

Erstkontakt und Information

Name, Vorname:		Geburtsdatum	
Adresse (tats. Aufenthalt) Telefon, E-Mail:			
Rechtliche Betreuung , Adresse, Telefon, E-Mail	<input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Gesundheitssorge <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Renten-, Sozial-, Behördenangelegenheiten <input type="checkbox"/> Regelung von Postangelegenheiten <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalt, für: _____		
Elterliche/ Personensorge			
Mitteilung durch: Adresse, Kontaktdaten:			
Mitteilung/ grobe Beschreibung des Teilhabewunschs/- Bedarfs:			

→ **Ärztliche Unterlagen im Anhang** (ohne diese kann eine Prüfung im FM nicht erfolgen)

- wir sind grundsätzlich sachlich (§ 102) und **örtlich (§ 98) zuständig**
- wir sind **vorläufig** sachlich und örtlich nach § 94 (1) und § 98 (2) Satz 1 SGB IX zuständig
- wir sind nach § 14 (2) Satz 1 und 2 SGB IX **zuständig gewordener** Reha-Träger
- wir sind **als zweitangegangener** Reha-Träger nach § 14 (2) Satz 4 SGB IX zuständig
- Eigentlich zuständig ist: _____

Zuständigkeit und Beteiligung nach §§ 14 + 15 SGB IX

- EGH ist leistender Reha-Träger im Sinne des § 14 SGB IX
- EGH ist nicht leistender Reha-Träger im Sinne des § 14 SGB IX,
leistender Reha-Träger:
 - EGH ist Splitting-Adressat im Sinne des § 15 Abs. 1 SGB IX
 - EGH ist Beteiligter im Sinne des § 15 Abs. 2 SGB IX und Einvernehmen für ein Angebot nach §119 Abs. 3 S. 2 SGB IX an LB und den anderen Reha-Träger liegt vor:
 - ja, erfolgt am: _____
 - nein, Begründung: _____

Die Mitteilung ist:	<input type="checkbox"/> als Bedarfsmeldung zu werten <input type="checkbox"/> als Antrag zu werten
---------------------	--

Geprüft, am	_____	Von, LSB:	_____
-------------	-------	-----------	-------

→ **Übergabe von LSB an zuständigen FM (FV JB) + erster Austausch**

Datum: _ _ _ _ _

LSB

gemeinsam

Prüfung der Zuständigkeit

Liegt ein Antrag vor? ja nein

LSB

Wenn ja, Datum:

Wesentliche Behinderung nach § 99 SGB IX i. V. m. § 53 SGB XII in Verbindung mit BAGüS-RL bzw. Gutachten Gesundheitsamt gegeben?

FM

ja nein → **dann zur Ablehnung an Leistung** (hier Ende der Bearbeitung)

Bedarfsermittlung

Schweigepflichtentbindung eingeholt? ja nein

BEI_BW Vorbereitungsbogen zugeschickt? ja nein

BEI_BW erfolgt? ja nein

FM

Teilhabe einschränkung durch Behinderung gegeben?

ja nein → **dann zur Ablehnung an Leistung** (mit Entscheidung)

→ Übergabe FM an LSB + Austausch:

Info FM an LSB über Bedarfe, Stand der Antragstellung
 Klärung, ob andere Stellen/Reha-Träger beteiligt werden müssen:

gemeinsam

Beteiligte im Rahmen des GP/THP-Verfahrens:

Stelle	Beteiligung	Einverständnis LB	Person und Form der Beteiligung	Teilnahme GP/TP Konferenz
Rechtliche Vertretung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
LSB EGH	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beteiligte nach § 121 Abs. 3 SGB IX				
Person des Vertrauens	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Behandelnder Arzt/	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

gemeinsam

Stelle	Beteiligung	Einverständnis LB	Person und Form der Beteiligung	Teilnahme GP/TP Konferenz
Folgende Stellen können leistende oder zu beteiligende Reha-Träger sein: → wenn Beteiligung: Teilhabeplan erstellen				
Jugendamt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gesetzl. Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gesetzl. Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Integrationsamt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Pflegebedarf erkennbar? <i>Siehe BEI_ BW Bogen C „häusliches Leben“ und „Selbstversorgung“</i>				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
➔ Wenn ja, muss Pflegekasse gem. §117 Abs. 3 am GP/THP Verfahren teilnehmen!				
Pflegekasse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Träger der Leistungen der Hilfe zur Pflege	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Träger existenzsichernder Leistungen				
Grundsicherung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Jobcenter	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leistungserbringer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstige Beteiligte				
Sonstige / andere öffentliche Stellen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

gemeinsam

Nur bei Beteiligung anderer Rehabilitationsträger nach § 15 Abs. 2 SGB IX:

- Einvernehmliche, umfassende und trägerübergreifende Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in Fällen nach § 15 Abs. 3 S. 1 ist gegeben.
- Voraussetzungen nach § 15 Abs. 3 S. 1 liegen nicht vor, Träger der EGH erbringt die Leistungen im eigenen Namen. (Erstattungsansprüche nach § 16 SGB IX prüfen)

➔ Ergebnis anderer Reha-Träger angefordert + eingegangen? ja nein

➔ **Rückmeldung LSB an FM über Ergebnis anderer Reha-Träger**

LSB

→ **Gemeinsames Einbringen von LSB und FM in die (Neu-)Fallberatung**

gemeinsam

Hat eine Neufallberatung stattgefunden? ja nein

Gesamt- oder Teilhabeplan?

Es liegt nur eine Leistungsgruppe nach § 5 SGB IX vor (EGH ist alleiniger Reha-Träger) → Gesamtplan	<input type="checkbox"/>
Oder	
Es liegen verschiedene Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX vor. Leistungen: <input type="checkbox"/> der medizinischen Rehabilitation <input type="checkbox"/> zu Teilhabe an Bildung <input type="checkbox"/> zur Teilhabe am Arbeitsleben <input type="checkbox"/> zur sozialen Teilhabe	<input type="checkbox"/>
Und	
<input type="checkbox"/> Die EGH ist alleiniger Reha-Träger .	<input type="checkbox"/> Es liegen mehrere Reha-Träger nach § 6 SGB IX vor: <input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenkassen <input type="checkbox"/> gesetzliche Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Bundesagentur für Arbeit <input type="checkbox"/> gesetzliche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Träger der öffentlichen Jugendhilfe <input type="checkbox"/> Träger der KOF
→ Gesamtplan gilt auch als Teilhabeplan	→ Teilhabeplan (trägerübergreifend) + Gesamtplan für die EGH-Leistung/en

Abschluss

Entscheidung vor Erstellung des Gesamt/Teilhabeplans an LSB notwendig? ja nein

Gesamtplan formuliert? ja nein

Bei Bedarf: Teilhabeplan formuliert? ja nein

FM

ENDE → ABLAGE IN LEISTUNGSAKTE