname: **Mustermann, Maximilian**  
PLZ, Wohnort: **99099, Musterstadt**  
Straße, Haus-Nr.: **Musterweg, 9**  
Geburtsdatum: **XX.XX.2003**  
Geburtsort: **Musterstadt**  
Telefon: **-**  
E-Mail-Adresse: **max.mustermann@muster.de**

### 3. Aktuelle Anschrift - sofern abweichend:

PLZ, Wohnort: **-**  
Straße, Haus-Nr.: **-**  
Telefon: **-**

### 4. Pflegegrad: Wählen Sie ein Element aus.

### 5. Festgestellte Schwerbehinderung nach § 152 SGB IX:

Grad: **70**

Merkmale:

- |                                                                                            |                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> G - erheblich beeinträchtigt in der Bewegungsfähigkeit | <input type="checkbox"/> BI - Blindheit               |
| <input type="checkbox"/> aG - außergewöhnliche Gehbehinderung                              | <input type="checkbox"/> GI - Gehörlosigkeit          |
| <input checked="" type="checkbox"/> H - Hilfslosigkeit                                     | <input type="checkbox"/> TBI - Taubblindheit          |
|                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> B - Begleitperson |
|                                                                                            | <input type="checkbox"/> beantragt                    |

Aktenzeichen

Seite 1 von 35

**Basisbogen** wird ausgefüllt von der **leistungsberechtigten Person / den rechtlichen Vertretern** (mit Unterstützung von ggf. Beratungsstellen, SPDI, EUTB etc.)

## Ersterhebung

= erstmalige Anwendung  
des BIBay bei „Neufällen“

## Folgeerhebung

= Anwendung des BIBay bei  
„erheblichen“ Bedarfsänderungen

## 6. Beantragte Leistung / gewünschte Unterstützung:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

## 7. Wurde eine rechtliche Betreuung bestellt oder einer Person Vollmacht erteilt?

- Nein  Ja, und zwar
- Rechtliche Betreuung
- Bevollmächtigung
- beantragt am tt.mm.jjj

Name, Vorname: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  
PLZ, Wohnort: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  
Straße, Haus-Nr.: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  
Telefon: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  
E-Mail-Adresse: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

### Aufgabenkreis:

- Aufenthaltsbestimmung
- Gesundheitsorge
- Vermögenssorge
- Vertretung gegenüber Behörden
- Sonstige: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

## 8. Freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1906 BGB

Liegt eine richterliche Genehmigung zur Durchführung freiheitsentziehender Maßnahmen nach § 1906 BGB vor?

- Nein
- Beantragt am tt.mm.jjj
- Ja, mit Datum vom tt.mm.jjj

## 9. Person des Vertrauens:

Name, Vorname: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  
PLZ, Wohnort: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  
Straße, Haus-Nr.: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  
Telefon: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  
E-Mail-Adresse: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Angaben zur beantragten bzw. gewünschten Leistung (z.B. AUW, Assistenz, etc.)

**Nachweise erforderlich!**

**Person des Vertrauens** kann *jede Person sein, die die leistungsberechtigte Person für sich wählt* (Freund, Nachbar, Fachkraft der Einrichtung, etc.).  
Bei der Bedarfserhebung besteht eine **Verpflichtung diese Person zum Dialog einzuladen.**

## 10. Kommunikationsunterstützung durch:

Name, Vorname:  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  
 PLZ, Wohnort:  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  
 Straße, Haus-Nr.:  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  
 Telefon:  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  
 E-Mail-Adresse:  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Kommunikationsunterstützung:**  
 Gebärdendolmetscher  
 Sprachbarrieren aufgrund anderer Nationalität

## 11. Notwendige Rahmenbedingungen für ein persönliches Gespräch zur Bedarfsermittlung:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

## 12. Bisher in Anspruch genommene / laufende Leistungen

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Von	bis
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj

**Bisher in Anspruch genommene Leistungen**

↓  
 zuvor: Übersicht der bisher in Anspruch  
 genommenen Leistungen (Sozialbericht S.4)

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben/ Ausbildung	von	bis
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj

Leistungen zur Teilhabe an Bildung	von	bis
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj

Unterhaltssichernde / ergänzende Leistungen	von	bis
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj

Leistungen zur sozialen Teilhabe	von	bis
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj

Leistungen zur Pflege SGB V, XI, XII	von	bis
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj

Weitere Leistungen / Behandlungen / Hilfen	von	bis
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj
<input type="text"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="text"/> tt.mm.jjj	<input type="text"/> tt.mm.jjj

## A MEDIZINISCHE STELLUNGNAHME

### Medizinische Stellungnahme

zum Vorliegen von körperlichen, seelischen, geistigen oder  
Sinnesbeeinträchtigungen und damit zusammenhängenden  
Beeinträchtigungen der Körperfunktionen

Die in diesem Ärztlichen Bericht erhobenen Daten dienen ausschließlich der rechtlichen und fachlichen Bedarfsermittlung des individuellen Hilfebedarfs:

- nach Maßgabe der seit dem 01.01.2020 geltenden gesetzlichen Bestimmungen des § 118 SGB IX i.V.m. § 13 Abs. 1 Satz 1 SGB IX.

Dieser Bericht ist wesentlicher Bestandteil einer personenzentrierten Bedarfserhebung und stellt eine grundlegende Voraussetzung für eine kooperative und systematische Erstellung eines Gesamtplanes für eine personenzentrierte Hilfestellung dar. Die antragstellende Person erhält eine Ausfertigung dieses Berichts.

Es wird gebeten, das vorgegebene Schema zu verwenden und Angaben möglichst vollständig und umfassend zu machen.

Anlagen:

Schweigepflichtentbindung (2-fach)

Rechtliche Erläuterungen

Erläuterungen zur DSGVO

## MEDIZINISCHE STELLUNGNAHME

- muss vor der Bedarfsermittlung vorliegen
- separates Dokument
- auszufüllen von (Fach)Ärzten
- aktuelle Diagnosen wichtig !

Facharzt dokumentiert ausgehend von Gesundheitsproblem die Wechselwirkungen in den 8 Körperfunktionsbereichen einschließlich der Beurteilungsmerkmale nach ICF!

## A MEDIZINISCHE STELLUNGNAHME Erwachsene

An den Leistungsträger:

Ermittlung des individuellen Bedarfes  
für Leistungen der Teilhabe in Bayern

### Medizinische Stellungnahme

zum Vorliegen von körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen  
und damit zusammenhängenden Beeinträchtigungen der Körperfunktionen

Verfasst von:

Dienststelle/Institution:

PLZ, Wohnort:

Straße, Haus-Nr.:

Arzt/Ärztin:

Fachrichtung:

Telefon:

Fax:

E-Mail-Adresse:

Die Medizinische Stellungnahme wurde erstellt am

Die in dieser Medizinischen Stellungnahme erhobenen Daten dienen ausschließlich der rechtlichen  
und fachlichen Bedarfsermittlung des individuellen Hilfebedarfs entsprechend den gesetzlichen  
Bestimmungen des § 118 SGB IX i. V. m. § 13 Abs. 1 Satz 1 SGB IX.

Diese Stellungnahme ist wesentlicher Bestandteil einer personenzentrierten Bedarfserhebung und  
stellt eine grundlegende Voraussetzung für eine kooperative und systematische Erstellung eines  
Gesamtplanes für eine personenzentrierte Hilfestellung dar. Die antragstellende Person erhält  
eine Ausfertigung dieses Berichts.

Es wird gebeten, das vorgegebene Schema zu verwenden und Angaben möglichst vollständig und  
umfassend zu machen.

Anlagen:

Schweigepflichtentbindung (3-fach)

## A.1 Personalien des Patienten/der Patientin:

Name, Vorname:

PLZ, Wohnort:

Straße, Haus-Nr.:

Geburtsdatum:

## A.2 Relevante Diagnose(n) nach ICD-10 (Pflichtfeld)

Geben Sie hier die ICD-10 Diagnose(n) ein.

## A.2.1 Diagnosebegründende Befunde (Pflichtfeld)

(z. B. Fachärztl. Gutachten, Entlassungsberichte medizinischer Einrichtungen, SPZ/MZEB; IQ-Testungen mit  
Ergebnis usw.)

Berichte anfügen, falls relevant

## A.3 ICF-basierte Beschreibung der Einschränkungen der Körperfunktionen

(physiologische Funktionen von Körpersystemen, einschließlich psychologischer Funktionen)

## A.3.1 Liegen Beeinträchtigungen mentaler Funktionen nach Kapitel 1 der Körperfunktionen der ICF vor?

Ja  Nein  nicht bekannt

Falls ja, bei welchen Merkmalen liegen Beeinträchtigungen vor?

1. Mentale Funktionen		
Globale mentale Funktionen (b110 – b139)		
b110 Funktionen des Bewusstseins	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b114 Funktionen der Orientierung	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b117 Funktionen der Intelligenz	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

b122 Globale psychosoziale Funktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b134 Funktionen des Schlafes	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b139 Globale mentale Funktionen, anders oder nicht spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
<b>Spezifische mentale Funktionen (b140 – b189)</b>		
b140 Funktionen der Aufmerksamkeit	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b144 Funktionen des Gedächtnisses	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b147 Psychomotorische Funktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b152 Emotionale Funktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b156 Funktionen der Wahrnehmung	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Seite 3 von 33

b160 Funktionen des Denkens	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b164 Höhere kognitive Funktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b167 Kognitiv-sprachliche Funktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b172 Das Rechnen betreffende Funktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b176 Mentale Funktionen, die die Durchführung komplexer Bewegungen betreffen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b180 Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
b189 Spezielle mentale Funktionen, anders oder nicht spezifiziert	Auswahl	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Seite 4 von 33

→ Erfassung der Beeinträchtigungen in allen acht Bereichen der Körperfunktionen

Wird eine weitere fachärztliche Abklärung empfohlen?

Ja  Nein

Falls ja, mit welcher Fragestellung?

Wird die Durchführung einer Heilbehandlung empfohlen?

Ja  Nein

Falls ja, welche?

Wird die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation empfohlen?

Ja  Nein

Falls ja, mit welchem Ziel?

Ist eine Krankenhausbegleitung erforderlich?

Ja  Nein

**A.4 Bei der begutachteten Person liegen zum Zeitpunkt der Befunderhebung**

körperliche,  Folgen einer Suchterkrankung,  
 seelische,  Sinnesbeeinträchtigung  
 geistige,

Beeinträchtigungen oder

vor, die nach der Einschätzung des/der Unterzeichnenden die begutachtete Person in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an einer gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.

keine Beeinträchtigungen

Erläuterung:

Eine Beeinträchtigung in diesem Sinne liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

Ist die begutachtete Person deshalb aus Ihrer Sicht als Mensch mit Behinderung an der Teilhabefähigkeit an der Gesellschaft wesentlich eingeschränkt?

Nein  
 Ja, eine Behinderung liegt bereits vor  
 Nein, aber eine Behinderung droht  
(Menschen sind von einer Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung im o. g. Sinne zu erwarten ist.)  
 kann nicht abschließend beurteilt werden.

**A.5 Liegen medizinische Gründe für eine Erwerbsminderung vor?**

Ja (Bitte nachfolgende Fragen beantworten)  Nein  
 Dauernd  Nicht bekannt  
 Vorübergehend

Erläuterung

**A.6 Sollte aufgrund der unter Nr. 3 beschriebenen Beeinträchtigungen die Notwendigkeit von Pflegeleistungen geprüft werden?**

Ja  Nein  Keine Aussage

Sind pflegerische Leistungen bereits anerkannt?

Ja  Nein  Nicht bekannt

Bekannter Pflegegrad?

Zu berücksichtigende Besonderheiten (z. B. Kranken- und Behandlungspflege):



# Das Bedarfsermittlungsgespräch (Grundsätze)

- Dialogisches Verfahren
- Grundsätze der Kommunikation werden eingehalten (Kommunikation auf Augenhöhe, Transparenz, Verbindlichkeit)
- ICF-orientiert
- durch eine Fachkraft (gesetzliche Voraussetzung)

## B. IST-SITUATION/ AKTUELLE SITUATION

aus Sicht der  
antragsstellenden/  
leistungsberechtigten  
Person

- bei stellvertretenden Äußerungen durch Fachkräfte, Einrichtungsvertreter, Vertrauenspersonen, usw.: **schriftlicher Vermerk an entsprechender Stelle erforderlich!**

### A Medizinische Stellungnahme

Medizinische Stellungnahme zum Vorliegen von körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen und damit zusammenhängenden Beeinträchtigungen der Körperfunktionen

Siehe A Medizinische Stellungnahme

B Ist-Situation / Beschreibung der aktuellen Lebenssituation	C Wünsche und Ziele hinsichtlich der Gestaltung des eigenen Lebens
<p>„Wie und wo ich jetzt lebe“</p> <p>Beschreibung der aktuellen Situation als Ergebnis des Dialogs zwischen Mensch mit Behinderung und Fachkraft. Die Sichtweise der betroffenen Person ist erkennbar. Die Beschreibung bezieht sich auf die Bereiche der Ziele: Wohnen, Beschäftigung, Freizeit, Beziehungen und für die Person Wichtiges.</p>	<p>„Wie ich leben will“</p> <p>Hier geht es ausschließlich um die Ziele und Wünsche des Menschen mit Behinderung. Seine Perspektive mit seinen sprachlichen Mitteln und weiteren ihm eigene Ausdrucksmöglichkeiten wird hier auch so dokumentiert. Es erfolgt <b>keine Bewertung durch die Fachkraft.</b></p> <p><input type="checkbox"/> eigene Äußerungen    <input type="checkbox"/> stellv. Äußerungen</p>
<p>B.1 Wie und wo ich jetzt wohne (Wohnen)</p>	<p>C.1 Wie und wo ich wohnen will (Wohnen)</p>
<p>B.2 Was ich derzeit tagsüber arbeite, mache oder lerne (Beschäftigung/Tätigkeiten, Arbeit, Bildung...)</p>	<p>C.2 Was und wo ich arbeiten oder lernen will (Beschäftigung/Tätigkeiten, Arbeit, Bildung...)</p>



**D Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe**

**D.1 „Lernen und Wissensanwendung“**

„Dieses Kapitel befasst sich mit Lernen, Anwendung des Erlernten, Denken, Probleme lösen und Entscheidungen treffen.“

Lebensbereich ist relevant

Es handelt sich hierbei um ein vom Experten festgehaltenes Ergebnis im Rahmen eines Dialogs mit dem Menschen mit Behinderung.

### Beschreibung der Leistung

Beschrieben wird die Leistung (Performance), also das, was die Person tatsächlich in einer bestimmten Situation tut. Auf der Grundlage der Beeinträchtigungen der Körperfunktionen (und Körperstrukturen) werden die Teilhabeeinschränkungen und -fähigkeiten dargestellt, ebenso die sie beeinflussenden Umweltfaktoren. Diese werden als Förderfaktoren oder Barrieren aufgenommen. Relevante personenbedingte Faktoren werden ebenfalls erfasst.

Formularnummer

Seite 9 / 33

## D. Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe

### Beschreibung der Leistungsfähigkeit

Dargestellt wird die Leistungsfähigkeit der betroffenen Person im jeweiligen Lebensbereich der ICF, also das, was die Person ohne Unterstützung von anderen Menschen und/oder ohne Nutzung von Hilfsmitteln fähig ist oder nicht fähig ist zu tun.

### Einschätzung zum Grad der Beeinträchtigung

1 = leicht; 2 = mäßig; 3 = erheblich; 4 = vollständig

#### Bewusste oder sinnliche Wahrnehmungen (d110 – d129)

d110 Zuschauen	
d115 Zuhören	
d120 Andere bewusste sinnliche Wahrnehmungen	
d129 Bewusste sinnliche Wahrnehmungen, anders oder nicht näher bezeichnet	

#### Elementares Lernen (d130 – d159)

d130 Nachmachen, nachahmen	
d135 Üben	
d140 Lesen lernen	
d145 Schreiben lernen	
d150 Rechnen lernen	
d155 Sich Fertigkeiten aneignen	
d159 Elementares Lernen, anders oder nicht näher bezeichnet	

#### Wissensanwendung (d160 – d179)

d160 Aufmerksamkeit fokussieren	
d163 Denken	
d166 Lesen	
d170 Schreiben	
d172 Rechnen	
d175 Probleme lösen	
d177 Entscheidungen treffen	
d179 Wissen anwenden, anders oder nicht näher bezeichnet	
d198 Lernen und Wissen anwenden, anders bezeichnet	
d199 Lernen und Wissen anwenden, nicht näher bezeichnet	

Vollständiger BIBay unter: <https://www.bay-bezirke.de/gesamtplanverfahren.html>

## D-MODUL

**D.1 Lernen und  
Wissensanwendung**

**D.2 Allgemeine Aufgaben  
und Anforderungen**

**D.3 Kommunikation**

**D.4 Mobilität**

**D.5 Selbstversorgung**

**D.6 Häusliches Leben**

**D.7 Interpersonelle  
Interaktionen und Beziehungen**

**D.8 Bedeutende  
Lebensbereiche**

**D.9 Gemeinschafts-, soziales  
und staatsbürgerliches Leben**

## Beschreibung der Leistungsfähigkeit

Dargestellt wird die Leistungsfähigkeit der betroffenen Person im jeweiligen Lebensbereich der ICF, also das, was die Person ohne Unterstützung von anderen Menschen und/oder ohne Nutzung von Hilfsmitteln fähig ist oder nicht fähig ist zu tun.

## Einschätzung zum Grad der Beeinträchtigung

1 = leicht; 2 = mäßig; 3 = erheblich; 4 = vollständig

d910 Gemeinschaftsleben		
d920 Erholung und Freizeit		
d930 Religion und Spiritualität		
d940 Menschenrechte		
d950 Politisches Leben und Staatsbürgerschaft		
d998 Leben in der Gemeinschaft, soziales und staatsbürgerliches Leben, anders bezeichnet		
d999 Leben in der Gemeinschaft, soziales und staatsbürgerliches Leben, nicht näher bezeichnet		

## E. Umweltfaktoren



### E Umweltfaktoren

Dargestellt werden Förderfaktoren oder Barrieren in der Umwelt der betroffenen Person. Die Beschreibung ist das Ergebnis des Dialogs zwischen dem Menschen mit Behinderung und Fachkraft. Die Sichtweise der betroffenen Person muss insbesondere bei abweichenden Auffassungen als solche erkennbar sein.

#### E.1 Welche „Produkte und Technologien“ haben Einfluss auf den Handlungsspielraum?

Dieses Kapitel befasst sich mit natürlichen oder vom Menschen hergestellten Produkten oder Produktsystemen, Ausrüstungen und Technologien in der unmittelbaren Umwelt eines Menschen, die gesammelt, geschaffen, produziert oder hergestellt sind.

Förderfaktoren	Barrieren

## E.2 Welchen Einfluss hat die „Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt“ auf die Aktivitäten/Teilhabe?

Dieses Kapitel befasst sich mit belebten oder unbelebten Elementen der natürlichen oder materiellen Umwelt, mit vom Menschen veränderten Bestandteilen dieser Umwelt sowie mit Merkmalen menschlicher Bevölkerungen in dieser Umwelt.

Förderfaktoren	Barrieren

## E.3 Wie wirkt sich „Unterstützung und Beziehungen“ auf die Aktivitäten/Teilhabe aus?

Dieses Kapitel befasst sich mit Personen oder Tieren, die praktische, physische oder emotionale Unterstützung, Fürsorge, Schutz, Hilfe und Beziehungen zu anderen Personen geben, sowie mit Beziehungen zu anderen Personen in deren Wohnungen, am Arbeitsplatz, in der Schule, beim Spielen oder in anderen Bereichen ihrer alltäglichen Aktivitäten. Das Kapitel umfasst nicht die Einstellungen der Person oder der Menschen, die die Unterstützung leisten. Der hier beschriebene Umweltfaktor ist nicht die Person oder das Tier, sondern das Ausmaß an physischer und emotionaler Unterstützung, die die Person oder das Tier geben.

Förderfaktoren	Barrieren

## E.4 Welchen Einfluss haben die „Einstellungen“ anderer auf die Aktivitäten/Teilhabe?

Dieses Kapitel befasst sich mit Einstellungen, die beobachtbare Konsequenzen von Sitten, Bräuchen, Weltanschauungen, Werten, Normen, tatsächlichen oder religiösen Überzeugungen sind. Diese Einstellungen beeinflussen individuelles Verhalten und soziales Leben auf allen Ebenen, von zwischenmenschlichen Beziehungen, Kontakten in der Gemeinde, bis zu politischen, wirtschaftlichen und rechtlichen Strukturen. Die klassifizierten Einstellungen beziehen sich auf Personen des Umfeldes der zu beschreibenden Person und nicht auf die zu beschreibende Person selbst.

Förderfaktoren	Barrieren

## E.5 Welche „Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze“ sind hilfreich, welche nicht?

Dieses Kapitel befasst sich mit:

- Diensten, die Leistungen, strukturierte Programme und Tätigkeiten in verschiedenen Sektoren der Gesellschaft erbringen, um die Bedürfnisse der Menschen zu decken.
- Systemen, die die administrativen Steuerungs- und Organisationsmechanismen darstellen und von Regierungen auf kommunaler, regionaler, nationaler und internationaler Ebene sowie von anderen anerkannten Stellen eingerichtet sind.
- Handlungsgrundsätzen, die sich aus Regeln, Vorschriften, Konventionen und Standards zusammensetzen und von Regierungen auf kommunaler, regionaler, nationaler und internationaler Ebene sowie von anderen anerkannten Stellen geschaffen sind.

Förderfaktoren	Barrieren

## F Personenbezogene Faktoren

Hier werden personenbezogene Faktoren im Sinne der ICF abgebildet. Personenbezogene Faktoren bezeichnen den besonderen Lebenshintergrund eines Menschen wie Alter, Geschlecht, Bildung, bedeutsame Lebensereignisse, Besonderheiten oder Eigenheiten der Person, die nicht Teil eines Gesundheitsproblems sind.

Die Beschreibung ist das Ergebnis des Dialogs zwischen dem Menschen mit Behinderung und Fachkraft. Die Sichtweise der betroffenen Person muss insbesondere bei abweichenden Auffassungen als solche erkennbar sein.

# F. Personenbezogene Faktoren



## G. Maßnahmen-Einschätzung

### G Maßnahme-Einschätzung

	D.1 Lernen und Wissensanwendung	D.2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	D.3 Kommunikation	D.4 Mobilität	D.5 Selbstversorgung	D.6 Häusliches Leben	D.7 Interpersonelle Interaktion & Beziehungen	D.8 Bedeutende Lebensbereiche	D.9 Gemeinschafts-, soz. u. staatsbürgerliches Leben	Ziele (Erhaltungsziele, Veränderungsziele)	Einschätzung benötigter Maßnahmen (z. B. Stundenumfang an Assistenz, Begleitung oder fachlicher Anleitung in Stunden pro Woche; Beschreibung welche Maßnahme in welcher Form durch wen in welchem <b>zeitlichen</b> Umfang ist zur Zielerreichung geeignet und notwendig.)	Einschätzung benötigter Leistungen (z. B. unterstützte oder besondere Wohnformen wie BEW, W-(T)-E G/S, Teilhabe am Arbeitsleben in Form von WfbM/ Förderstätte, Assistenzleistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, betreutes Wohnen in Gastfamilien, Elternassistenz, Leistungsform des Persönlichen Budgets, Assistenz im Krankenhaus)
<b>Wohnen</b>  (Wie und wo will ich wohnen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Beschäftigung, Tätigkeiten, Arbeit, Bildung</b>  (Was und wo ich arbeiten oder lernen will)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

<p><b>Freizeitgestaltung, Erholung</b></p> <p>(Was ich in meiner freien Zeit machen will)</p>	<input type="checkbox"/>											
<p><b>Beziehungsgestaltung</b></p> <p>(Wie ich soziale Beziehungen leben oder mein soziales Umfeld gestalten will)</p>	<input type="checkbox"/>											
<p><b>Weitere Teilhabewünsche, Gesundheit</b></p> <p>(Was mir in meinem Leben sonst noch wichtig ist)</p>	<input type="checkbox"/>											

## G Maßnahme-Einschätzung

	D.1 Lernen und Wissensanwendung	D.2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	D.3 Kommunikation	D.4 Mobilität	D.5 Selbstversorgung	D.6 Häusliches Leben	D.7 Interpersonelle Interaktion & Beziehungen	D.8 Bedeutende Lebensbereiche	D.9 Gemeinschafts-, soz. u. staatsbürgerliches Leben	Ziele (Erhaltungsziele, Veränderungsziele)	Einschätzung benötigter Maßnahmen (z. B. Stundenumfang an Assistenz, Begleitung oder fachlicher Anleitung in Stunden pro Woche; Beschreibung welche Maßnahme in welcher Form durch wen in welchem <b>zeitlichen</b> Umfang ist zur Zielerreichung geeignet und notwendig.)	Einschätzung benötigter Leistungen (z. B. unterstützte oder besondere Wohnformen wie BEW, W-(T)-E G/S, Teilhabe am Arbeitsleben in Form von WfbM/ Förderstätte, Assistenzleistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, betreutes Wohnen in Gastfamilien, Elternassistenz, Leistungsform des Persönlichen Budgets, Assistenz im Krankenhaus)
<b>Wohnen</b> (Wie und wo will ich wohnen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Beschäftigung, Tätigkeiten, Arbeit, Bildung</b> (Was und wo ich arbeiten oder lernen will)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Beispiel**

EZ: weitere Beschäftigung im Arbeitsbereich der Werkstatt für Menschen mit Behinderung

## G Maßnahme-Einschätzung

	D.1 Lernen und Wissensanwendung	D.2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	D.3 Kommunikation	D.4 Mobilität	D.5 Selbstversorgung	D.6 Häusliches Leben	D.7 Interpersonelle Interaktion & Beziehungen	D.8 Bedeutende Lebensbereiche	D.9 Gemeinschafts-, soz. u. staatsbürgerliches Leben	Ziele (Erhaltungsziele, Veränderungsziele)	Einschätzung benötigter Maßnahmen (z. B. Stundenumfang an Assistenz, Begleitung oder fachlicher Anleitung in welcher Maßnahme in welcher Form durch wen in welchem <b>zeitlichen</b> Umfang ist zur Zielerreichung geeignet und notwendig.)	Einschätzung benötigter Leistungen (z. B. unterstützte oder besondere Wohnformen wie BEW, W-(T)-E G/S, Teilhabe am Arbeitsleben in Form von WfbM Förderstätte, Assistenzleistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, betreutes Wohnen in Gastfamilien, Elternassistenz, Leistungsform des Persönlichen Budgets, Assistenz im Krankenhaus)
<b>Wohnen</b> (Wie und wo will ich wohnen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Anleitung, Wiederholung Einzelner Arbeitsschritte, Bereitstellung von Arbeitsmaterial. Weitere Beschäftigung im bisherigen Umfang.
<b>Beschäftigung, Tätigkeiten, Arbeit, Bildung</b> (Was und wo ich arbeiten oder lernen will)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>Beispiel</b>	Umfang der notwendigen Betreuungsleistung im Rahmen des Werkstattbesuchs: Basis + BK1 I1 + BK2 I1

## G Maßnahme-Einschätzung

	D.1 Lernen und Wissensanwendung	D.2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	D.3 Kommunikation	D.4 Mobilität	D.5 Selbstversorgung	D.6 Häusliches Leben	D.7 Interpersonelle Interaktion & Beziehungen	D.8 Bedeutende Lebensbereiche	D.9 Gemeinschafts-, soz. u. staatsbürgerliches Leben	Ziele (Erhaltungsziele, Veränderungsziele)	Einschätzung benötigter Maßnahmen (z. B. Stundenumfang an Assistenz, Begleitung oder fachlicher Anleitung in Stunden pro Woche; Beschreibung welche Maßnahme in welcher Form durch wen in welchem zeitlichen Umfang ist zur Zielerreichung geeignet und notwendig.)	Einschätzung benötigter Leistungen (z. B. unterstützte oder besondere Wohnformen wie BEW, W-(T)-E G/S, Teilhabe am Arbeitsleben in Form von WfbM/ Förderstätte, Assistenzleistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, betreutes Wohnen in Gastfamilien, Elternassistenz, Leistungsform des Persönlichen Budgets, Assistenz im Krankenhaus)
<b>Wohnen</b> (Wie und wo will ich wohnen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Beschäftigung, Tätigkeiten, Arbeit, Bildung</b> (Was und wo ich arbeiten oder lernen will)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<b>Beispiel</b> ↓ WfbM

**Bedarfsermittlung gemäß § 118 SGB IX für erwachsene Menschen mit (drohender/n) wesentlicher/n Behinderung/en zur Durchführung des Gesamtplanverfahrens gemäß § 117 SGB IX**

Begründung der Fachkraft bzw. der befragten Person sofern abweichende Auffassungen zu Maßnahmen und ggf. Empfehlungen der Einberufung einer Gesamtpfankonferenz (siehe H.4)

## H Sonstige Angaben

**H.1 Einschätzung der Fachkraft über notwendige Dauer der unter G beschriebenen Maßnahmen (Art, Inhalt, Umfang)**

- Krisenintervention (bis zu 6 Monaten)
- kurzfristig (bis zu 12 Monaten)
- mittelfristig (12 bis 24 Monate)
- langfristig (24 Monate und mehr)

Einschätzung zum weiteren Verlauf:

**H.2 Anmerkungen der rechtlich betreuenden Person und/oder der Vertrauensperson**

**H.3 Beteiligte an der Erstellung der Bedarfsermittlung**

Die Bedarfsermittlung wurde durchgeführt

am (Datum)	
von (Name)	

Weitere Beteiligte:

Name Ansprechperson	Rolle	Institution / Adresse	Telefon / Fax / E-Mail

## H. Sonstige Angaben

**H.4 Teilhabepan-/Gesamtplankonferenz erforderlich (§ 20 SGB IX / § 119 SGB IX)**

**Teilhabepankonferenz erforderlich**

- Nein  Ja

**Gesamtplankonferenz erforderlich**

- Nein  Ja

**H.5 Sonstige Bemerkungen**

z.B. Assistenz im Krankenhaus

Kopie ausgehändigt an die nachfragende Person am

Bemerkungen	
-------------	--

Ort, Datum	
Name der ausfüllenden Person in Druckbuchstaben	
Funktion der ausfüllenden Person	
Unterschrift der ausfüllenden Person	

**Unterschriften**

Unterschrift der nachfragenden Person	Unterschrift der rechtlich betreuenden Person

## Erklärung zum Umgang mit den personenbezogenen Daten im Rahmen des Gesamt-/Teilhabeplanverfahrens

Name:

Geburtsdatum:

Wichtig: Um sicherzustellen, dass meine Unterstützungsleistungen in meinem Interesse individuell konzipiert und umgesetzt werden, ist die Übermittlung von Informationen aus dem BIBay an den Leistungserbringer erforderlich.

Unabhängig von dieser Einverständniserklärung erfolgt die Bewilligung der Leistungen durch den Bezirk.

- Ja, ich willige ein, dass der Bezirk die für die Leistungserbringung erforderlichen Daten aus dem Bedarfsermittlungsbogen BIBay - Teile C, D und G - an den Leistungserbringer übersendet.
- Um die Weitergabe der Daten an den Leistungserbringer werde ich mich selbst kümmern. Mit der Weitergabe der Teile C, D und G aus dem Bedarfsermittlungsbogen BIBay durch den Bezirk bin ich nicht einverstanden.

Datum/Ort: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

  
**Unterschrift**

## Informationen für den Leistungserbringer zur Bedarfsermittlung gemäß § 118 SGB IX

für erwachsene Menschen mit (drohender/n) wesentlicher/n Behinderung(en) zur  
Durchführung des Gesamtplanverfahrens gemäß § 117 SGB IX

**HINWEIS:** Die nachfolgenden Informationen werden nur mit Einverständnis der  
Leistungsberechtigten Person (ggf. deren gesetzliche Vertretung) von dem  
zuständigen Bezirk an den jeweiligen Leistungserbringer weitergegeben.

Ersterhebung

Folgeerhebung

Durchgeführt am

Antragstellende / Leistungsberechtigte Person

Name, Vorname:

C Wünsche und Ziele hinsichtlich der Gestaltung des eigenen Lebens
„Wie ich leben will“
Hier geht es ausschließlich um die Ziele und Wünsche des Menschen mit Behinderung. Seine Perspektive mit seinen sprachlichen Mitteln und weiteren ihm eigene Ausdrucksmöglichkeiten wird hier auch so dokumentiert. Es erfolgt <u>keine Bewertung durch die Fachkraft</u> . Bitte angeben: eigene Äußerungen oder stellvertretende Äußerung.
<input type="checkbox"/> eigene Äußerungen <input type="checkbox"/> stellv. Äußerungen
C.1 Wie und wo ich wohnen will (Wohnen)
C.2 Was und wo ich arbeiten oder lernen will (Beschäftigung/Tätigkeiten, Arbeit, Bildung...)

C.3 Was ich in meiner freien Zeit machen will (Freizeitgestaltung, Erholung...)
C.4 Wie will ich soziale Beziehungen leben oder mein soziales Umfeld gestalten (Beziehungsgestaltung...)
C.5 Was mir in meinem Leben sonst noch wichtig ist (Gesundheit (u. a. Assistenz im Krankenhaus), Weitere Teilhabebereiche ...)

Zudem werden (bei vorliegendem Einverständnis) Module D und G an LE  
weitergegeben – Aufbau wie im Erhebungsbogen

## in 6 Schritten

1.

Beratung und Antrag auf EGH-Leistungen

2.

Bedarfsermittlung

3.

Gesamtplankonferenz

4.

Feststellung der Leistung

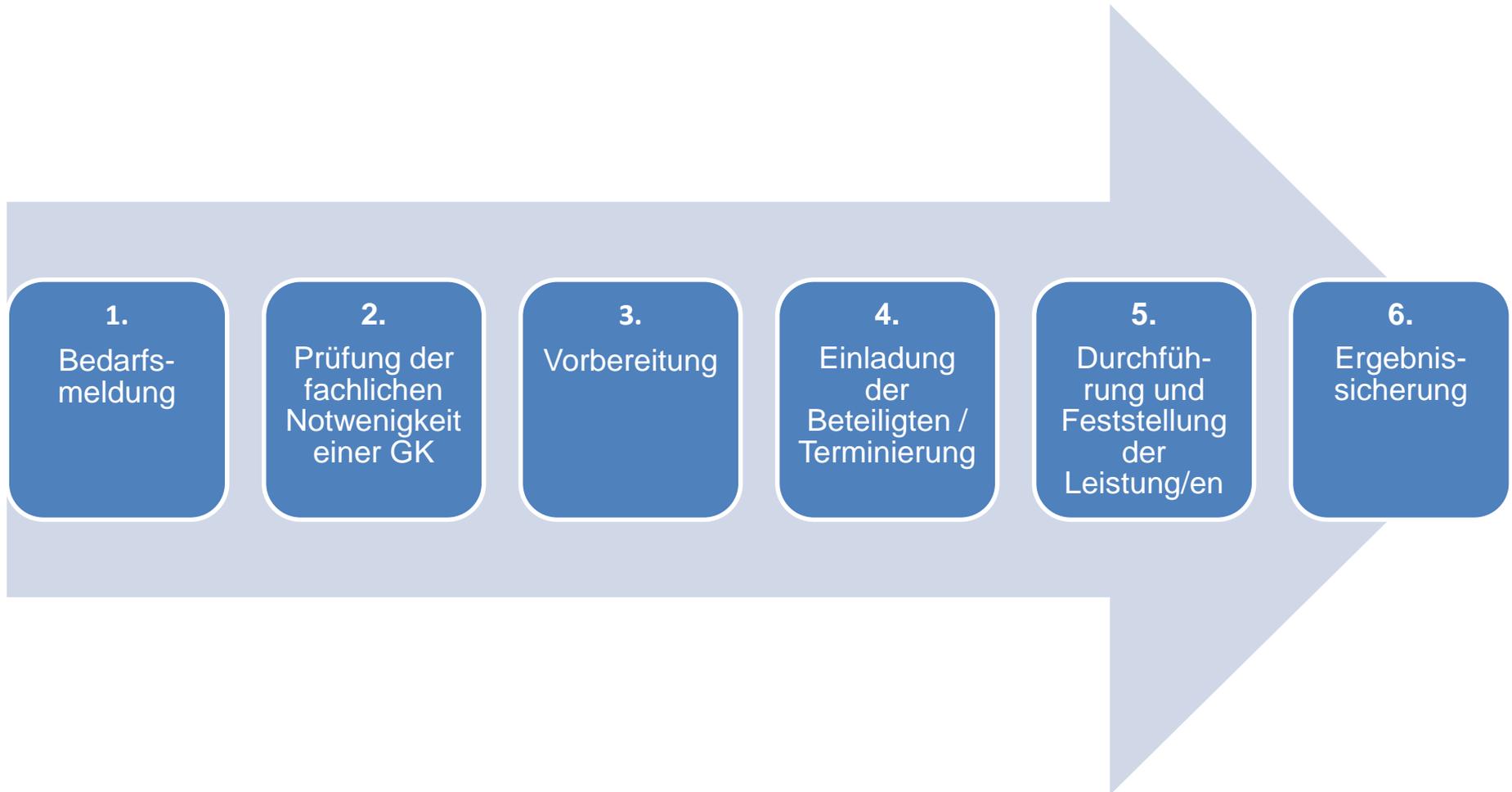
5.

Aufstellung des Gesamtplans

6.

Bescheid

## Vorgehensweise



# Abschluss des Gesamtplanverfahrens

## Feststellung der Leistung

- Bezirk stellt – ggf. mit anderen beteiligten Leistungsträgern – nach Abschluss der Bedarfsermittlung die Leistung fest.
- Dies stellt noch keinen Verwaltungsakt dar, sondern lediglich das Ergebnis des Prüfungs- und Abwägungsprozesses über die nötigen Leistungen.

**Die Feststellung ist zwar bindend für Gesamtplan und Kostenübernahme- bzw. Ablehnungsbescheid. Aber erst der Bescheid hat Außenwirkung und kann angefochten werden.**



**Zu Dokumentation des Verfahrens muss in jedem Fall das Formblatt „Gesamtplan- / Teilhabeplan ausgefüllt werden.**

# Grundsätzliches

- Der Gesamtplan ist inhaltlich das Ergebnis des Gesamtplanverfahrens. Er bedarf der **Schriftform und Unterschrift der Sachbearbeitung**.
- **Grundlage und Bestandteil des Leistungsbescheides**
- Die Beteiligung des Leistungsanbieters ist gesetzlich nicht vorgesehen, d.h. Gesamtplan ist **kein Bestandteil einer Kostenübernahmeerklärung**
- Gesamtplan soll regelmäßig, **spätestens nach 2 Jahren überprüft und fortgeschrieben werden.**

Teilhabeplan, § 19 SGB IX

Gesamtplan, § 121 SGB IX

Ersterstellung vom

Fortschreibung vom

A. Angaben zum Leistungsberechtigten	
Name	Vorname
Geburtsdatum	Aktenzeichen
Personensorgeberechtigter	
Betreuer	
Antragseingang	
Die Erstellung erfolgte auf Wunsch	

B. Klärung der Zuständigkeiten, §§ 14 15 SGB IX		
<input type="checkbox"/> trifft nicht zu		
Lfd. Nr.	Leistungsträger	Anmerkungen

C. Beteiligte Rehabilitationsträger, § 6 SGB IX		
<input type="checkbox"/> trifft nicht zu		
Lfd. Nr.	Leistungsträger	Anmerkungen

D. Mitwirkende, § 121 Abs. 3 SGB IX	

E. Eingesetzte Verfahren, §§ 20, 119 SGB IX

F. Verwendete Instrumente zur Bedarfsermittlung, §§ 13, 17, 117, 118 SGB IX bzw. Berichtswesen
BIBay
<input type="checkbox"/> ja, vom
<input type="checkbox"/> Nein, weil
Anderes:



## Formblatt „Gesamtplan- / Teilhabeplan“ der bayerischen Bezirke

## Formulare und Orientierungshilfen des Gesamtplanverfahrens:

<https://www.bay-bezirke.de/gesamtplanverfahren.html>



**G. Wünsche und Vorstellungen des Leistungsberechtigten, § 121 Abs. 4 Nr. 4 SGB IX**  
 Pauschale Geldleistung  ja  nein

**H. Aktivitäten des Leistungsberechtigten § 121 Abs. 4 Nr. 2 SGB IX**  
 Verweis auf BiBay Bogen D 1-9  
 derzeit keine Aussage möglich

**I. Verfügbare und aktivierbare Selbsthilferessourcen § 121 Abs. 4 Nr. 3 SGB IX**  
 Verweis auf BiBay Bogen E 1-5; Bogen F (teilhabefördernde personenbezogene Faktoren)  
 derzeit keine Aussage möglich

**J. Information und Beratung über die**  
 Möglichkeit der Leistungsgewährung im Rahmen eines Persönlichen Budgets ist erfolgt. vgl. § 19 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX  
 Möglichkeit der Leistungsgewährung im Rahmen einer pauschalen Geldleistung ist erfolgt. vgl. § 121 Abs. 4 Nr. 4 SGB IX  
 unabhängige Teilhabeberatung ist erfolgt. vgl. § 32 Abs. 2 SGB IX

**K. Einbeziehung von Diensten und Einrichtungen bei der Leistungserbringung, § 19 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX**  
 ja  
 Falls ja: Wer wurde einbezogen:  
 nein

**L. Erkenntnisse aus den Mitteilungen anderer öffentlicher Stellen, § 19 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX**  
 ja  
 nein  
 Erkenntnisse:

**M. Erkenntnisse aus sozialmedizinischen Gutachten, § 121 Abs. 4 Nr. 5 SGB IX**  
 ja  
 nein  
 Erkenntnisse:

**N. Feststellung des gesamten Rehabilitationsbedarfs, § 120 SGB IX**  
 Verwendete Unterlagen anderer Rehabilitationsträger (auch Gutachten der Bundesagentur für Arbeit):  
 trifft nicht zu

Lfd. Nr.	Leistungsträger	Unterlagen

**O. Ergebnisse der Teilhabeplankonferenz, § 20 SGB IX**  
 trifft nicht zu

Leistungsträger	Leistung inkl. Umfang	Bewilligungszeitraum	Leistungserbringer

**P. Besondere Belange pflegender Angehöriger (bei Leistungen der med. Reha), § 19 Abs. 2 Nr. 11 SGB IX**  
 Die besonderen Belange pflegender Angehöriger bei der Erbringung der medizinischen Rehabilitation wurden berücksichtigt (falls ja, kurze Beschreibung).  
 entfällt

Q. Teilhabeziele gem. §§ 19, 121 SGB IX mit Art, Inhalt, Umfang und Dauer der Leistung, § 121 Abs. 4 Nr. 3 SGB IX (BIBay, Bogen-G oder Berichtswesen)

Q.1. Erste Zielplanung (aufgrund BIBay) ODER Reflexion aus dem abgelaufenen Berichtszeitraum (aufgrund Bericht)

Alltagsbereiche	Teilhabeziele	Handlungsziele	Ziele (Erhaltungs-/Veränderungsziele)	Einschätzung benötigte Maßnahmen (z. B. Stundenumfang an Assistenz, Begleitung oder fachlicher Anleitung in Stunden pro Woche; Beschreibung welche Maßnahme in welcher Form durch wen in welchem zeitlichen Umfang ist zur Zielerreichung geeignet und notwendig)	Feststellung benötigte Leistung (z. B. unterstützte oder besondere Wohnformen wie BEW, W(T)-E- G/S, Teilhabe am Arbeitsleben in Form von WbM/Förderstätte, Assistenzleistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, betreutes Wohnen in Gastfamilien, Eltermassistenz, Leistungsform des Persönlichen Budgets, Assistenz im Krankenhaus)	Zielerreichung auf der Grundlage des Berichtswesens:		
						Am Anfang	Auf dem Wege	angekommen
Wohnen <input type="checkbox"/> aus BIBay vom: ..... oder <input type="checkbox"/> aus Berichts- wesen vom: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung der 5 **Alltagsbereiche** (Wohnen, Arbeit, Freizeit, Beziehungsgestaltung, Gesundheit)

Alltagsbereiche	Teilhabeziele	Handlungsziele	Ziele (Erhaltungs-/Veränderungsziele)	Einschätzung benötigte Maßnahmen (z. B. Stundenumfang an Assistenz, Begleitung oder fachlicher Anleitung in Stunden pro Woche; Beschreibung welche Maßnahme in welcher Form durch wen in welchem zeitlichen Umfang ist zur Zielerreichung geeignet und notwendig)	Feststellung benötigte Leistung (z. B. unterstützte oder besondere Wohnformen wie BEW, W(T)-E- G/S, Teilhabe am Arbeitsleben in Form von WfbM/Förderstätte, Assistenzleistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, betreutes Wohnen in Gastfamilien, Elterntasistenz, Leistungsform des Persönlichen Budgets, Assistenz im Krankenhaus)	Zielerreichung auf der Grundlage des Berichtswesens		
						Am Anfang	Auf dem Wege	angekommen
<b>Beschäftigung, Tätigkeiten, Arbeit, Bildung</b> <input type="checkbox"/> aus-BiBay vom: ..... oder <input type="checkbox"/> aus-Berichts- wesen vom: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der Gesamtplan kennt  
**Erhaltungsziele** und **Veränderungsziele**

Alltagsbereiche	Teilhabeziele	Handlungsziele	Ziele (Erhaltungs-/Veränderungsziele)	Einschätzung benötigte Maßnahmen (z. B. Stundenumfang an Assistenz, Begleitung oder fachlicher Anleitung in Stunden pro Woche; Beschreibung welche Maßnahme in welcher Form durch wen in welchem zeitlichen Umfang ist zur Zielerreichung geeignet und notwendig)	Feststellung benötigte Leistung (z. B. unterstützte oder besondere Wohnformen wie BEW, W(T)-E- G/S, Teilhabe am Arbeitsleben in Form von <del>WBM</del> Förderstätte, Assistenzleistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, betreutes Wohnen in Gastfamilien, Elternassistent, Leistungsform des Persönlichen Budgets, Assistenz im Krankenhaus)	Zielerreichung auf der Grundlage des Berichtswesens:		
						Anfang	Auf dem Wege	angekommen
<b>Freizeitgestaltung, Erholung</b> <input type="checkbox"/> aus <del>BiBay</del> vom: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oder <input type="checkbox"/> aus Berichts- wesen vom: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einschätzung **aller Maßnahmen, welche benötigt werden um das Ziel zu erreichen.**

Alltagsbereich	Teilhaberziele	Handlungsziele	Ziele (Erhaltungs-/Veränderungsziele)	Einschätzung benötigte Maßnahmen (z. B.: Stundenumfang an Assistenz, Begleitung oder fachlicher Anleitung in Stunden pro Woche; Beschreibung welche Maßnahme in welcher Form durch wen in welchem zeitlichen Umfang ist zur Zielerreichung geeignet und notwendig)	Feststellung benötigte Leistung (z. B.: unterstützte oder besondere Wohnformen wie BEW, W(T)-E- G/S; Teilhabe am Arbeitsleben in Form von WfbM/Förderstätte; Assistenzleistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft; betreutes Wohnen in Gastfamilien; Elterntasistenz; Leistungsform des Persönlichen Budgets; Assistenz im Krankenhaus)	Zielerreichung auf der Grundlage des Berichtswesens:		
						Am Anfang	Auf dem Wege	angekommen
<b>Beziehungsgestaltung</b> <input type="checkbox"/> aus BiBay vom: ..... oder <input type="checkbox"/> aus Berichtswesen vom: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einschätzung benötigter Leistungen gemäß BiBay „Teil G“

Alltagsbereiche	Teilhabeziele	Handlungsziele	Ziele (Erhaltungs-/Veränderungsziele)	Einschätzung- benötigte-Maßnahmen (z. B. Stundenumfang an Assistenz, Begleitung oder fachlicher Anleitung in Stunden pro Woche; Beschreibung welche Maßnahme in welcher Form durch wen in welchem zeitlichen Umfang ist zur Zielerreichung geeignet und notwendig)	Feststellung benötigte- Leistung (z. B. unterstützte oder besondere Wohnformen wie BEW, W(T)-E- G/S, Teilhabe am Arbeitsleben in Form von WfbM, Förderstätte, Assistenzleistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, betreutes Wohnen in Gastfamilien, Elternassistenz, Leistungsform des Persönlichen Budgets, Assistenz im Krankenhaus)	Zielerreichung- auf der Grundlage des Berichtswesens:		
						Am Anfang	Auf dem Wege	angekommen
<b>Weitere Teilhabewünsche, Gesundheit</b> <input type="checkbox"/> - aus BiBa vom: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oder <input type="checkbox"/> - aus Berichts- wesen vom: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⌋ Dauer der Maßnahme: →

⌋ Leistungserbringer: →

⌋

**R. Beratung über Anteil Regelsatz als Barmittel (betrifft nur besondere Wohnformen)  
§121 Abs. 4 Nr. 6 SGB IX, § 27 a Abs. 3 SGB XII**

Ergebnis:

**S. Assistenz im Krankenhaus, § 121 Abs. 4 Nr. 7 SGB IX**

Ergebnis der Einschätzung:

**T. Überprüfungszeitpunkt, §121 Abs.2 S. 2 SGB IX, Abs. 4 Nr. 1 SGB IX**

Ort

Datum

Name SB

Unterschrift

- Nach Feststellung der Leistungen erlässt der Bezirk **auf Grundlage des Gesamtplans** den Leistungsbescheid.
- Der Bescheid regelt **Art und Umfang** der bewilligten Leistungen und ggf. die Leistungsvoraussetzungen.
- Die vereinbarten Ziele sollen **Bestandteil des Bescheides** sein. Bei Differenzen über Ziele, Leistungsumfang und Voraussetzungen können diese im Widerspruchsverfahren geklärt werden.
- Im Eilfall sind vorläufige Leistungen möglich.

**Haben Sie  
noch Fragen?**

**Vielen Dank für  
Ihre Aufmerksamkeit!**

Lenka Mey | Simon Folger i. Z. m. Klara Wartner