**Erfassungsbogen**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name:** |  |
| **Vorname:** |  |
| **Wohnangebot:** |  |
| **Erfassungsdatum:** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Paket** | **Paket-Bezeichnung** | **Auswahl der Intensitäten** | **Bedarf****Ja/Nein** | **Stufe** | **zutreffendes ankreuzen** |
| **Paket 0:** | **Leben mit nächtlicher Versorgungssicherheit** | kein Leistungsbedarf |  | Stufe 0 |  Keine Einstufung:wird für das Angebot festgelegt   |
| Rufbereitschaft |  | Stufe 1 |
| Nachtbereitschaft |  | Stufe 2 |
| Nachtwache (einfach) |  | Stufe 3 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Paket 1a:** | **Leben in Sicherheit im häuslichen Umfeld** | kein Leistungsbedarf |  | Stufe 0 |   |
| Hintergrund-, zeitweilige Präsenz |  | Stufe 1 |  |
| Ständige Präsenz |  | Stufe 2 |   |
| ständige Präsenz /jederzeit eingreifen |  | Stufe 3 |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Paket 1b:** | **Leben in Sicherheit bei Krankheit und Urlaub** | Keine Einstufung erforderlich!  |

Zur Vereinfachung der Einstufung wurde die Reihenfolge der Pakete 2a,2b,2c umgedreht.

Zunächst wird Paket 2c eingeschätzt, dann der Wert aus 2b festgelegt und auf die Leistungen verteilt. Zum Abschluss wird das Paket 2a bewertet.

|  |  |
| --- | --- |
|  **LP 2c) Unterstützung bei der Selbstversorgung** | **Bitte** **ankreuzen** |
| **Speiseversorgung:** | Die Leistungen umfassen die Speiseversorgung, insbesondere die Zubereitung von Frühstück und Abendessen (täglich) sowie die Zubereitung des Frühstücks, Mittagessens und Abendessens an Samstagen, Sonn- und Feiertagen sowie Schließzeiten der WfbM. |  |
| **Reinigung:** | Unterhaltsreinigung und Grundreinigung persönlicher Wohnraum / Ordnung im eigenen ZimmerDie Unterhaltsreinigung und Grundreinigung persönlicher Wohnraum umfasst Assistenzleistungen nach § 9 I Abs. 1 i.V.m. § 48 Abs. 1 b) LRV in Form der vollständigen Übernahme in Teilbereichen der allgemeinen Erledigung des Alltags und der häuslichen Versorgung nach § 47 Abs. 2 LRV. Die Leistungen umfassen im Rahmen der Unterhaltsreinigung die Reinigung der Böden der persönlichen Wohnflächen (Räume der Wohngemeinschaft und Zimmer der Leistungsberechtigten), die Reinigung der Sanitärräume der Leistungsberechtigten. Sie umfassen darüber hinaus in regelmäßigen Abständen die Grundreinigung der genannten Räume einschließlich Einrichtung. |  |
| **Wäschereinigung:** | Die Wäschereinigung umfasst Assistenzleistungen nach § 9 I Abs. 1 i.V.m. § 48 Abs. 1 b) LRV in Form der vollständigen Übernahme in Teilbereichen der allgemeinen Erledigung des Alltags und der häuslichen Versorgung nach § 47 Abs. 2 LRV. Die Leistungen umfassen die Wäschereinigung der maschinenwaschbaren gemeinschaftlichen Wäsche (Tischdecken, Geschirrtücher, Bettwäsche, etc.) sowie der persönlichen Wäsche (ggf. eigene Bettwäsche, Bekleidung, etc.), das Bügeln, Sortieren und Zusammenlegen. Die Leistungen umfassen auch die Kennzeichnung der persönlichen Wäsche. |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Paket 2b:** | **Leistungen zur Pflege nach § 82 LRV** |  | **Zeitwerte aus der Pflege****(Minuten/Tag)** | **zutreffendes ankreuzen** |
| Pflegegrad 0 | **0** |  |
| Pflegegrad 1 | **12,63** |  |
| Pflegegrad 2 | **15,40** |  |
| Pflegegrad 3 | **24,47** |  |
| Pflegegrad 4 | **32,58** |  |
| Pflegegrad 5 | **36,34** |  |

Pflegegrad und/oder Zeitwerte dienen der Einstufung!

|  |
| --- |
| **LP 2b) Paket Pflege** |
|  | **Körperbezogene Pflegemaßnahmen** | **Bedarf****Ja/Nein** | **Minuten p. Tag** |
| Kapitel | Mobilität |  |  |
| 4 | Hilfen zur Mobilität: Aufstehen und Zubettgehen sowie das Betten und Lagern |  |  |
| 4 | Gehen, Stehen, Treppensteigen |  |  |
|  | Selbstversorgung  |  |  |
| 5 | Hilfen bei der Körperpflege: Waschen, Duschen und Baden, Zahnpflege, Kämmen einschließlich Herrichten der Tagesfrisur |  |  |
| 5 | Rasieren einschließlich der Gesichtspflege |  |  |
| 5 | An- und Auskleiden |  |  |
| 5 | Säubern/Wechseln der Kleidung |  |  |
| 5 | Darm- oder Blasenentleerung. |  |  |
| 5 | Hilfen bei der Ernährung: mundgerechtes Zubereiten der Nahrung sowie die Unterstützung bei der Aufnahme. Dazugehörige Hygienemaßnahmen z.B. Mundpflege, Händewaschen |  |  |
|  | **Einfachste Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege** **(vgl. Anlage zu § 82 Abs. 1b) LRV** |  |  |
| Kapitel | Selbstversorgung |  |  |
| 5 | Blutdruckmessung |  |  |
| Blutzuckermessung |  |  |
| Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung |  |  |
| Flüssigkeitsbilanzierung |  |  |
| Inhalation (gilt nicht für Leistungen im Rahmen spezieller Krankenbeobachtung)  |  |  |
| Auflegen von Kälteträgern |  |  |
| Richten von Medikamenten |  |  |
| Medikamentengabe |  |  |
| Augentropfengabe |  |  |
| Einreibungen (soweit es sich nicht um schwierige Wundversorgung handelt) |  |  |
| Medizinische Bäder |  |  |
| An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen bzw. -strumpfhosen bis zur Kompressionsklasse 2 |  |  |
| An- und Ablegen Stützverbände |  |  |
| An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen zur Krankenbehandlung |  |  |
| Zeitwert Gesamt: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Paket 2a** | **Selbstbestimmte Routinen im Wohnalltag (Bereiche Mobilität, Selbstversorgung und häusliches Leben)****Die Leistungen aus dem Paket 2b (Pflege) ist hier zu berücksichtigen!** |
| **Kapitel** | **Mobilität** | **Bedarf Ja/****Nein** | **Minuten am Tag***(Ausgewählter Zeitwert bitte ankreuzen)* |
| 4 | Begleitung und Unterstützung bei eingeschränkter Mobilität (z.B. bei Rollstuhlabhängigkeit, Hilfen beim Transfer) innerhalb der besonderen Wohnform, Unterstützung beim Heben und Tragen, Benutzung von Gegenständen (Hand- und Armgebrauch). |  | **0** | **2** | **5** | **8** | **16** |
| 4 | Assistenz beim Aufstehen, Zubettgehen nach indiv. Bedarf, Körperposition ändern u. aufrecht erhalten. |  |
| 4 | Assistenz beim Aus-dem-Haus gehen, Zurückkommen in unmittelbarer Umgebung der besonderen Wohnform, z.B. vom Fahrdienst in das Haus. |  |
|  | **Selbstversorgung** |  | **Minuten am Tag**  |
| 5 | Assistenz bei der Sicherstellung und Durchführung der Körperpflege und Hygiene, z.B. Waschen, Duschen, Baden, einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden, Benutzung der Toilette oder eines Toilettenstuhls |  | **0** | **2** | **9** | **16** | **24** |
| 5 | Assistenz bei der Speiseneinnahme im Einzelfall |  |
| 5 | Grundständige Unterstützung (Auffordern, kontrollieren, beaufsichtigen) zur Selbstversorgung im Gruppenalltag z.B. Essen, Trinken |  |
| 5 | Sicherstellung der ärztlich verordneten Leistungen z.B. bei Krankheit, die Einhaltung von Bettruhe am Tag. |  |
| 5 | Assistenz bei der Organisation ärztlicher oder therapeutischer Leistungen insbesondere zur Diagnostik, Beratung, Vorsorge und Heilbehandlung, Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie, Hausbesuch Hausarzt. |  |
| 5 | Assistenz bei der Umsetzung ärztlicher und therapeutischer Empfehlungen und Verhaltensanweisungen, z.B. die Einhaltung von Diätenvorschriften sowieeinfachste Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege (Anlage zu § 82 Abs. 1b LRV SGB IX). |  |
| 5 | Assistenz bei der Organisation der Hilfsmittel- und Medikamentenversorgung.Assistenz bei der Medikamenteneinnahme im Einzelfall (z.B. Motivation zur Einnahme, Bedarfsmedikation).  |  |
| 5 | Assistenz bei der Umsetzung therapeutischer Empfehlungen im Alltag , z. B.: Bewegungsübungen, Steh- und Gehübungen, Aktivitäten des tägl. Lebens zur Anwendung des in der Therapie erlernten oder zur Sicherung der Erreichung therapeutischen Ziele. |  |
| 5 | Assistenz bei der Umsetzung der Ernährungsvorgaben, z.B. Trinkmenge, Bilanzierung, NaCl-Reduktion, Zusatznahrung, Nutzung von und Training mit individuellen Hilfsmitteln im Alltag . |  |
| 5 | Beobachtung im Hinblick auf spezifische Krankheitssymptome (z.B. Anfälle) und Überwachung im Alltag (Schmerztagebuch), bei Bedarf Vitalfunktionen. |  |
| 5 | Assistenz bei Belastungssituationen, stützende und helfende Gespräche z.B. bei psychischen ErkrankungenSystematisches Screening im Alltag nach spezifischen Risiken: z. B. Dekubitus bei QL |  |
| **Kapitel** | **Häusliches Leben** |  | **Minuten am Tag**  |
| 6 | Gestaltung der gemeinsamen Mahlzeiten, grundständige Unterstützung bei der Vorbereitung und Bereitstellung der Mahlzeiten (anrichten, Tischdecken- abräumen). |  | **0** | **3** | **7** | **13** | **19** |
| 6 | Assistenz bei der Haushaltsführung- und Organisation **(Spezielle Befähigungs- bzw. Erhaltungsziele im Einzelkontext)** insbesondere bei Reinigungsarbeiten im Wohnbereich (z.B. aufräumen, reinigen, Staubwischen, Ordnung halten), Wäscheversorgung, Zubereitung von Mahlzeiten. |  |
| 6 | Assistenz bei der Haushaltsführung- und -organisation, Reinigungsarbeiten, Ordnung halten (Hausarbeiten, Pflege von Geräten, Wäscheversorgung) |  |
| 6 | Assistenz bei der Zubereitung (z.B. kochen) Mahlzeiten, Einkauf und Besorgungen. |  |
|  | ***Gesamtergebnis:*** | ***Summer der Zeitwerte:***  | *(****Minuten gesamt eintragen)*** |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Paket 2a:** | **Selbstbestimmte Routinen im Wohnalltag: Mobilität, Selbstversorgung, häusliches Leben** | **Auswahl der Intensitäten** | **Stufe** | **zutreffendes ankreuzen** |
| kein Leistungsbedarf | Stufe 0 |   |
| geringer Bedarf>2 -<14 Minuten | Stufe 1 |   |
| mittlerer Bedarf14- <29 Minuten | Stufe 2 |  |
| hoher Bedarf29 – <48 Minuten | Stufe 3 |   |
| sehr hoher Bedarf48– 59 Minuten | Stufe 4 |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Paket 3a** |  | **Individuelle Selbstbestimmte Lebensgestaltung** |
| **Kapitel** | **Lernen und Wissensanwendung** | **Bedarf****Ja/****Nein** | **Stunden in der Woche***(Ausgewählter Zeitwert bitte ankreuzen)* |
| **1** | Assistenz bei der Erfassung von Informationen, z.B. dem Lesen (z.B. Briefen, Zeitungen, Handy, Internet, Wochenplan), Schreiben und Rechnen |  | **0** | **0,5** | **1,0** | **1,5** | **2,0** | **2,5** |
| **1** | Assistenz bei der Lösung von Problemen u.a. Klärung von Konflikten z.B. Entwicklung von Lösungsstrategien |  |
| **1** | Unterstützung bei Entscheidungen im sozialen Kontext auf der Personenebene, durch Beratung, Erinnern, Motivieren, Besprechen. |  |
| **1** | Unterstützung bei Entscheidungen im Alltag der Gruppe, durch Beratung, Erinnern, Motivieren, Besprechen. |  |
| **1** | Anamnese, Diagnostik, sowie der laufenden individuellen Maßnahmenplanung und Umsetzung im Alltag. |  |
| **1** | Assistenz bei der Analyse und Konzentration auf Kompetenzen, Stärken und Fähigkeiten des Leistungsberechtigten |  |
| **1** | Assistenz für das Verständnis komplexer Sachverhalte, (z.B. in einfacher Sprache) Unterstützung beim Treffen komplexer Entscheidungen in den Bereichen Bildung, Ausbildung, Arbeit, Wohnen, Partnerschaft / Familienplanung und sozialer Sicherheit.  |  |
| **1** | Assistenz bei der Analyse und Konzentration auf Kompetenzen, Stärken und Fähigkeiten des LB |  |
| **Kapitel** | **Allgemeine Aufgaben und Anforderungen** |  | **Stunden in der Woche** |
| **2** | Assistenz bei der Erledigung der privaten und amtlichen Post und Erläuterung der Rechte und Pflichten aus Verträgen (z.B. WBVG –Vertrag, Handyvertrag). |  | **0** | **0,5** | **1,0** | **1,5** | **2,0** | **2,5** |
| **2** | Assistenz beim Umgang des einzelnen Leistungsberechtigten in Stresssituationen, und bei anderen psychischen Anforderungen |  |
| **2** | Grundständige Unterstützung im Gruppenkontext und Auffrischen von Routinen im Alltag(z.B. Hausordnung). |  |
| **2** | Grundständige Unterstützung und Auffrischen von Routinen im sozialen Kontext (z.B. Regeln des allgemeinen Umgangs). |  |
| **2** | Assistenz bei der persönlichen Lebensplanung, bei der Entwicklung von Zielen und Zukunftsperspektiven sowie in besonderen Lebenssituationen |  |
| **2** | Akute Krisenintervention, Krisenbegleitung |  |
| **2** | Assistenz bei Gruppengesprächen, -angeboten und -unternehmungen in Bezug auf mit Verantwortung umgehen, neue Aufgaben vorbereiten, Voraussetzungen schaffen (z.B. sich um Zeit und Räumlichkeiten kümmern).  |  |
| **2** | Begleitung von Gruppenangeboten im Gruppenalltag |  |
| **2** | Assistenz bei Handlungen und Beratung zum besseren Verständnis um mit Verantwortung (z.B. Pflichten) umgehen zu können. |  |
| **Kapitel** | **Kommunikation** |  | **Stunden in der Woche** |
| **3** | Empfänger: Mitteilungen erfassen und Bedeutung verstehen, Gestehn und Gebärden verstehen, schriftliche Mitteilungen verfassen |  | **0** | **0,25** | **0,5** | **0,75** | **1,0** | **1,25** |
| **3** | Sender: sprechen lernen, Non-Verbale Mitteilungen produzieren, Körpersprache einsetzen, Zeichnungen und Fotos machen, Zeichen und Symbole produzieren |  |
| **3** | Basale Kommunikation; Konversation durchführen, wie beginne ich ein Gespräch, wie kann ich eine Unterhaltung aufrechterhalten, wie kann ich eine Unterhaltung beenden, wie kann ich mit mehreren Personen eine Unterhaltung führen; wie kann ich Diskussionen führen |  |
| **3** | Assistenz bei Gebrauch von Kommunikationsgeräten und Techniken; Technische Schreibgeräte benutzen, Telekommunikationsgeräte nutzen |  |
| **Kapitel** | **Mobilität, Selbstversorgung, häusliches Leben** |  | **Stunden in der Woche** |
| **4** | Assistenz zur Bewegung/Mobilität im Wohnumfeld und anderer Sozialräume sowie Assistenz in fremden Gebäuden und Umgebung |  | **0** | **0,5** | **1,0** | **1,5** | **2,0** | **2,5** |
| **4** | Assistenz bei der Benutzung von Verkehrsmitteln im Alltag |  |
| **4** | Begleitung und Unterstützung bei eingeschränkter Mobilität außerhalb der Wohnung (z.B. bei Rollstuhlabhängigkeit, Hilfen beim Transfer). Unterstützung beim Heben und Tragen, Benutzung von Gegenständen (Hand- und Armgebrauch). |  |
| **5** | Ass. zur Befähigung bzw. Begleitung zu Sanitätshaus, Akustiker, Optiker, Apotheke, Friseur, Fußpflege, u.a. |  |
| **5** | Befähigung zur Gesundheitssorge, z.B. Ausbildung und Erhalt von Bewusstsein und Sensibilität für die eigene Gesundheit, wie gesunde Ernährung, Umgang mit Alkohol und Nikotin, Suchtmittel, ausreichende Bewegung |  |
| **6** | Assistenz beim Einkauf von Gegenständen des täglichen Bedarfs, auch von Bekleidung, und persönliche Haushaltswäsche (z.B. Handtücher, Bettwäsche), |  |
| **Kapitel** | **Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen** |  | **Stunden in der Woche** |
| **7** | Assistenz bei der Reflexion und Regulierung des Verhalten in Beziehungen (Kontextuell und in sozial angemessener Weise interagieren wie Respekt, Wärme, Toleranz, Kritik, körperlicher Kontakt, Soziale Regeln, sozialer Abstand) |  | **0** | **0,5** | **1,0** | **1,5** | **2,0** | **2,5** |
| **7** | Assistenz bei der Auseinandersetzung mit der eigene Sexualität |  |
| **7** | Gestaltung sozialer Beziehungen, sofern dies unmittelbar mit dem Tagesablauf in der (Wohn-) Gruppe zusammenhängt, zum Beispiel Zusammenleben mit Mitbewohnern, grundständige Kontaktpflege. Vermittlung in alltäglichen Interessenkonflikten im Gruppenalltag. |  |
| **7** | Assistenz bei der Förderung, Aufbau, Aufrechterhalten und Beenden sozialer Beziehungen  |  |
| **Kapitel** | **Bedeutende Lebensbereiche** |  | **Stunden in der Woche** |
| **8** | Unterstützung im Umgang mit Geld im üblichen Umfang |  | **0** | **0,25** | **0,5** | **0,75** | **1,0** | **1,25** |
| **8** | Assistenz bei der Erledigung von Angelegenheiten mit Behörden und Betreuern.Assistenz bei finanziellen Angelegenheiten, z.B. Erledigung von Bankgeschäften, Auslagenverwaltung, Barmittelverwaltung. |  |
| **8** | Assistenz an der Schnittstelle zum Bereich Bildung/Arbeit/Tagesstruktur, z. B. bei Regelkommunikation und Krisen |  |
| **Kapitel** | **Gemeinschafts- soziales und staatsbürgerliches Leben** |  | **Stunden in der Woche** |
| **9** | Assistenz bei der Klärung der persönlichen Lebensgestaltung, des Selbstmanagements und der eigenen Rolle in den verschiedenen Kontexten (z.B. Hinweis auf Eigenwahrnehmung und Fremdwahrnehmung im gemeinschaftlichen Kontext u.a. im Vereinsleben). |  | **0** | **0,5** | **1,0** | **1,5** | **2,0** | **2,5** |
| **9** | Assistenz bei der Herausarbeitung von Interessen, Hobbys und Wünschen in Bezug auf gemeinschaftliches Leben, Freizeit, Kultur, Politik und Sport  |  |
| **9** | Assistenz und Begleitung zur Teilnahem an Angeboten z.B. in Vereinen, Parteien, Kursen, Kirchen und Religionsgemeinschaften, Veranstaltungen, sofern gemeinschaftlich und im nahen Sozialraum erbracht |  |
| **9** | Einzelassistenz und Begleitung zur Teilnahme an Angeboten z.B. in Vereinen, Parteien, Kursen, Kirchen und Religionsgemeinschaften, Veranstaltungen im nahen Sozialraum. |  |
| **9** | Assistenz zur Ermöglichung von ehrenamtlichem Engagement |  |
| **9** | Assistenz zur Erschließung der Angebote im Sozialraum (Teilhabekreise („spezielle Stammtische“), Veranstaltungen) Sicherung von Kontakten zu Menschen vor Ort. |  |
|  | **Gesamtergebnis:** | ***Summer der Zeitwerte:***  | *(****Minuten gesamt eintragen)*** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Paket 3a:** | **Individuelle****Selbstbestimmte Lebensgestaltung** | **Auswahl der Intensitäten** | **Stufe** | **zutreffendes ankreuzen** |
| kein Leistungsbedarf | Stufe 0 |  |
| Sehr geringer Bedarf0,25 – <4,5 Stunden | Stufe 1 |  |
| geringer Bedarf4,5 - <7,5 Stunden  | Stufe 2 |  |
| mittlerer Bedarf7,5 - <10,5 Stunden | Stufe 3 |  |
| hoher Bedarf10,5 - <13,5 Stunden | Stufe 4 |  |
| sehr hoher Bedarf13,5 – 15 Stunden | Stufe 5 |  |

|  |
| --- |
| **LP 3b) Bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Arzt- und Therapiebesuchen** |
| **Paket 3b:** | **Bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Arzt- und Therapiebesuchen**  | kein Leistungsbedarf | Stufe 0 |   |
| bis 10 Std. pa. | Stufe 1 |  |
| von 11 - 20 Std. p.a. | Stufe 2 |   |
| von 21 - 30 Std. p.a. | Stufe 3 |   |
| von 31 - 40 Std. p.a. | Stufe 4 |   |
| Von 41 – 50 Std. p.a. | Stufe 5 |  |

|  |
| --- |
| **Individuelle Fachleistungsstunden (ILB 4)** |
| **ICF** | **Inhalt** **Ziel/Maßnahme** | **Stunden****(Anzahl)** | **pro****Tag/****Woche/****Monat/****Jahr** | **Einzeln/****Pooling-quote** | **Fachkraft****(Studium/****Ausbildung)****Nichtfachkraft** |
| *Beispiel:* | *Besuch des Gottesdienstes in der Stadt* | *4* | *Monat* | *Einzel* | *Nichtfachkraft* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Anmerkung:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Leistung** | **Ja/Nein** |
| **Assistenz im Krankenhaus durch Johannes-Diakonie** *Bitte im Gesamtplan oder Leistungsbescheid übernehmen!* |  |

**Anmerkung:**