



## **Merkblatt zum Sozial- und Entwicklungsbericht für die Eingliederungshilfe nach SGB IX**

Der Bericht ist an folgende Anschrift zu übersenden (bitte den Umschlag mit dem Zusatz **“Vertrauliche Unterlagen, Sozial- und Entwicklungsbericht, Az. ....”** kennzeichnen):

Kommunaler Sozialverband Sachsen  
Fachbereich 2 - Eingliederungs- und Sozialhilfe  
z. H. ...  
PF 10 09 62  
04009 Leipzig

### **I. Allgemeine Hinweise**

Der Bericht der Leistungserbringer über die Entwicklung des Unterstützungsbedarfes ist – in Ergänzung des ITP Sachsen – ein wichtiger Baustein für die Leistungsgewährung im Rahmen der **Sozialen Teilhabe für Menschen mit Behinderung**, insbesondere in besonderen Wohnformen (bW), in weiteren besonderen Wohnformen (wbW) und in Tageseinrichtungen.

Der Bericht ist als eine Art Checkliste konzipiert und soll eine Gesamtbetrachtung der Lebenssituation im Hinblick auf die Teilhabe und den Unterstützungsbedarf aus Sicht der Leistungserbringer ermöglichen. Der Bericht orientiert sich an der ICF. Im Bericht ist insbesondere zu den Fragen/Einzelpunkten Stellung zu nehmen, die wichtig sind für

- die Wirkung der geleisteten Eingliederungshilfe,
- die Entwicklung des Unterstützungsbedarfes in den Lebensbereichen und
- die Eignung der Maßnahmen der Eingliederungshilfe.

Wir bitten, die **Fähigkeiten/Ressourcen, Beeinträchtigungen** und konkrete, sich daraus ergebende **Unterstützungsbedarfe** möglichst präzise und verständlich zu benennen. Bereiche, in denen kein Unterstützungsbedarf besteht oder nicht gewünscht ist, bleiben frei.

**Bitte fassen Sie sich kurz! Verwenden Sie prägnante (kurze und gehaltvolle) Angaben.** Allgemeine Begriffe und Wiederholungen sollen vermieden werden, damit der Arbeitsaufwand begrenzt bleibt.

### **II. Erläuterungen**

**Name, Vorname des Leistungsberechtigten (LB)<sup>1</sup>, geb. am, Aktenzeichen KSV Sachsen**

#### **➤ zu Ziffer 1) Basisdaten**

Wohnsituation: z. B. in der sogen. besonderen Wohnform (bW) - vormals Wohnheim - in einer Wohngruppe oder Außenwohngruppe oder Zwischenangebot usw. oder in einer sogen. weiteren besonderen Wohnform (wbW) – vormals ambulant betreutes Wohnen - abW.

<sup>1</sup> Aufgrund der besseren Lesbarkeit des Textes wird durchgehend die männliche Form verwendet.

Bitte geben Sie ggf. bestehende Besonderheiten in der Wohnsituation an (betrifft vorrangig wbW): z. B. alleinlebend; in einer Partnerschaft; mit Kind/ern zusammen lebend; angespanntes Nachbarschaftsverhältnis; Vereinsamung, Vermüllen der Wohnung u. ä.

Sofern der LB in einer Wohngruppe oder in einer ambulanten Wohngemeinschaft lebt, bitte Anzahl der Bewohner angeben.

### ➤ zu Ziffer 2) Angaben zu Art und Umfang der Behinderung

Angaben zur Art der wesentlichen Behinderung: körperliche, geistige, seelische Behinderung, Suchterkrankung, Art der Sinnesbehinderung (blind, gehörlos, taubstumm) und die Diagnose nach ICD 10 (sofern bekannt) sind bitte einzutragen.

Beim **Folgebericht** genügt ein Verweis auf die Angaben im Erstbericht. Sofern im Berichtszeitraum neue Behinderungen/Beeinträchtigungen hinzugekommen sind, die sich nachhaltig auf den Unterstützungsbedarf auswirken, sollen diese aufgeführt werden.

Akute Erkrankungen, die nicht im Zusammenhang mit der Behinderung stehen und sich auch nicht nachhaltig auf diese auswirken, sind hingegen nicht relevant.

Soweit **aktuelle** fachärztliche oder wichtige medizinische Unterlagen im Zusammenhang mit der Behinderung vorliegen, wird gebeten, diese Unterlagen an den KSV Sachsen als Anlage zum Bericht zu übersenden. Das Einverständnis des LB hierzu wird unter Ziffer 13 eingeholt.

### ➤ zu Ziffer 3) Inanspruchnahme zusätzlicher sozialer Leistungen / Maßnahmen - ergänzend zur Eingliederungshilfe (auch außerhalb des Leistungsangebots)

Bitte geben Sie Besuche von Einrichtungen oder die Inanspruchnahme von Leistungen an, die im Zusammenhang mit der Behinderung stehen; wie z. B. Teilnahme an Arbeitstherapien, Integrations- oder Zuverdienst-Projekten oder medizinischen Therapien (z. B. Physio- oder Ergotherapie), Pflegedienst, Hauswirtschaftsdienst usw.

Wenn ja, bitte **Art und Häufigkeit** der zusätzlichen Leistungen konkret **benennen**.

### ➤ zu Ziffer 4) Ressourcen / Fähigkeiten

Welche **persönlichen** Ressourcen oder Fähigkeiten sind vorhanden? Was kann der LB besonders gut? Was gelingt dem LB in der aktuellen Lebenssituation?

### ➤ zu Ziffer 5) Umfeldhilfen

Welche Hilfen aus dem Umfeld gibt es: z. B. Medikamente, Hilfsmittel wie Rollstuhl, Talker usw.? Wer hilft aus dem Umfeld noch – Familie, Freunde, Bekannte, Nachbarn? Ist ein soziales Netzwerk vorhanden und kann der LB dieses nutzen? Besucht der LB (Sport-) Vereine, Selbsthilfegruppen, Kontakt- und Beratungsstellen z. B. für Sucht, Sozialpsychiatrischer Dienst (SPDi) usw.?

Wenn ja, bitte **Art und Umfang der Unterstützung** konkret benennen.

Ist eine gute ärztliche Anbindung, z. B. über Hausarzt oder Facharzt vorhanden? Sofern ein rechtlicher Betreuer vorhanden ist; besteht ein guter Kontakt und Unterstützung durch diesen?

### ➤ zu Ziffer 6) Psychische, übergreifende Faktoren

Welche psychischen und übergreifenden Faktoren sind von besonderer Bedeutung, wie bspw:

- Wie verhält es sich mit der Motivation, dem Antrieb oder dem Umgang mit Stress?
- Spielen Suchtmittel eine Rolle?
- Kann der LB seine Aufmerksamkeit und Konzentration auf Dinge/Tätigkeiten richten?
- Ist der LB zeitlich und/oder örtlich orientiert? In fremder und vertrauter Umgebung?
- Kann der LB sein Verhalten steuern? Wie verhält es sich mit der Bewältigung von Problemen im Umgang mit sich selbst, Selbstwertprobleme, Unruhe, Apathie etc.?
- Wie verhält es sich mit der Bewältigung psychiatrischer Symptomatik? Wahrnehmungsstörungen, Depressionen, Störungen der Ich-Identität, hirnorganische Störungen, selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten, Suizidalität etc.?

**Hinweis:** Wenn für einen LB mit **schweren Verhaltensauffälligkeiten** (insbes. in der Intensivpädagogischen Wohnstätte IPW, Zwischenangebot) ein **Zusatzbogen C** zum ITP Sachsen ausgefüllt wurde, geben Sie bitte an: „siehe Bogen C“ und fügen den Bogen C bei. Ziffer 6 bleibt dafür frei.

➤ **zu Ziffer 7) Aktuelle Lebenssituation**

Allgemeine Informationen und übergreifende Themen im aktuellen Berichtszeitraum sind bspw. vor kurzem stattgefundenen Krankenhausaufenthalte, schwere Erkrankungen, Krisen im sozialen Beziehungssystem (z. B. Elternteil verstorben).

➤ **zu Ziffer 8) Besonderheiten**

Bspw. sehr hoher Pflegeaufwand, Freiheitsentziehende Maßnahmen, Sprachbarriere anderenfalls bitte „keine“ eintragen.

➤ **zu Ziffer 9) Beschreibung der Fähigkeiten, Beeinträchtigungen und des Unterstützungsbedarfes in den 9 Lebensbereichen**

Der Bericht soll konkret Auskunft zu Fähigkeiten, Beeinträchtigungen und daraus resultierenden Unterstützungsbedarfen in den 9 Lebensbereichen – nach der Systematik der ICF - geben und zwar:

- a) Beschreibung der aktuellen Situation/Problemlage: **verbal**
- b) Beschreibung vorhandener Fähigkeiten, aktivierbarer Ressourcen: **verbal**
- c) Unterstützungsbedarf: Wählen Sie ein Element aus dem Dropdown-Feld aus:
  - 0 = keine Hilfe erforderlich/nicht erwünscht
  - 1 = Information/Orientierung/Anleitung
  - 2 = Kompensation/Übernahme
  - 3 = individuelle Planung und Feedback
  - 4 = begleitende, übende Unterstützung
  - 5 = regelmäßige und personenbezogene Hilfe
- d) Zyklus/Intensität: Wählen Sie ein Element aus dem Dropdown-Feld aus:
  - einmalig
  - täglich
  - Mo. - Fr.
  - wöchentlich
  - mehrmals pro Woche
  - 14-tägig
  - monatlich
  - quartalsweise
  - jährlich

Hinweis:

Zu den Teilbereichen, in denen **keine** relevanten **Beeinträchtigungen** vorliegen oder eine **Hilfe nicht erwünscht** ist, bedarf es **keiner (vertiefenden) Stellungnahme**. Falls eine Unterstützung aus Ihrer Sicht zwar erforderlich, aber vom LB nicht erwünscht ist, vermerken Sie dies bitte.

Bitte fassen Sie sich kurz; die Angaben können auch in Form von sinnvollen Stichpunkten erfolgen. **max. 10 – 15 Zeilen pro Lebensbereich**

Zur Orientierung können Sie auch bei den jeweiligen Lebensbereichen der hinterlegten Verlinkung folgen: [www.rehadat-icf.de/de/klassifikation/aktivitaeten-partizipation](http://www.rehadat-icf.de/de/klassifikation/aktivitaeten-partizipation)

### 9.1 Lernen und Wissensanwendung

Bspw.: Kann der LB lesen, schreiben und rechnen? Kann sich der LB auf irgendeine Art und Weise Wissen aneignen und dieses anwenden? Kann der LB Handlungen üben und nachmachen? Kann der LB Entscheidungen treffen, Probleme lösen?

## 9.2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

Bspw.: Kann der LB einzelne Aufgaben/Tätigkeiten übernehmen? Wie reagiert der LB in stressigen Situationen? Kann der LB täglich wiederkehrende Handlungen ausführen?

## 9.3 Kommunikation

Bspw.: Hat der LB ein Wortverständnis? Wie kommuniziert der LB – verbal, nonverbal, mit Hilfe von Geräten wie z. B. Talker oder per Gebärdensprache? Kann der LB ein längeres Gespräch führen?

## 9.4 Mobilität

Bspw.: Wie bewegt sich der LB fort – zu Fuß, per Rollstuhl, Rollator? Wie verhält es sich mit der Grob- und Feinmotorik? Wie verhält es sich mit der Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln? Können Gegenstände getragen bzw. transportiert werden?

## 9.5 Selbstversorgung

Bspw.: Kann der LB sich selbst versorgen, d. h. seine Grundpflege sicherstellen, auf seine Gesundheit achten, Medikamente selbständig einnehmen, Therapien einhalten, auf seine Sicherheit achten und Gefahren erkennen?

## 9.6 Häusliches Leben

Bspw.: Kann der LB seinen Haushalt führen? Dies umfasst das Einkaufen, die Zubereitung von Mahlzeiten einschl. Getränken (Kaffee, Tee), Benutzung von Geräten (z. B. Herd, Mikrowelle etc.), Wäsche waschen und Ordnung im eigenen Bereich halten und Zimmer reinigen.

## 9.7 Gestaltung sozialer Beziehungen

Bspw.: Wie geht der LB mit der Familie, Freunden, Bekannten und Nachbarn um? Mit Respekt und Wärme? Hält der LB selbständig Kontakt – wenn ja, wie? Wie verhält es sich mit Umgang zu Fremden?

Dies umfasst die Regelung von Konflikten, die Vermeidung von Isolation, der Aufbau und die Aufrechterhaltung stabiler sozialer Beziehungen, die Kontaktaufnahme usw.

## 9.8 Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben

Bspw.: Besucht der LB eine Schule oder geht der LB einer beruflichen Tätigkeit/Beschäftigung oder Ausbildung nach? Wenn ja, in welcher Form: z. B. WfbM, Arbeitstherapie, Berufsausbildung, sonstige berufliche Maßnahmen.

Kann der LB mit Geld umgehen und somit am wirtschaftlichen Leben teilhaben? Ggf. Bankgeschäfte selbständig erledigen, z. B. Geld abheben/überweisen?

## 9.9 Gemeinschafts- und soziales Leben, Freizeitgestaltung

Bspw.: Wie verbringt der LB seine Freizeit? Gibt es Hobbys? Kann der LB, wenn gewollt, am gemeinschaftlichen, religiösen und/oder politischen Leben teilhaben, z. B. Mitarbeit in Interessenvertretungen (Ehrenamt), Mitgliedschaft in Sportgruppen, Teilnahme in Freizeitgruppen? Kann der LB, wenn gewollt, an Feierlichkeiten, Begegnungen und / oder Veranstaltungen teilnehmen?

## ➤ zu Ziffer 10) Entwicklungs- und Betreuungsschwerpunkte - im Berichtszeitraum

Hinweis: Ziffer 10 nur bei Folgeberichten ausfüllen, wenn die Betreuung des LB schon über eine Zeitspanne von mehr als **6 Monaten** erfolgte und erste Erfahrungen/Ergebnisse in der Betreuung vorliegen.

Bitte benennen Sie die **wesentlichen bzw. vordergründigen** Teilhabeziele und Maßnahmen mit Blick auf die Behinderung und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im laufenden Berichtszeitraum.

Welche Teilhabeziele wurden erreicht und durch welche Maßnahmen?

Welche Teilhabeziele konnten nicht erreicht werden und was waren die Gründe hierfür?

Bitte geben Sie die Zielerreichung per Dropdown-Felder an:

- Überprüfung Ziel:
  - nicht erreicht
  - teilweise erreicht
  - erreicht
  - besser als erwartet erreicht
- Ziel soll:
  - soll beibehalten werden
  - neu bestimmt werden
  - weiterentwickelt werden

➤ **zu Ziffer 11) Entwicklungs- und Betreuungsschwerpunkte – für die Zukunft**

Bitte benennen Sie hier, welche Teilhabeziele und Maßnahmen künftig den Schwerpunkt mit Blick auf die Behinderung und die Ermöglichung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bilden. Bitte beschränken Sie sich auf die **wesentlichen bzw. vordergründigen** Maßnahmen und Ziele.

Welche Teilhabeziele sollen erreicht werden und durch welche Maßnahmen?

➤ **zu Ziffer 12) Einschätzung Leistungserbringer zum künftigen Unterstützungsbedarf**

Geben Sie bitte ein kurzes Fazit, ob weiterhin ein Unterstützungsbedarf an Eingliederungshilfe besteht. Wenn ja, bitte Angabe der **Hilfeart** und für welchen Zeitraum voraussichtlich erforderlich.

Hinweis: Konkrete Maßnahmen sollen unter Ziffer 11 benannt werden (Bitte keine Wiederholungen).

### **III. Sonstiges**

• **Name des Erstellers des Berichtes und Telefonnummer für Rückfragen**

Als Ansprechpartner ist eine Person zu benennen, die für die Berichterstattung verantwortlich ist und ggf. bei Rückfragen zum Bericht Auskunft geben kann.

- Stempel Leistungserbringer und Unterschrift des Erstellers

➤ **zu Ziffer 13) Einverständnis**

Entsprechend des Grundgedanken BTHG auf Partizipation und Teilhabe soll der LB und/oder der rechtliche Betreuer den Bericht zur Kenntnisnahme erhalten; der Inhalt soll besprochen werden.

Der LB und/oder der rechtliche Betreuer hat die Möglichkeit, aus seiner persönlichen Sicht eine Stellungnahme abzugeben und damit seine Sichtweise oder Erwartungen darzulegen. Diese Stellungnahme kann als Anlage beigefügt oder auch später nachgereicht werden.

Das Einverständnis des LB bzw. des rechtlichen Betreuers zur Übermittlung des Berichtes an den KSV Sachsen, gemeinsam mit evtl. bei dem Leistungserbringer/dem Träger vorliegenden aktuellen medizinischen Unterlagen, soll eingeholt werden.

Der LB oder sein rechtlicher Betreuer kann den Bericht auch selbst an den KSV Sachsen übermitteln.