
7. CMA-Arbeitskreis am 25.09.2014 in Marsberg

Dokumentation und Berichtswesen

Anja Hentschel-Becker
Andrea Rose

LWL-Behindertenhilfe Westfalen
Referat „Angebote der Behindertenhilfe“

Inhalte:

1. Berichtswesen im ambulant betreuten Wohnen
2. Berichtswesen im stationären Wohnen
3. Berichtswesen im Projekt Teilhabe 2015
4. Zusammenfassung

Berichtswesen im ambulant betreuten Wohnen

Unterscheidung von:

- **Leistungsdokumentation** (Jahresbericht des Dienstes)
- **individuelle Betreuungsdokumentation**
 - für die Abrechnungsprüfung
 - als individuelle Behandlungsplanung und Verlaufsbericht
(Rechenschaftsbeleg/Qualitätssicherungsinstrument)
- **Quittierungsbeleg**

Leistungsdokumentation/Jahresbericht des Dienstes

Jeder Dienst muss gemäß der Leistungs- und Prüfungsvereinbarung einmal jährlich einen Jahresbericht erstellen.

Ein Formblatt hierzu wurde von LWL und der freien Wohlfahrtspflege entwickelt. Dieses Formblatt findet sich in der jeweils aktuellen Fassung auf der Internetseite des LWL und ist bis zum 31.03. des Folgejahres einzureichen.

http://www.lwl.org/LWL/Soziales/Behindertenhilfe/ambu_betreu_wohnen/leistungsdokumentation

Individuelle Betreuungsdokumentation

Leistungs- und Prüfungsvereinbarung: (§4 (2))

„Die direkten Betreuungsleistungen und die mittelbaren, klientenbezogenen Tätigkeiten werden in jedem Einzelfall regelmäßig dokumentiert“

Im Rahmen einer **Abrechnungsprüfung** wurden durch die freie Wohlfahrtspflege folgende Standards für angemessen und ausreichend gehalten (Mindeststandards/Erweiterter Quittierungsbeleg):

1. Daten der Nutzerin / des Nutzers
2. Datum der Erstellung der Dokumentation
3. Name der Betreuungsperson
4. Datum und Ort des Kontaktes
5. Art der Leistung: dies sind die direkten und die mittelbaren Nutzerinnen und Nutzer bezogenen Leistungen
6. Anzahl der am Kontakt beteiligten Nutzerinnen/Nutzer, sofern ein Gruppenangebot erbracht worden

Mögliche weitere Punkte ehemals durch den LWL vorgeschlagen :

- Gesprächsthemen
- Besonderheiten des Gesprächs (z.B. Absprachen, Hinweise auf Krisen)
- Ergebnisse bzw. sich aus dem Gespräch ergebende Tätigkeiten

Eine darüber hinausgehende **individuelle Betreuungsplanung und Verlaufsbeschreibung** ist sinnvoll und fachlich notwendig. Hier sollte ein Bezug zur individuellen Hilfeplanung erkennbar sein. Dargestellt werden sollten zusätzlich:

- Entwicklung der Ziele
- Planung von Maßnahmen und deren Durchführung
- Bewertung und Formulierung neuer Anschlussziele

Dieser Bericht dient

- als **Qualitätssicherungsinstrument** und als Rechenschaftslegung u.a. gegenüber dem Kostenträger und den gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern
- und kann auch als **juristische Beweissicherung** herangezogen werden.

- Ebenso dient ein solcher Bericht zur **fachlichen Information** innerhalb des Dienstes. (z.B. Mitarbeiterwechsel, Anbieterwechsel, Fallbesprechung, Beschwerdebearbeitung, Klärung von Haftungsfragen)
- Des Weiteren stellt der Bericht die **Basis zur Anfertigung eines Sozialberichts** am Ende des Bewilligungszeitraumes dar (§4 (3) LPV)

Folgende Punkte sollten bearbeitet werden:

- Darstellung der Ziele, Methoden und Durchführung
- Beschreibung und Bewertung der Zielerreichung
- Entwicklung des Hilfebedarfes
- Formulierung neuer Anschlussziele/zukünftige Hilfeplanung
- Ggf. Begründung der weiteren Notwendigkeit der Maßnahme

Die direkten Betreuungsleistungen sind durch die betreute Person unter Berücksichtigung der jeweiligen Behinderung möglichst zeitnah, spätestens nach Ablauf eines Monats zu quittieren. (LPV § 4 (2))

Berichtswesen im stationären Wohnen

Grundlage für die Betreuungsdokumentation

Landesrahmenvertrag gemäß § 79 Abs. 1 SGB XII:

§ 10 Qualität der Leistungen,

(4) Prozessqualität

- Erstellung und Fortschreibung des jeweiligen Hilfeplanes
- Standardisierte Dokumentation der Leistungserbringung im Einzelfall (Prozessdokumentation)

Leistungs- und Prüfungsvereinbarung

§ 4 Art, Inhalt und Umfang der Leistungen

(5) Für jede Bewohnerin und jeden Bewohner wird ein individueller Hilfeplan erarbeitet, in dem die Förder- und Betreuungsziele festgelegt, überprüft und fortgeschrieben werden.

Sozial- und Verlaufsbericht - Folgebericht

Sozial- und Verlaufsbericht für die stationäre Eingliederungshilfe für behinderte Menschen

- Folgebericht -

Der Bericht ist an folgende Anschrift zu übersenden (bitte den Umschlag mit dem Zusatz "Vertrauliche Unterlagen, Sozial- und Verlaufsbericht, Az. 60-....." kennzeichnen):

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL-Behindertenhilfe
48133 Münster

Wichtiger Hinweis zum Erstellen des Sozial- und Verlaufsberichtes:

In diesem Bericht ist ausschließlich zu den Fragen/Einzelpunkten Stellung zu nehmen, die für

- die Prüfung der Wirkung der geleisteten Hilfe,
- die Entwicklung des Hilfebedarfes,
- die Eignung der Maßnahmen zur Erreichung des Zieles der Eingliederungshilfe sowie
- die zukünftige Hilfeplanung

von Bedeutung sind. Zu den Teilbereichen, in denen relevante Beeinträchtigungen bzw. Hilfebedarfe nicht bestehen, ist nicht Stellung zu nehmen. Die nachfolgend grau hinterlegten Felder sind verpflichtend zu vervollständigen.

Name, Vorname, Geburtsdatum	Aktenzeichen des LWL
-----------------------------	----------------------

Gesamteinrichtung:

Abteilung:

Ansprechpartner/in: (Name und Funktion):

→ Telefonnummer:

→ Telefaxnummer:

Berichtszeitraum:

Datum des letzten Berichtes:

Inanspruchnahme von zusätzlichen Maßnahmen
außerhalb der Einrichtung:

Art und Schwere der Behinderung (nur während des Berichtszeitraumes):

Hinzugesetzte Behinderung(en), Beeinträchtigung(en), Verhaltensauffälligkeiten und Besonderheiten während des Berichtszeitraumes:

Die letzten ärztlichen Feststellungen zu den vorliegenden Behinderungen erfolgten:

am: von (Name des Arztes, der Klinik und Fachrichtung):

Liegt ein Bescheid der Pflegekasse zur Pflegebedürftigkeit vor?

ja, und zwar mit folgendem Ergebnis:

nein, warum nicht?:

1. Darstellung der im Berichtszeitraum erbrachten Hilfeleistungen:

2. Darstellung des am Ende des Berichtszeitraumes bestehenden Hilfebedarfs
(Entwicklung von Perspektiven):

2.1 Individuelle Basisversorgung

2.2 Alltägliche Lebensführung

2.3 Gestaltung sozialer Beziehungen

2.4 Freizeitgestaltung

2.5 Kommunikation

2.6 Psychische Hilfen

2.7 Medizinische Hilfen

2.8 Schule, Ausbildung, Beschäftigung

Sozial- und Verlaufsbericht - Folgebericht

3. Darstellung der Entwicklung des Hilfealles:	
4. Darstellung der weiteren Hilfeplanung:	
4.1 Darstellung der Ziele:	
4.1.1 Kurzfristige	
4.1.2 Mittelfristige	
4.1.3 Langfristige	
4.2 Vorgesehene Hilfemaßnahmen	
Datum	Stempel der Einrichtung und Unterschrift

<p>Der vorstehende Sozial- und Verlaufsbericht wurde mir/uns zur Kenntnis gegeben und mit mir/uns (Unzutreffendes bitte streichen) besprochen. Es wurde darauf aufmerksam gemacht, dass Ich/wir die Möglichkeit haben, zu dem Sozial- und Verlaufsbericht aus meiner/unserer (Unzutreffendes bitte streichen) persönlichen Sicht Stellung zu nehmen.</p> <p><input type="checkbox"/> Von der Möglichkeit der Stellungnahme wird Gebrauch gemacht (bitte ggf. ankreuzen).</p> <p><input type="checkbox"/> siehe Anlage</p> <p><input type="checkbox"/> wird nachgereicht</p> <p><input type="checkbox"/> wird vorbehalten</p> <p><input type="checkbox"/> Von der Möglichkeit der Stellungnahme wird nicht Gebrauch gemacht (bitte ggf. ankreuzen).</p> <p><input type="checkbox"/> Ich/wir wünsche(n), dass die o.g. betreuende Einrichtung dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe den Sozial- und Verlaufsbericht zuleitet (bitte ggf. ankreuzen).</p> <p><input type="checkbox"/> Ich/wir werde/n den Sozial- und Verlaufsbericht selbst dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe übersenden (bitte ggf. ankreuzen).</p> <p>Datum,</p>			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Leistungsempfänger/in</td> <td style="border: none;">und/oder</td> <td style="border: none;">gesetzliche Vertretung (Name und Anschrift)</td> </tr> </table>	Leistungsempfänger/in	und/oder	gesetzliche Vertretung (Name und Anschrift)
Leistungsempfänger/in	und/oder	gesetzliche Vertretung (Name und Anschrift)	

Berichtswesen im Projekt Teilhabe 2015

Teilhabefortschreibung

4. Projekt Teilhabe2015 – Teilhabefortschreibung bei Verlängerungsanträgen

~~Sozial- und Verlaufsbericht~~

Im Projekt Teilhabe2015 entfallen
Sozial- und Verlaufsberichte.

3. Projekt Teilhabe2015 – Zielbegriff

21

Zielpriorisierung in Lebensbereichen

Lebensbereich 1	Teilhabe: Basisversorgung, Mobilität, wirtschaftliche Angelegenheiten
Lebensbereich 2	Teilhabe: Arbeit/Beschäftigung, Ausbildung/Beruf
Lebensbereich 3	Teilhabe: soziale Beziehungen, Freizeitgestaltung
Lebensbereich 4	Teilhabe: Familie, Partner, Freunde, Bekannte
Lebensbereich 5	Teilhabe: Umgang mit der eigenen Person
Lebensbereich 6	Teilhabe: Geistige und psycho-mentale Situation aufgrund der chronischen Erkrankung



Ziele und Bedarfe leiten sich aus den individuellen Lebenslagen ab!
Nicht in jedem Lebensbereich gibt es Ziele!
Ziele werden priorisiert!

 LWLFür die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

LWL-Behindertenhilfe Westfalen

**Teilhabefortschreibung:
Prüfung der Zielerreichung und weitere Planung**

LWL
Für die Menschen,
Für Westfalen-Lippe,

Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin: AZ:

Lebensbereich 1: Basisversorgung, Mobilität, wirtschaftliche Angelegenheiten

Globalziel / Globalziele (Zielrichtung/Ausrichtung)							
<input type="text"/>							
Nahziel/Nahziele (SMART)	Termin (Ziel war für folgenden Zeitraum vereinbart)	eingesetzte Maßnahme(n)	Einschätzung zur Zielerreichung				
			-2	-1	0	+1	+2
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grad der Zielerreichung

- 2 = viel weniger als erwartet
- 1 = weniger als erwartet
- 0 = erwartungsgemäß
- +1 = mehr als erwartet
- +2 = viel mehr als erwartet

Darstellung des Verlaufs

LWL-Behindertenhilfe Westfalen

**Teilhabefortschreibung:
Prüfung der Zielerreichung und weitere Planung**



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin:

AZ:

Beschreibung des aktuellen Hilfebedarfes

Empfehlung für die erneute Zielplanung:

Globalziel/Globalziele		
<input type="text"/>		
Nahziel/Nahziele → bitte beachten Sie die SMART Kriterien	Ziel wird für folgenden Zeitraum vereinbart	Eventuell schon geplante Maßnahmen(n)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LWL-Behindertenhilfe Westfalen

**Teilhabefortschreibung:
Prüfung der Zielerreichung und weitere Planung**

LWL
Für die Menschen,
Für Westfalen-Lippe.

Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin:

AZ:

Lebensbereich 2: Teilhabe: Arbeit / Beschäftigung, Ausbildung / Schule

Globalziel /Globalziele (Zielrichtung/Ausrichtung)

Grad der Zielerreichung
-2 = viel weniger als erwartet
-1 = weniger als erwartet
0 = erwartungsgemäß
+1 = mehr als erwartet
+2 = viel mehr als erwartet

Nahziel/Nahziele (SMART)	Termin (Ziel war für folgenden Zeitraum vereinbart)	eingesetzte Maßnahmen(n)	Einschätzung zur Zielerreichung				
			-2	-1	0	+1	+2
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Darstellung des Verlaufs

LWL-Behindertenhilfe Westfalen

**Teilhabefortschreibung:
Prüfung der Zielerreichung und weitere Planung**

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin: **AZ:**

Beschreibung des aktuellen Hilfebedarfes

Empfehlung für die erneute Zielplanung:

Globalziel/Globalziele		
<input type="text"/>		
Nahziel/Nahziele → bitte beachten Sie die SMART Kriterien	Ziel wird für folgenden Zeitraum vereinbart	Eventuell schon geplante Maßnahmen(n)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LWL-Behindertenhilfe Westfalen

**Teilhabefortschreibung:
Prüfung der Zielerreichung und weitere Planung**



Für die Menschen,
Für Westfalen-Lippe,

Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin:

AZ:

Lebensbereich 3: Teilhabe: soziale Beziehungen, Freizeitgestaltung

Globalziel /Globalziele (Zielrichtung/Ausrichtung)							
<input type="text"/>							
Nahziel/Nahziele (SMART)	Termin (Ziel war für folgenden Zeitraum vereinbart)	eingesetzte Maßnahmen(n)	Einschätzung zur Zielerreichung				
			-2	-1	0	+1	+2
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grad der Zielerreichung

- 2 = viel weniger als erwartet
- 1 = weniger als erwartet
- 0 = erwartungsgemäß
- +1 = mehr als erwartet
- +2 = viel mehr als erwartet

Darstellung des Verlaufs

LWL-Behindertenhilfe Westfalen

**Teilhabefortschreibung:
Prüfung der Zielerreichung und weitere Planung**

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (Bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin: **AZ:**

Beschreibung des aktuellen Hilfebedarfes

Empfehlung für die erneute Zielplanung:

Globalziel/Globalziele

Nahziel/Nahziele

→ bitte beachten Sie die SMART Kriterien

Ziel wird für
folgenden
Zeitraum
vereinbart

Eventuell schon geplante
Maßnahmen(n)

LWL-Behindertenhilfe Westfalen

**Teilhabefortschreibung:
Prüfung der Zielerreichung und weitere Planung**



Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin: **AZ:**

Lebensbereich 4: Teilhabe: familiäre Beziehungen, persönliche Partner(in), Freunde und Bekannte

Globalziel / Globalziele (Zielrichtung/Ausrichtung)							
<input type="text"/>							
Nahziel/Nahziele (SMART)	Termin (Ziel war für folgenden Zeitraum vereinbart)	eingesetzte Maßnahmen(n)	Einschätzung zur Zielerreichung				
			-2	-1	0	+1	+2
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grad der Zielerreichung
 -2 = viel weniger als erwartet
 -1 = weniger als erwartet
 0 = erwartungsgemäß
 +1 = mehr als erwartet
 +2 = viel mehr als erwartet

Darstellung des Verlaufs

LWL-Behindertenhilfe Westfalen

**Teilhabefortschreibung:
Prüfung der Zielerreichung und weitere Planung**



Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin:

AZ:

Beschreibung des aktuellen Hilfebedarfes

Empfehlung für die erneute Zielplanung:

Globalziel/Globalziele		
<input type="text"/>		
Nahziel/Nahziele → bitte beachten Sie die SMART Kriterien	Ziel wird für folgenden Zeitraum vereinbart	Eventuell schon geplante Maßnahmen(n)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LWL-Behindertenhilfe Westfalen

**Teilhabefortschreibung:
Prüfung der Zielerreichung und weitere Planung**

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin:

AZ:

Beschreibung des aktuellen Hilfebedarfes

Empfehlung für die erneute Zielplanung:

Globalziel/Globalziele		
<input type="text"/>		
Nahziel/Nahziele → bitte beachten Sie die SMART Kriterien	Ziel wird für folgenden Zeitraum vereinbart	Eventuell schon geplante Maßnahmen(n)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LWL-Behindertenhilfe Westfalen

**Teilhabefortschreibung:
Prüfung der Zielerreichung und weitere Planung**



Für die Menschen,
Für Westfalen-Lippe.

Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin: **AZ:**

Lebensbereich 5: Umgang mit der eigenen Person

Globalziel /Globalziele (Zielrichtung/Ausrichtung)

Nahziel/Nahziele (SMART)	Termin (Ziel war für folgenden Zeitraum vereinbart)	eingesetzte Maßnahmen(n)	Einschätzung zur Zielerreichung				
			-2	-1	0	+1	+2
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grad der Zielerreichung

- 2 = viel weniger als erwartet
- 1 = weniger als erwartet
- 0 = erwartungsgemäß
- +1 = mehr als erwartet
- +2 = viel mehr als erwartet

Darstellung des Verlaufs

LWL-Behindertenhilfe Westfalen

**Teilhabefortschreibung:
Prüfung der Zielerreichung und weitere Planung**

LWL
Für die Menschen,
Für Westfalen-Lippe,

Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin: **AZ:**

Beschreibung des aktuellen Hilfebedarfes

Empfehlung für die erneute Zielplanung:

Globalziel/Globalziele <input type="text"/>		
Nahziel/Nahziele → bitte beachten Sie die SMART Kriterien	Ziel wird für folgenden Zeitraum vereinbart	Eventuell schon geplante Maßnahmen(n)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LWL-Behindertenhilfe Westfalen

**Teilhabefortschreibung:
Prüfung der Zielerreichung und weitere Planung**



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin:

AZ:

Lebensbereich 6: Geistige und psycho-mentale Situation aufgrund der chronischen Erkrankung

Globalziel /Globalziele (Zielrichtung/Ausrichtung)

Grad der Zielerreichung
 -2 = viel weniger als erwartet
 -1 = weniger als erwartet
 0 = erwartungsgemäß
 +1 = mehr als erwartet
 +2 = viel mehr als erwartet

Nahziel/Nahziele (SMART)	Termin (Ziel war für folgenden Zeitraum vereinbart)	eingesetzte Maßnahmen(n)	Einschätzung zur Zielerreichung				
			-2	-1	0	+1	+2
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Darstellung des Verlaufs

LWL-Behindertenhilfe Westfalen

**Teilhabefortschreibung:
Prüfung der Zielerreichung und weitere Planung**



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin: **AZ:**

Beschreibung des aktuellen Hilfebedarfes

Empfehlung für die erneute Zielplanung:

Globalziel/Globalziele <input type="text"/>		
Nahziel/Nahziele → bitte beachten Sie die SMART Kriterien	Ziel wird für folgenden Zeitraum vereinbart	Eventuell schon geplante Maßnahmen(n)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LWL-Behindertenhilfe Westfalen

**Teilhabefortschreibung:
Prüfung der Zielerreichung und weitere Planung**



Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin: _____ **AZ:** _____

Gesamtbewertung:

Betrachten Sie bitte die Lebens- und Teilhabesituation des Klienten/der Klientin im letzten Hilfezeitraum.
Treffen Sie eine Einschätzung zur Entwicklung insgesamt:

Die Teilhabesituation hat sich aus Sicht des Leistungsanbieters wie folgt entwickelt:

hat sich verbessert	ist stabil geblieben	hat sich verschlechtert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Leistungen:

Nach unserer derzeitigen fachlichen Einschätzung benötigt der Klient/die Klientin weiterhin Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe

- Nein
- Ja
- stationär in der bisherigen Form
 - Änderung: _____
 - Ambulant betreutes Wohnen mit folgender Fachleistungsstundenzahl und Zeitraum
FLS: _____ Zeitraum: _____
 - Sonstiges: _____

LWL-Behindertenhilfe Westfalen

**Teilhabefortschreibung:
Prüfung der Zielerreichung und weitere Planung**



Für die Menschen,
Für Westfalen-Lippe,

Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin:

AZ:

Datum

Stempel der Einrichtung/des Dienstes und Unterschrift

Erklärung des Klienten / der Klientin :

Der vorstehende Bericht zu den eingesetzten und geplanten Maßnahmen, Leistungen und Zielen wurde mir/uns zur Kenntnis gegeben und mit mir/uns besprochen.

Ich wünsche /wir wünschen, dass die o.g. betreuende Einrichtung/ambulanter Dienst dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe den Bericht zuleitet.

Ich werde/wir werden den Bericht dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe übersenden.

Datum

Unterschrift des Klienten/der Klientin

Unterschrift gesetzliche/r Betreuer/in

Anhang

LWL-Behindertenhilfe Westfalen

**Teilhabefortschreibung:
Prüfung der Zielerreichung und weitere Planung**



Bogen zur Teilhabefortschreibung durch Anbieter (bitte Eintrag Klientenname + AZ auf der ersten Seite, beides wird bei Ausdruck auf die folgenden Seiten übertragen)

Name des Klienten/der Klientin: _____

AZ: _____

Aspekte zur Betrachtung der Lebensbereiche

1 Basisversorgung, Mobilität, wirtschaftliche Angelegenheiten

- Körperpflege
- Toilettenbenutzung
- sich kleiden
- Aufrechterhaltung des Tag-Nachtrhythmus
- Einkaufen
- Zubereitung von Mahlzeiten
- Essen / Trinken
- Kleidung und Wäsche waschen und trocknen
- den Wohnbereich reinigen
- Mobilität
- Transportmittel benutzen
- Umgang mit Geld

2 Teilhabe: Arbeit / Beschäftigung / Ausbildung / Schule

- Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit
- Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden
- Bezahlte Tätigkeit
- Unbezahlte Tätigkeit

3 Teilhabe: Soziale Beziehungen, Freizeitgestaltung

- Gemeinschaftsleben
- Erholung und Freizeit
- Religion und Spiritualität

4 Teilhabe: Familiäre Beziehungen, persönliche Partner(in), Freunde u. Bekannte

- mit Fremden umgehen
- mit Autoritätspersonen umgehen
- Familienbeziehungen
- Beziehungen zu Freunden
- Beziehungen zu Nachbarn/Bekanntem
- Beziehungen zu Mitbewohnern
- Intime Beziehungen (*Partnerschaft*)

5 Umgang mit der eigenen Person

- Ernährung und Fitness handhaben
- die eigene Gesundheit beobachten
- zum Arzt gehen
- Ausführung ärztlicher u. therapeutischer Verordnungen
- Spezielle pflegerische Erfordernisse
- Umgang mit Hilfsmitteln
- Gefahreinschätzung

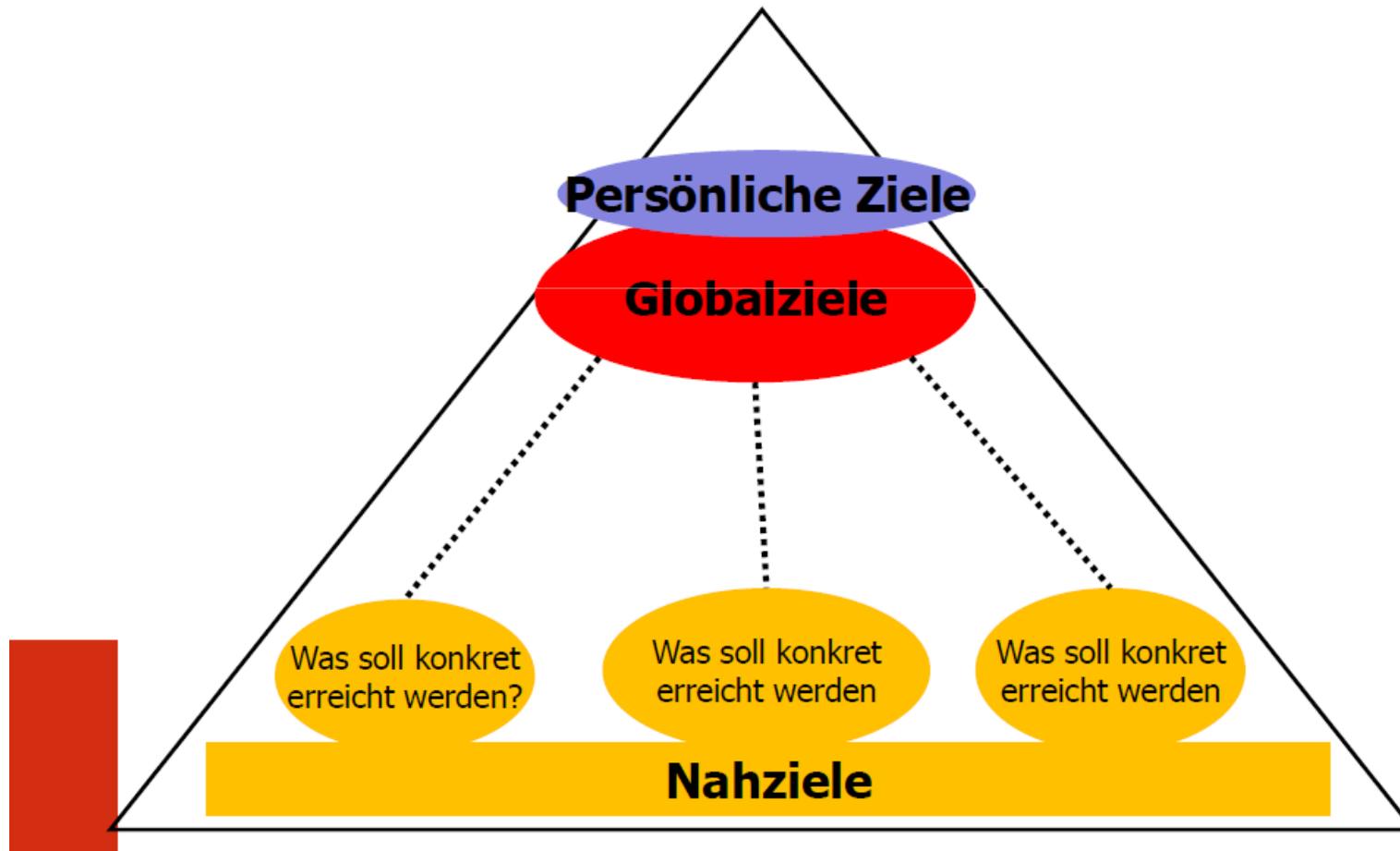
6 Geistige und psychomente Situation

- Aufmerksamkeit fokussieren
- Lesen, Schreiben, Rechnen
- Psychomotorische Kontrolle
- Artikulation und Sprechen
- Orientierung zur Zeit/Ort/Person
- Funktionen des Gedächtnisses / Denkens
- Wahrnehmung
- Umgänglichkeit
- Gewissenhaftigkeit
- Psychische Stabilität
- Selbstvertrauen
- Antrieb / Motivation
- mit Verantwortung umgehen
- mit Krisensituationen/Stress umgehen
- Probleme (erkennen, ansprechen, bearbeiten) lösen
- Entscheidungen treffen
- Absprachen treffen
- die tägliche Routine durchführen
- Drang nach Suchtmitteln
- Impulskontrolle (Selbst- und Fremdgefährdung)
- Angemessenheit der Emotionen
- Einsichtsvermögen

3. Projekt Teilhabe2015 – Zielbegriff

16

Zielarten und -ebenen



Zusammenfassung:

Formal

- Berichtswesen als Qualitätsmerkmal der Leistung
- Bestandteil der gemeinsamen Vereinbarungen (Landesrahmenvertrag und LPV)
- Grundlage für die Fortführung der Kostenzusage

:

Zusammenfassung

Inhaltlich

- Ziele und Maßnahmen beschreiben (auch Erhaltungsziele)
 - die **aktuelle Situation** des Klienten beschreiben (Nahziel) und
 - eine in die Zukunft gerichtete **Perspektive** enthalten (Globalziel)
 - dabei: **SMARTER** Ziele formulieren
Spezifisch, **M**essbar, **A**traktiv, **R**ealistisch, **T**erminiert
- eine unnötigen Wiederholungen (aus Vorberichten) enthalten
- sich auf die **konkreten** Lebensverhältnisse des Klienten beziehen
- auf **Veränderungen** im Hilfeverlauf eingehen und damit
- die **Person erkennbar** machen.

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

