

Mit dieser Präsentation
wollen wir Ihnen den neuen
Sozial- und Entwicklungsbericht nach SGB IX
des KSV Sachsen vorstellen.

Die einzelnen Punkte werden jeweils kurz erklärt und dann mit einem
oder mehreren **Beispielen** aus der Erprobungsphase belegt.

Bitte **klicken** Sie jeweils weiter.

- Bericht ist eine Art „Checkliste“ für eine Gesamtbetrachtung der Lebenssituation in Bezug auf die Teilhabe und den Unterstützungsbedarf
- Fachliche Sicht der Leistungserbringer
- Orientierung an der ICF
- Beschreibung im Hinblick auf
 - die Wirkung der Eingliederungshilfe
 - die Entwicklung des Unterstützungsbedarfes und
 - die Eignung der Maßnahmen

Der Bericht ist eine wesentliche Grundlage zur Leistungsgewährung im Rahmen der **Sozialen Teilhabe für Menschen mit Behinderung**, insbesondere im Bereich Wohnen und in Tagesstätten.

Bericht gilt **einheitlich** für

- alle Wohnformen und
- alle Arten der Behinderung

Allgemeines – Erfahrungen aus der Erprobung:

- **Bitte fassen Sie sich kurz!** Vermeiden Sie Wiederholungen und lange allgemeine Ausführungen.
- Verwenden Sie prägnante (kurze und gehaltvolle) Angaben. Auch die Form von (sinnvollen) Stichworten oder in Anstrichen sind möglich.
- Bitte lesen Sie sich zuerst das Merkblatt durch – vor dem ersten Erstellen eines Berichtes. Beachten Sie die Kommentare hinter den „hochgestellten Fußnoten“ im Bericht.
- Lebensbereiche, in denen kein Unterstützungsbedarf besteht, können frei bleiben.
- Eine evtl. fehlerhafte Zuordnung ist nicht schlimm (z. B. Besuch einer Beratungsstelle als „Umfeldhilfe“ oder als „zusätzliche soziale Maßnahme“). Wichtig ist, dass der Besuch einer Beratungsstelle überhaupt benannt wird.



Sozial- und Entwicklungsbericht nach dem SGB IX		Aktenzeichen:
		Erstellungsdatum:
Name, Vorname:		geb. am:
Adresse:		
<input type="checkbox"/> Erstbericht	<input type="checkbox"/> Die Aufnahme in der Betreuung erfolgte bereits am <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> Die Aufnahme ist geplant zum <input type="text"/> .	
<input type="checkbox"/> Folgebericht mit Berichtszeitraum von bis <input type="text"/> bis max. zum Berichtsdatum <input type="text"/>		
1. Basisdaten:		
Name Leistungserbringer/Träger:		
Wohnsituation: ¹		
Anzahl Bewohner in d. Wohngruppe/ambulanten Wohngemeinschaft (sofern zutreffend): ²		

Zu 1. Basisdaten

Wohnsituation

- z.B. bW, wbW, AWG
- bitte Wohnsituation kurz beschreiben (v.a. in wbW) – z.B. alleinlebend, Partnerschaft, Leben mit Kindern und Besonderheiten angeben z.B. Vermüllung, Vereinsamung, Nachbarschaftskonflikte
- Anzahl der Bewohner in einer Wohngruppe

KSV SACHSEN | **Kommunaler Sozialverband Sachsen**

Höherer Kommunalverband

Sozial- und Entwicklungsbericht nach dem SGB IX

Aktenzeichen: []

Erstellungsdatum: []

Name, Vorname: [], [] geb. am: []

Adresse: []

Erstber Wohnsituation, bzw. Besonderheiten: z. B. alleine lebend; in einer Partnerschaft; mit Kind/ern zusammenlebend; angespanntes Nachbarschaftsverhältnis, Vermüllung usw.

Folgebe Wohnform: in der sogen. besonderen Wohnform (bW) - vormals Wohnheim - in einer Wohngruppe oder Außenwohngruppe (AWG) oder

1. Basisdaten: Zwischenangebot (ZA) oder in der sogen. weiteren besonderen Wohnform (wbW) - vormals ambulant betreute Wohngruppen - abW.

Name Leistung: []

Wohnsituation: []

Anzahl Bewohner in d. Wohngruppe/ambulanten Wohngemeinschaft (sofern zutreffend): []²

2. Angaben zu Art und Umfang der Behinderung (Art der Beeinträchtigung/Diagnose):³

Hinweis:
Wenn Sie mit dem Mousezeiger auf die kleinen Ziffern gehen, erhalten Sie im Kommentarfeld erklärende Tipps zum Ausfüllen.



Körperschaft des öffentlichen Rechts
Höherer Kommunalverband

Sozial- und Entwicklungsbericht nach dem SGB IX		Aktenzeichen:	
		Erstellungsdatum:	
Name, Vorname: ,		geb. am:	
Adresse:			
<input type="checkbox"/> Erstbericht	<input type="checkbox"/> Die Aufnahme in der Betreuung erfolgte bereits am .		
	<input type="checkbox"/> Die Aufnahme ist geplant zum .		
<input type="checkbox"/> Folgebericht mit Berichtszeitraum von		bis bis max. zum Berichtsdatum	
1. Basisdaten:			
Name Leistungserbringer/Träger:			
Wohnsituation: ¹			
Anzahl Bewohner in d. Wohngruppe/ambulanten Wohngemeinschaft (sofern zutreffend):		²	
2. Angaben zu Art und Umfang der Behinderung (Art der Beeinträchtigung/Diagnose): ³			
1.			
2.			
3.			
4.			
Vorhandene aktuelle ärztliche Unterlagen bitte beifügen! ⁴			

Bitte nur aktuelle (fach)ärztliche Befunde, die mit der Behinderung im Zusammenhang stehen, beifügen.

- bitte Diagnosen auflisten, soweit bekannt
- Diagnosen im Folgebericht nicht zwingend, aber für den Überblick sinnvoll
- wenn Diagnosen nicht bekannt sind, zumindest Angabe zur Art der Behinderung



Beispiel

		Kommunaler Sozialverband Sachsen		
<small>Körperschaft des öffentlichen Rechts Höherer Kommunalverband</small>				
Sozial- und Entwicklungsbericht nach dem SGB IX		Aktenzeichen: 123-456		
		Erstellungsdatum: 29.12.2020		
Name, Vorname: M, P.			geb. am: xx.yy.zzzz	
Adresse: 01234 Musterort, Musterstr. 1				
<input type="checkbox"/> Erstbericht		<input type="checkbox"/> Die Aufnahme in der Betreuung erfolgte bereits am .		
		<input type="checkbox"/> Die Aufnahme ist geplant zum .		
<input checked="" type="checkbox"/> Folgebericht mit Berichtszeitraum von 02/2019 bis 12/2020				
1. Basisdaten:				
Name Leistungserbringer/Träger: Musteranbieter, XXX				
Wohnsituation: ¹ besondere Wohnform				
Anzahl Bewohner in d. Wohngruppe/ambulanten Wohngemeinschaft (sofern zutreffend): 12 ²				
2. Angaben zu Art und Umfang der Behinderung (Art der Beeinträchtigung/Diagnose): ³				
1. F71.1 leichte Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung				
2. F31.6 bipolar-affektive Störung				
3. E03.8 Hypothyreose				
4.				
Vorhandene aktuelle ärztliche Unterlagen bitte beifügen! ⁴				

3. Inanspruchnahme zusätzlicher sozialer Leistungen /Maßnahmen ergänzend zur Eingliederungshilfe (auch außerhalb des Leistungsangebotes):⁵

Soziale Leistungen, die die Eingliederungshilfe ergänzen bitte mit Art und Häufigkeit angeben

Z.B.

- Pflegedienst oder Hauswirtschaftsdienst
- Medizinische Therapien, die im Zusammenhang mit der Behinderung stehen wie Ergotherapie, Physiotherapie
- Arbeitstherapie
- Einrichtungsbesuche
- Integrations- oder Zuverdienstprojekte

Die Werkstatt für Menschen mit Behinderungen kann hier vermerkt werden, obwohl sie auch eine Leistung der Eingliederungshilfe ist

Beispiel 1

3. Inanspruchnahme zusätzlicher sozialer Leistungen /Maßnahmen ergänzend zur Eingliederungshilfe (auch außerhalb des Leistungsangebotes):⁵

Maßnahme über das Jobcenter zur Verbesserung der körperlichen Gesundheit / Fitness und zur Wiedereingliederung in das Berufsleben "Mobil und stabil" vom TÜV Rheinland (wöchentlich).

Beispiel 2

3. Inanspruchnahme zusätzlicher sozialer Leistungen /Maßnahmen ergänzend zur Eingliederungshilfe (auch außerhalb des Leistungsangebotes):⁵

Ergotherapie 1x/Woche, Psychotherapie alle drei Wochen

Beispiel 3

3. Inanspruchnahme zusätzlicher sozialer Leistungen /Maßnahmen ergänzend zur Eingliederungshilfe (auch außerhalb des Leistungsangebotes):⁵

Der Klient hat den Pflegegrad 3 durch den MDK zugesprochen bekommen. Die Leistungen werden in naher Zukunft durch unsere Hauswirtschaftsmitarbeiterinnen erbracht.

4. Ressourcen/Fähigkeiten:⁶

Hier können Sie lebensbereichsübergreifend eintragen, was der Leistungsberechtigte¹ besonders gut kann oder welche Persönlichkeitsmerkmale hilfreich sind.

¹ Aufgrund der besseren Lesbarkeit des Textes wird durchgehend die männliche Form verwendet.

Beispiel 1

4. Ressourcen/Fähigkeiten:⁶

Höflich, eher zurückhaltend, hilfsbereit, prosozial eingestellt, hat praktisch-handwerkliche Erfahrungen und Kenntnisse, kann sich einordnen, sucht aktiv Abstand von möglichen Überforderungssituationen und spricht darüber.

Beispiel 2

4. Ressourcen/Fähigkeiten:⁶

Als Ressource sieht das Personal sein kognitives Leistungsvermögen, welches grundsätzlich das Erlernen und Aneignen neuen Wissens und (verschüttetgegangener) Kompetenzen möglich machen würde. Sein schulischer und beruflicher Werdegang sind letztlich auch ein Beleg dafür.

Über Jahre eingeübte, abgelaufene Wege, wie etwa zu seinem Elternhaus, zu seiner Psychiaterin und Allgemeinmedizinerin bewältigt Herr L. souverän.

5. Umfeldhilfen: ⁷

Bitte beschreiben Sie immer auch den Umfang der Hilfe und bewerten Sie, wie förderlich die Hilfe ist: Wie gut wird der Leistungsberechtigte z.B. durch die gesetzliche Betreuerin unterstützt und wie gut kann er das annehmen?

Ihre Leistungen im Rahmen der EGH gehören hier nicht hin

Das soziale Netzwerk wird hier erfragt:

- Hilfreiche Personen aus dem Umfeld: Familie, Freunde, Nachbarn, Kollegen
- Gesetzliche Betreuung
- Ärzte: Hausarzt, Fachärzte
- Medikamente (Medikamentengruppe oder auf welche Erkrankung hin verordnet)
- Hilfsmittel wie z.B. Rollstuhl, Talker, Hörgerät
- allgemeine technische Hilfen wie ein Handy (wenn besonders relevant)
- Selbsthilfegruppen
- (Sport-) Vereine
- Besuch von (Sucht-) Beratungsstellen, SPDi

Beispiel 1

5. Umfeldhilfen: ⁷

Ärztliche Anbindung zu Hausarzt/Fachärzten ist vorhanden, einmal im Quartal Vorstellung beim psychiatrischen Facharzt, tägliche Medikation; zum Eigenschutz trägt Frau P. einen Schutzhelm.

Rollstuhlnutzung zum Transfer im Außenbereich; zur Nahrungsaufnahme Nutzung von Schnabeltasse und rutschfester Unterlage für das Geschirr; Talkpad und spezieller Rollstuhl in Beantragung;

Vollmachtserteilung an die Eltern in allen Angelegenheiten, vertrauensvolles und sehr enges Verhältnis

Beispiel 2

5. Umfeldhilfen: ⁷

- gesetzliche Betreuung (guter, regelmäßiger Kontakt)
- ausreichende ärztliche Anbindung (Hausarzt, Psychiater, weitere Fachärzte)
- persönliche Kontakte zur ehemaligen therapeutischen Einrichtung (Blaukreuz)

6. Psychische, übergreifende Faktoren: ⁸

Psychische Faktoren, die sich auf alle oder einzelne Lebensbereiche auswirken, bitte hier beschreiben.

- Antrieb
- Motivation
- Gedächtnis
- Suchtmittelkonsum
- psychische Stabilität
- Aufmerksamkeit und Konzentration
- zeitliche und örtliche Orientierung in fremder und vertrauter Umgebung
- Probleme im Umgang mit sich selbst, Selbstwertprobleme, Unruhe, Apathie
- psychiatrische Symptomatik wie Wahrnehmungsstörungen, Depressionen, Störungen der Ich-Identität, hirnorganische Störungen, selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten, Suizidalität etc.

Hinweis: Wenn für einen Leistungsberechtigten 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.

Beispiel 1

6. Psychische, übergreifende Faktoren: ⁸

Herr W. ist zur Zeit wenig belastbar, gerät schnell unter psychischen Druck. Anforderungen erzeugen Stress; er kann dann sein Verhalten teilweise nicht mehr steuern. Er leidet unter innerer Unruhe, Angstzuständen, Panikattacken, zieht sich bei Überforderung zurück; Antrieb und Tagesstruktur dann beeinträchtigt.

Beispiel 2

6. Psychische, übergreifende Faktoren: ⁸

- stets nur kurze Aufmerksamkeitsphasen; Motivation deshalb kaum möglich; kaum Eigenantrieb
- findet inzwischen sein Zimmer im Wohnbereich; keine erkennbare zeitliche Orientierung
- Wechsel zwischen motorischer Unruhe und Apathie; psychot. Erleben vermutet (inadäquate Reaktionen)

7. Aktuelle Lebenssituation: ⁹

Bitte beschreiben Sie kurz, was die aktuelle Lebenssituation in Bezug auf die Teilhabe und den Bedarf kennzeichnet.
Zum Beispiel: vor kurzem stattgefundenene längere Krankenhausaufenthalte, schwere Erkrankungen, Krisen im sozialen Beziehungssystem, Trauer, Probleme am Arbeitsplatz bzw. in der Tagesstruktur, bevorstehende Veränderungen oder ein Umzug.

Beispiel 1

7. Aktuelle Lebenssituation: ⁹

Die Wohnsituation macht Herrn L. zur Zeit sehr unglücklich (Vermüllung). Auch ist er nicht in der Lage, sich um seine Gesundheit zu kümmern; aktuell braucht er Termine beim Urologen und im Schlaflabor.

Beispiel 2

7. Aktuelle Lebenssituation: ⁹

- innerhalb der letzten 6 Monate mehrere Rückfälle (Alkohol) mit teilweiseem Krankenhausaufenthalt
- z.Zt. im Klinikum Annaberg-Buchholz

Beispiel 3

7. Aktuelle Lebenssituation:⁹

Zurzeit übernachtet der Sohn bei Frau G. Sobald der Sohn wieder in seine eigene Wohnung kann, plant Frau G. einen Umzug in eine ihren gesundheitlichen Problemen angepasste Wohnung (Schimmel im Schlafzimmer - nächtliche Atembeschwerden). Die Klientin hat sich im Sept. wegen der verstärkten psych. Belastungen wegen ihres Sohnes 2 Wochen in einer psychiatr. Abteilung behandeln lassen.

8. Besonderheiten: ¹⁰

Hier sind nur dann Einträge angedacht, wenn es Besonderheiten zu beachten gibt, die sich auf die Teilhabe und den Bedarf auswirken. Dies könnten z.B. sein:

- freiheitsentziehende Maßnahmen
- ein sehr hoher oder zunehmender Pflegeaufwand
- Sprachbarrieren
- spezielle Diäten

Wenn es keine Besonderheiten gibt, tragen Sie bitte „keine“ ein.

Beispiel 1

8. Besonderheiten: ¹⁰

Zwangsweise Medikamentierung (Depotinjektion) über richterlichen Beschluss.

Beispiel 2

8. Besonderheiten: ¹⁰

Freiheitsbeschränkung genehmigt durch das Amtsgericht:

Verschluss Gruppentür

Verschluss Zimmer des Bewohners

8. Besonderheiten: ¹⁰

10jährige Tochter, geteiltes Sorgerecht, aller 14 Tage Aufenthalt 2-4 Tage

Beispiel 1

Beispiel 2

8. Besonderheiten: ¹⁰

Stuhlinkontinenz und deren psychosoziale Folgen

8. Besonderheiten: ¹⁰

Die Sprachbarriere (Herr F. spricht und versteht wenig Deutsch) sowie die Schwerhörigkeit schränken die Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe sehr ein.

Beispiel 3

9. Beschreibung der Fähigkeiten, Beeinträchtigungen und des Unterstützungsbedarfes in den Lebensbereichen: ¹¹	
Lernen und Wissensanwendung¹²	
9.1	Unterstützungsbedarf: Wählen Sie ein Element aus
	Zyklus / Intensität: Wählen Sie ein Element aus
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen¹³	
9.2	Unterstützungsbedarf: Wählen Sie ein Element aus
	Zyklus / Intensität: Wählen Sie ein Element aus
Kommunikation¹⁴	
9.3	Unterstützungsbedarf: Wählen Sie ein Element aus
	Zyklus / Intensität: Wählen Sie ein Element aus
Mobilität¹⁵	
9.4	Unterstützungsbedarf: Wählen Sie ein Element aus
	Zyklus / Intensität: Wählen Sie ein Element aus
Selbstversorgung¹⁶	
9.5	Unterstützungsbedarf: Wählen Sie ein Element aus
	Zyklus / Intensität: Wählen Sie ein Element aus

Unter Ziffer 9.1 – 9.9 geht es um die neun Lebensbereiche der ICF:

- Beeinträchtigungen und vorhandene Fähigkeiten sollen benannt werden.

- Hieraus leitet sich der durchschnittliche bzw. überwiegende Unterstützungsbedarf ab – Angabe per drop-down-Feld

Hinweis: zum Nachlesen
Strg und Klicken: www.rehadat-icf.de/de/klassifikation/aktivitaeten-partizipation

9. Beschreibung der Fähigkeiten, Beeinträchtigungen und des Unterstützungsbedarfes in den Lebensbereichen: ¹¹	
Lernen und Wissensanwendung¹²	
9.1	Unterstützungsbedarf: Wählen Sie ein Element aus
	Zyklus / Intensität: Wählen Sie ein Element aus
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen¹³	
9.2	Unterstützungsbedarf: Wählen Sie ein Element aus
	Zyklus / Intensität: Wählen Sie ein Element aus
Kommunikation¹⁴	
9.3	Unterstützungsbedarf: Wählen Sie ein Element aus
	Zyklus / Intensität: Wählen Sie ein Element aus
Mobilität¹⁵	
9.4	Unterstützungsbedarf: Wählen Sie ein Element aus
	Zyklus / Intensität: Wählen Sie ein Element aus
Selbstversorgung¹⁶	
9.5	Unterstützungsbedarf: Wählen Sie ein Element aus
	Zyklus / Intensität: Wählen Sie ein Element aus

ICF-orientiert ordnen Sie die Beeinträchtigungen und Fähigkeiten bitte den Lebensbereichen (LB) zu. In der Praxis sind diese nicht immer strikt zu trennen. Z.B. sind LB 3 *Kommunikation* und LB 7 *interpersonelle Interaktionen* immer miteinander verwoben – keine Beziehung ohne Kommunikation.

Wenn Sie z.B. Beeinträchtigungen der Mobilität an der Alltagshandlung *Einkaufen* beschreiben, könnte dies in beiden LB passend sein, obwohl Einkaufen lt. ICF auch das Transportieren etc. einschließt.

Fazit:

Für uns ist es wichtig, dass abgebildet wird, **warum ein Unterstützungsbedarf vorliegt**. Ordnen Sie die Beeinträchtigungen also dort ein, wo sie besonders zum Tragen kommen.

9. Beschreibung der Fähigkeiten, Beeinträchtigungen und des Unterstützungsbedarfes in den Lebensbereichen:¹¹

Lernen und Wissensanwendung¹²

9.1

Unterstützungsbedarf:

Wählen Sie ein Element aus

Zyklus / Intensität:

Wählen Sie ein Element aus

Allgemeine Aufgaben und

9.2

Unterstützungsbedarf:

- 0 = keine Hilfe erforderlich/erwünscht
- 1 = Information/Orientierung/Anleitung
- 2 = Kompensation/Übernahme
- 3 = individuelle Planung u. Feedback
- 4 = begleitende, übende Unterstützung
- 5 = regelmäßige u. personenbezogene Hilfe

Zyklus / Intensität:

Kommunikation¹⁴

9.3

Unterstützungsbedarf:

Zyklus / Intensität:

Mobilität¹⁵

Hinweis:

konkrete zukünftige Maßnahmen werden unter 11. erfragt und müssen hier deshalb nicht beschrieben werden.

Bitte wählen Sie hier aus, welche **Art der Unterstützung** auf einer Skala von 1-5 überwiegend geeignet ist, die Teilhabe einschränkungen zu mildern, bestenfalls auszugleichen. Wenn mehrere Unterstützungsarten im Lebensbereich zum Tragen kommen, entscheiden Sie sich bitte für **die Unterstützung, die überwiegend erforderlich ist**. Hinweis: Es geht nur um die **Art**; die Quantität wird unter Zyklus erfragt.

Wenn Sie 0 wählen, ist ein Vermerk hilfreich, ob der Leistungsberechtigte keine Hilfe wünscht oder ob Sie keine Unterstützungsmöglichkeit sehen. Unter 3 fallen vor allem Gespräche zur Vorplanung und Auswertung, ebenso z.B. die Reflexion erstellter Wochenpläne. 4 kann z.B. ein Training von Kompetenzen im Gruppensetting sein, wobei 5 auf eine individuelle Hilfe, auch im 1:1-Kontakt, hinweist

9. Beschreibung der Fähigkeiten, Beeinträchtigungen und des Unterstützungsbedarfes in den Lebensbereichen: ¹¹	
Lernen und Wissensanwendung¹²	
9.1	Unterstützungsbedarf: Wählen Sie ein Element aus
	Zyklus / Intensität: Wählen Sie ein Element aus
Allgemeine Aufgaben und Aktivitäten¹³	
9.2	Unterstützungsbedarf: Wählen Sie ein Element aus
	Zyklus / Intensität: einmalig täglich Mo. - Fr. wöchentlich mehrmals pro Woche 14-tägig
Kommunikation¹⁴	
9.3	Unterstützungsbedarf: monatlich quartalsweise jährlich

Per dropdown-Feld können Sie hier angeben, wie oft Sie die Unterstützung leisten müssen. Gemeint ist hier **Ihre Unterstützung** im Rahmen der **Eingliederungshilfe**.

Darüber hinaus kann natürlich dieser oder ein anderweitiger Unterstützungsbedarf ergänzend oder alleinig **z.B.** durch einen Pflegedienst abgedeckt sein.

Hinweis:

Zu den Teilbereichen, in denen **keine** relevanten **Beeinträchtigungen** vorliegen oder eine **Hilfe nicht erwünscht** ist, bedarf es **keiner (vertiefenden) Stellungnahme**.

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

9. Beschreibung der Fähigkeiten, Beeinträchtigungen und des Unterstützungsbedarfes in den Lebensbereichen:¹¹

9.1	Lernen und Wissensanwendung ¹²	
	Unterstützungsbedarf:	Wählen Sie ein Element aus
	Zyklus / Intensität:	Wählen Sie ein Element aus

Kommentarfelder: Per Mousezeiger können Sie kurze Hinweise zu den Inhalten des jeweiligen Lebensbereiches - analog dem Merkblatt - nachlesen.

Alles, was mit Lernen, Anwendung des Erlernten, Denken, Probleme lösen und Entscheidungen treffen zu tun hat:

z.B.

- lesen, schreiben und rechnen
- sich auf irgendeine Art und Weise Wissen aneignen und dieses anwenden
- Aufmerksamkeit fokussieren
- Handlungen üben und nachmachen
- Entscheidungen treffen
- Probleme lösen

Gemeint ist auch das lebenslange, alltagspraktische Lernen

- sich informieren
- sinnliche Wahrnehmungen wie zuhören und zuschauen riechen und schmecken
- sich Fertigkeiten aneignen
- denken

Beispiel

9. Beschreibung der Fähigkeiten, Beeinträchtigungen und des Unterstützungsbedarfes in den Lebensbereichen:¹¹

9.1 Lernen und Wissensanwendung¹²

Frau S. kann lesen und schreiben. Allerdings hat sie eine leichte Intelligenzminderung und versteht dadurch z.T. Inhalte von Briefen nicht oder falsch. Dabei benötigt sie Unterstützung und Reflexionsgespräche.

Frau S. ist in der Lage, sich Wissen anzueignen. Es ist bei Recherchen im Internet z.B. sinnvoll, sie dabei zu begleiten, damit es nicht zu Missverständnissen kommt. Sie hatte sich hinsichtlich der Inobhutnahme ihrer Kinder zu verschiedenen Paragraphen belesen, versteht dabei vieles nicht und interpretiert ihren Wunsch hinein und diese Sicht im Nachgang zu beeinflussen ist schwer. Daher ist es wichtig, von Anfang an begleitend zu unterstützen.

Unterstützungsbedarf: 4 = begleitende, übende Unterstützung

Allgemeine Aufgaben und Anforderungen ¹³	
9.2	Unterstützungsbedarf: Wählen Sie ein Element aus
	Zyklus / Intensität: Wählen Sie ein Element aus

Der Lebensbereich korrespondiert stark mit anderen Lebensbereichen, in denen die Teilhabeeinschränkungen dann konkret werden können.

- Alle allgemeinen Aspekte der Ausführung von Aufgaben:**
z.B.
- einzelne einfache oder komplexe Aufgaben übernehmen wie sein Bett machen oder ein Brettspiel spielen
 - Mehrfachaufgaben: mehrere Arbeitsschritte gleichzeitig oder nacheinander ausführen (z.B. den Tisch decken, sich komplett anziehen)
 - stressige Situationen und andere psychische Anforderungen bewältigen
 - täglich wiederkehrende Handlungen ausführen

Beispiel

9.2	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen¹³	
	Herr W. bewältigt seinen Haushalt selbstständig. Die Erledigung kann durch Antriebs- und Stimmungsschwankungen zeitweise beeinträchtigt sein. Treten persönliche Probleme (z.B. Konflikte mit dem Bruder) auf, ist Herr W. schnell überfordert und nicht mehr in der Lage zu handeln.	
	Unterstützungsbedarf:	3 = individuelle Planung u. Feedback
	Zyklus / Intensität:	wöchentlich

9.3	Kommunikation ¹⁴	
	Unterstützungsbedarf:	Wählen Sie ein Element aus
	Zyklus / Intensität:	Wählen Sie ein Element aus

Alles, was die Verständigung als Sender und Empfänger ausmacht:

z.B.

- verstehen, was andere Menschen sagen
- ggf. Verstehen von Gesten und Gebärden, Bildern, Zeichen und Symbolen
- sprechen, singen
- ggf. gebärden
- Mitteilungen schreiben
- sich unterhalten
- Kommunikationsgeräte wie Telefon oder Computer nutzen

Beispiel

9.3	Kommunikation ¹⁴	
	Herrn K. fällt es sehr schwer, sich gezielt zu äußern. Situationen und Probleme schildert er in Kurzsätzen und nur auf gezieltes Nachfragen. Längere Gespräche fordern ihn sehr. Zu bezugsfremden Personen ist eine Kommunikation sehr schwierig.	
	Unterstützungsbedarf:	4 = begleitende, übende Unterstützung
	Zyklus / Intensität:	wöchentlich

9.4	Mobilität ¹⁵	
	Unterstützungsbedarf:	Wählen Sie ein Element aus
	Zyklus / Intensität:	Wählen

Der LB 4 ist besonders weit gefasst.
Bitte nur angeben, was relevant ist.

Alles, was die eigene Bewegung ausmacht:

z.B.

- Z.B. verschiedene Körperpositionen einnehmen und halten
- sich verlagern
- etwas anheben können
- Feinmotorik der Hände
- gehen
- sich auf andere Weise fortbewegen wie schwimmen, rennen, springen
- sich in seiner Wohnung und / oder in anderen Gebäuden bewegen
- Z.B. den Rollstuhl zur Fortbewegung benutzen
- Transportmittel wie Bus und Bahn oder Taxi benutzen
- Fahrzeuge wie Fahrrad oder Auto selbst fahren

Beispiel

9.4	Mobilität¹⁵	
	Frau G. kann sich gut zu Fuß bewegen. Im Taxi zu fahren ist für sie in Ordnung. Ihrer Aussage nach hat sie eine Sozialphobie, weshalb sie allein keinen öffentlichen Nahverkehr nutzen kann. Langfristig wäre daher begleitende, übende Unterstützung sinnvoll, um diese Ängste reduzieren zu können.	
	Unterstützungsbedarf:	4 = begleitende, übende Unterstützung
	Zyklus / Intensität:	monatlich

	Selbstversorgung¹⁶	
9.5	Unterstützungsbedarf:	Wählen Sie ein Element aus
	Zyklus / Intensität:	Wählen Sie ein Element aus

Alles, was die Selbstversorgung einschließlich Grundpflege umfasst:

z.B.

- Körperpflege: sich waschen und Körperteile pflegen (Haare, Nägel, Zähne)
- Toilette
- sich kleiden
- essen und trinken
- auf die Gesundheit achten: gesunde Ernährung, Bewegung, Medikamenteneinnahme, Risiken wie Drogen und Alkoholkonsum beachten, professionelle – ärztliche - Hilfe suchen
- eigene Sicherheit z.B. im Straßenverkehr oder beim Umgang mit Feuer beachten

Beispiel

9.5	Selbstversorgung¹⁶	
	<p>Frau H. kommt der Körper- und Zahnpflege regelmäßig selbstständig nach. Die Nagelpflege wird durch die Mitarbeiter übernommen, weil Frau H. hastig in ihren Bewegungen agiert und Verletzungsgefahr besteht. Frau H. hat besonders trockene Haut....benötigt bei der Dosierung der Creme teilweise Hilfe.</p> <p>Frau H. kleidet sich selbstständig und benutzt die Toilette. Sie nimmt die Mahlzeiten geordnet in der Gruppe ein, sie isst sehr zügig, schlingt und benötigt Hinweise, langsam und in Ruhe zu essen.</p> <p>Frau H. ist nicht in der Lage, ausreichend auf ihre Gesundheit zu achten. Der Gesundheitszustand wird durch die Mitarbeiter beobachtet. Auf Unwohlsein, Schmerzen oder Veränderungen reagiert sie teilweise mit Schreien. In einem Gespräch mit vertrauten Personen kann sie ihre Empfindungen dann teilweise äußern. Für die Umsetzung der ärztlichen Maßnahmen benötigt Frau H. Unterstützung. Die Medikationseinnahme erfolgt unter Aufsicht der Mitarbeiter.</p>	
	Unterstützungsbedarf:	1 = Information/Orientierung/Anleitung
	Zyklus / Intensität:	täglich

9.6	Häusliches Leben ¹⁷	
	Unterstützungsbedarf:	Wählen Sie ein Element aus
	Zyklus / Intensität:	Wählen Sie ein Element aus

**Alles, was mit häuslichen Aufgaben zu tun hat:
z.B.**

- Einkaufen
- kalte / warme Mahlzeiten vorbereiten incl. Getränke
- Haushaltsgeräte benutzen (wie Herd, Mikrowelle)
- Hausarbeiten erledigen
 - wie Wäsche waschen
 - Küche und Wohnbereich putzen
 - Ordnung halten
 - Müll entsorgen
 - Lebensmittel lagern
- Haushaltsgegenstände pflegen
 - wie die Kleidung, Möbel
 - sich um Haustiere und Pflanzen kümmern
 - Schuhe putzen
 - Hilfsmittel instand halten
- anderen Menschen helfen

Zur Erinnerung:

Im LB 6 haben wir große Überschneidungen zu den Leistungen der Pflegeversicherung, ebenso wie in den LB 4, 5 und ggf. 7

Beispiel

9.6	Häusliches Leben¹⁷	
	<p>Die Besorgung von Lebensmitteln / Dingen des persönlichen Bedarfs gelingen Herrn W. nur bedingt gut. Oft wählt er preislich gehobene Produkte und merkt erst im Nachgang, dass die finanziellen Mittel schnell aufgebraucht sind. In der Folge bemüht er sich, Preise zu vergleichen....</p> <p>Die Reinigung seines Zimmers sowie der gemeinschaftlich genutzten Räumlichkeiten (Ämtererledigung) ist Herr W. grundsätzlich in der Lage umzusetzen. Für die Erledigung zu den vereinbarten Zeiten kann er sich jedoch selbst kaum motivieren, sondern benötigt oft den Impuls von seiner Bezugsbetreuerin.</p>	
	Unterstützungsbedarf:	3 = individuelle Planung u. Feedback
	Zyklus / Intensität:	wöchentlich

Gestaltung sozialer Beziehungen¹⁸	
9.7	Unterstützungsbedarf: Wählen Sie ein Element aus
	Zyklus / Intensität: Wählen Sie ein Element aus

Alles, was mit Interaktionen zu anderen Menschen in angemessener Weise zu tun hat:

z.B.

- Familienbeziehungen
- Beziehungen zu Bekannten und Freunden, Nachbarn, Mitbewohnern
- Beziehungen zu den Autoritätspersonen wie Arbeitgeber, Bezugsbetreuern
- Partnerschaft
- Beziehungen eingehen, beenden, soziale Regeln beachten
- allgemeine Beziehungskompetenzen wie Wärme, Respekt, Kritikfähigkeit

Beispiel

9.7	Gestaltung sozialer Beziehungen¹⁸	
	<p>Frau H. unterhält keine engeren Kontakte oder Freundschaften im Umfeld. Zu ihren Mitbewohnern bestehen oberflächliche, situationsbedingte Kontakte. Z.T. wird Frau H. ihren Mitbewohnern gegenüber verbal ausfällig.....Sie ist nicht in der Lage, ihre Probleme mit Mitbewohnern anzusprechen oder Konflikte zu lösen.</p>	
	<p>Frau H. ist bei ihrer Kontaktgestaltung sehr auf die Mitarbeiter fixiert. Sie sucht im Alltag häufig den Kontakt,....oft distanzgemindert. In unbekanntenen Situationen (Arztbesuche, Spaziergänge) sucht sie Nähe und Sicherheit bei den Mitarbeitern. Frau H. hat Vertrauen aufgebaut und äußert Wünsche und Beschwerden.</p>	
	<p>Frau H. hat eine langjährige Betreuerin, zu der sie ebenfalls Vertrauen hat und ihr gegenüber Anliegen äußert. Fremden Personen gegenüber ist sie erstmal zurückhaltend und beobachtet aus der Distanz.</p>	
	<p>Frau H. fährt mehrmals im Jahr zu ihrer Mutter. Das Verhältnis ist stabil, liebevoll und herzlich geworden. Es gibt einen festen Tag in der Woche, an dem Frau H. mit ihrer Mutter telefoniert. Frau H. denkt selbstständig daran und kommt mit ihrem Telefon zu den Mitarbeitern, die für sie die Nummer wählen.</p>	
	Unterstützungsbedarf:	3 = individuelle Planung u. Feedback
	Zyklus / Intensität:	wöchentlich

Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben¹⁹

9.8	Unterstützungsbedarf:	Wählen Sie ein Element aus
	Zyklus / Intensität:	Wählen Sie ein Element aus

Alles, was für Beteiligung an Arbeit, Beschäftigung, Bildung wichtig ist:

z.B.

- Schulbesuch, Ausbildung, Berufsausbildung
- berufliche Tätigkeit z. B. in einer WfbM
- Beschäftigung, Ehrenamt, Praktikum
- Arbeitstherapie
- sonstige berufliche Maßnahmen

- Umgang mit Geld, z.B. dem Taschengeld
- Bankgeschäfte selbstständig erledigen
- Geld abheben / überweisen

Wenn der bedeutende Lebensbereich vielleicht auch keinen direkten Unterstützungsbedarf durch Sie auslöst, so ist doch für den Gesamteindruck ein Hinweis wichtig, was der Leistungsberechtigte tagsüber tut und wie gut das gelingt. Z.B. wenn er in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung arbeitet und durch Sie über das wbW unterstützt wird.

Beispiel

9.8	Arbeit und Beschäftigung, wirtschaftliches Leben¹⁹	
	Herr W. geht im geschützten Rahmen in den XXX-Werkstätten einer Tätigkeit im Garten- und Landschaftsbau nach.	
	Mit seinen finanziellen Ressourcen kann Herr W. nur sehr unzureichend haushalten. Es fällt ihm schwer, sein Geld angemessen einzuteilen. Dadurch erfährt er immer wieder aktuelle Situationen der Geldnot, wo er auf Unterstützung an Lebensmitteln von Mitbewohnern angewiesen ist.....Gelegentlich gibt er sein Geld auch zweckentfremdet für den Erwerb von sehr preisintensiven Lego-Metallbausätzen aus. Er hat große Freude am Modellbau-Zusammensetzen, aber dieses Hobby sprengt den finanziellen Rahmen, da er es nicht aushält, sein Geld über einen gewissen Zeitraum dafür anzusparen.	
	Unterstützungsbedarf:	3 = individuelle Planung u. Feedback
	Zyklus / Intensität:	wöchentlich

Gemeinschafts- und soziales Leben, Freizeitgestaltung²⁰	
9.9	
Unterstützungsbedarf:	Wählen Sie ein Element aus
Zyklus / Intensität:	Wählen Sie ein Element aus

In diesem Lebensbereich wird der subjektive Faktor von Teilhabe bedeutsam: Wie wichtig ist es dem Klienten, z.B. einer Sportgruppe anzugehören? Das sollte mit bedacht sein bei der Planung.

Alles, was die Beteiligung am gesellschaftlichen und sozialen Leben außerhalb der Familie ausmacht:

z.B.

- Freizeit
- Hobby
- Teilnahme am gemeinschaftlichen, religiösen oder politischen Leben
 - z. B. Mitarbeit in Interessenvertretungen (Ehrenamt)
 - Mitgliedschaft in Sportgruppen
 - Teilnahme in Freizeitgruppen
- Teilnahme an Feierlichkeiten, Begegnungen oder Veranstaltungen

Beispiel

9.9	Gemeinschafts- und soziales Leben, Freizeitgestaltung²⁰	
	Herr H. wohnt noch nicht lange in D. und konnte sich (auch durch die Einschränkungen durch Corona) nicht so gut integrieren und sich Freizeitangebote suchen. Er hat...einige wenige Male die KBS besucht. Die Gruppen dort haben erst seit kurzem wieder begonnen und sind durch die beschränkte Teilnehmerzahl voll. Die Freizeitgestaltung findet vorwiegend mit der Freundin statt, zu der die Beziehung aber in Trennung begriffen ist. Allein beschäftigt sich Herr H. viel mit Computerspielen und Fernsehen. Die Kontakte zu den Kollegen beziehen sich auf den beruflichen Kontext.	
	Unterstützungsbedarf:	3 = individuelle Planung u. Feedback
	Zyklus / Intensität:	wöchentlich

10. Entwicklungs- und Betreuungsschwerpunkte - im Berichtszeitraum ²¹			
10.1	Teilhabeziel:	<input type="text"/>	
	Maßnahmen:	<input type="text"/>	
	Überprüfung zu Ziel 1:	Wählen Sie ein Element aus	Ziel soll: Wählen Sie ein Element aus
10.2	Teilhabeziel:	Wählen Sie ein Element aus	
	Maßnahmen:	<ul style="list-style-type: none"> nicht erreicht teilweise erreicht erreicht besser als erwartet erreicht 	
	Überprüfung zu Ziel 2:	erreicht	Ziel soll: Wählen Sie ein Element aus
10.3	Teilhabeziel:	<input type="text"/>	
	Maßnahmen:	<input type="text"/>	
	Überprüfung zu Ziel 3:	Wählen Sie ein Element aus	Ziel soll: Wählen Sie ein Element aus
10.4	Teilhabeziel:	<input type="text"/>	
	Maßnahmen:	<input type="text"/>	
	Überprüfung zu Ziel 4:	Wählen Sie ein Element aus	Ziel soll: Wählen Sie ein Element aus
10.5	Teilhabeziel:	<input type="text"/>	
	Maßnahmen:	<input type="text"/>	
	Überprüfung zu Ziel 5:	Wählen Sie ein Element aus	Ziel soll: Wählen Sie ein Element aus
11. Entwicklungs- und Betreuungsschwerpunkte - für die Zukunft ²²			

Hier geht es um eine kurze Zusammenfassung der Betreuungsschwerpunkte mit den dazugehörigen **Maßnahmen** entsprechend der vereinbarten **Ziele im Berichtszeitraum**.

Welche **Teilhabeziele** wurden für den Berichtszeitraum vereinbart? Inwieweit wurden diese **erreicht**? Bitte nutzen Sie das Auswahlfeld.

Mit welchen konkreten **Maßnahmen** haben Sie den Leistungsberechtigten unterstützt? Wenn Ziele **nicht erreicht** wurden: was waren die **Gründe** hierfür? Das können Sie im Textfeld bei den Maßnahmen vermerken.

10. Entwicklungs- und Betreuungsschwerpunkte - im Berichtszeitraum ²¹				
10.1	Teilhabeziel:	<input type="text"/>		
	Maßnahmen:	<input type="text"/>		
	Überprüfung zu Ziel 1:	Wählen Sie ein Element aus	Ziel soll:	Wählen Sie ein Element aus
10.2	Teilhabeziel:	<input type="text"/>		
	Maßnahmen:	<input type="text"/>		
	Überprüfung zu Ziel 2:	Wählen Sie ein Element aus	Ziel soll:	Wählen Sie ein Element aus
10.3	Teilhabeziel:	<input type="text"/>		
	Maßnahmen:	<input type="text"/>		
	Überprüfung zu Ziel 3:	Wählen Sie ein Element aus	Ziel soll:	Wählen Sie ein Element aus
10.4	Teilhabeziel:	<input type="text"/>		
	Maßnahmen:	<input type="text"/>		
	Überprüfung zu Ziel 4:	Wählen Sie ein Element aus	Ziel soll:	Wählen Sie ein Element aus
10.5	Teilhabeziel:	<input type="text"/>		
	Maßnahmen:	<input type="text"/>		
	Überprüfung zu Ziel 5:	Wählen Sie ein Element aus	Ziel soll:	Wählen Sie ein Element aus
11. Entwicklungs- und Betreuungsschwerpunkte - für die Zukunft ²²				

Bitte tragen Sie nun ein, ob und wie das Ziel in der Zukunft weiterhin bedeutsam ist.

- Bedenken Sie, dass auch erreichte Ziele im Sinne der Kompetenzerhaltung weiterverfolgt werden können.
- Ziele könnten andere Schwerpunkte erhalten oder spezifiziert werden.
- Zielbereiche können auch gänzlich entfallen und somit haben Sie Gelegenheit zur Neubestimmung.

Beispiel

Herr B. lebt in einer betreuten Wohnform,

IPW

10. Entwicklungs- und Betreuungsschwerpunkte - im Berichtszeitraum ²¹				
10.1	Teilhabeziel:	Herr B. möchte selbstständig und entspannt seine Schnitten beim Frühstück schmieren		
	Maßnahmen:	Esstraining im Einzelsetting		
	Überprüfung zu Ziel 1:	teilweise erreicht	Ziel soll:	weiterentwickelt werden
10.2	Teilhabeziel:	Herr B. möchte regelmäßig zu Mutter und Schwester nach Hause		
	Maßnahmen:	Emotionale Regulierung vor den Heimfahrten und Rückkehrgespräch mit der Mutter		
	Überprüfung zu Ziel 2:	erreicht	Ziel soll:	beibehalten werden
10.3	Teilhabeziel:	Herr B. nimmt an Ausflügen teil.		
	Maßnahmen:	Begleitung		
	Überprüfung zu Ziel 3:	erreicht	Ziel soll:	weiterentwickelt werden
10.4	Teilhabeziel:	■		
	Maßnahmen:	■		
	Überprüfung zu Ziel 4:	Wählen Sie ein Element aus	Ziel soll:	Wählen Sie ein Element aus
10.5	Teilhabeziel:	■		
	Maßnahmen:	■		
	Überprüfung zu Ziel 5:	Wählen Sie ein Element aus	Ziel soll:	Wählen Sie ein Element aus

Beispiel

Frau V. lebt
in der
eigenen
Wohnung
(wbW)

10. Entwicklungs- und Betreuungsschwerpunkte - im Berichtszeitraum ²⁰			
10.1	Teilhabeziel:	Umgang mit familiären Konflikten erlernen	
	Maßnahmen:	Wöchentliche Gesprächsangebote zur aktuellen Situation mit aktivem Zuhören, Suche nach Psychotherapeuten mit anfänglicher Begleitung, nach Unterbrechung jetzt Fortführung der Psychotherapie	
	Überprüfung zu Ziel 1:	erreicht	Ziel soll: weiterentwickelt werden
10.2	Teilhabeziel:	Angstfreie Begegnung mit fremden Menschen / Gruppen	
	Maßnahmen:	Einladen / Begleiten zu Angeboten, bei denen sich für die Klientin unbekannte Menschen befinden und wo sie sich aufgrund ihrer Gehörlosigkeit ausgegrenzt fühlt (Angebote des wbW wie Frühstückstreffen etc.), Auswertung der Begegnungen und schrittweise Eigenaktivität. Teilnahme an 3 Veranstaltungen, in den Auswertungen berichtete Frau V. immer wieder von Angst	
	Überprüfung zu Ziel 2:	teilweise erreicht	Ziel soll: beibehalten werden
10.3	Teilhabeziel:	Aufnahme einer Beschäftigung zur Tagesstrukturierung	
	Maßnahmen:	Unterstützung bei der Suche nach geringfügiger Beschäftigung, welche der Leistungsfähigkeit der Klientin entspricht, Begleitung zu möglichen Arbeitgebern. Dieses Ziel wurde nicht erreicht, weil Frau V. sich nicht in der Lage sieht, über mehrere Stunden mit fremden Menschen in einem Raum zuzubringen. Sie selbst möchte keine weiteren Versuche in diese Richtung unternehmen.	
	Überprüfung zu Ziel 3:	nicht erreicht	Ziel soll: neu bestimmt werden
10.4	Teilhabeziel:	Weitestgehend selbstständige Wegebewältigung	
	Maßnahmen:	Begleitung bei Besorgungen und Erledigungen, schrittweise Übertragung von Wegeverantwortung bzw. Alternativen, Vereinbaren von Treffpunkten. Frau V. ist teilweise in der Lage, ihre Wege zu bewältigen, die Fahrten im ÖPNV zur Psychotherapie sind weiterhin eine große Herausforderung für sie. Innerorts legt sie kurze Strecken teilweise mit dem Rollator zurück.	
	Überprüfung zu Ziel 4:	teilweise erreicht	Ziel soll: beibehalten werden

11. Entwicklungs- und Betreuungsschwerpunkte - für die Zukunft ²²

11.1	Teilhabeziel:	
	Maßnahmen:	
11.2	Teilhabeziel:	
	Maßnahmen:	
11.3	Teilhabeziel:	
	Maßnahmen:	
11.4	Teilhabeziel:	
	Maßnahmen:	
11.5	Teilhabeziel:	
	Maßnahmen:	

Hinweis: Wählen Sie die wichtigste Ziele aus, falls Sie in der Praxis kleinschrittiger planen und mehr Ziele haben.

Bitte benennen Sie hier, welche Teilhabeziele zwischen dem Leistungsberechtigten und Ihnen als Leistungserbringer für den künftigen Zeitraum vereinbart werden, um die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

Bitte zeigen Sie kurz die jeweiligen Maßnahmen auf, mit denen Sie das Teilhabeziel erreichen wollen.

Bitte beschränken Sie sich auf die **wesentlichen bzw. vordergründigen** Maßnahmen und Ziele.

Beteiligen Sie bitte den Leistungsberechtigten soweit als möglich. Das ist für die Motivation und Zielerreichung wichtig.

Beispiel

Frau A. lebt in der eigenen Wohnung (wbW)

11. Entwicklungs- und Betreuungsschwerpunkte - für die Zukunft ²¹		
11.1	Teilhabeziel:	Ich möchte regelmäßig die Ernährungsberatung besuchen und in die Adipositasambulanz aufgenommen werden.
	Maßnahmen:	Einen Telefontermin dort habe ich schon. Das wbW soll mich dabei unterstützen und mich motivieren, das durchzuhalten.
11.2	Teilhabeziel:	Ich möchte weiterhin Kontakte in D. finden.
	Maßnahmen:	Dazu benötige ich Anregungen oder auch Begleitung zu Veranstaltungen.
11.3	Teilhabeziel:	Im Moment bewegt sich das soziale Leben zwischen Arbeit, Therapien und fam. Kontakten. Ich möchte andere, normale Freizeitangebote nutzen.
	Maßnahmen:	Benötige Informationen, Gespräche und ggf. Begleitung.
11.4	Teilhabeziel:	
	Maßnahmen:	
11.5	Teilhabeziel:	
	Maßnahmen:	

Die Ich-Formulierung ist hier ein Bonus, kein Muss.

Beispiel

Herr X. lebt in einer Außenwohngruppe (bW)

11. Entwicklungs- und Betreuungsschwerpunkte - für die Zukunft ²¹		
11.1	Teilhabeziel:	Erhalt der psychischen Stabilität
	Maßnahmen:	Erarbeiten eines ausgewogenen Maßes an Be- und Entlastung durch individuelle Planung von Aufgaben sowie damit einhergehend regelmäßige Reflexion
11.2	Teilhabeziel:	Fähigkeit von adäquatem Kommunikationsverhalten erlangen
	Maßnahmen:	Vermittlung allgemeingültiger Regeln des Kommunizierens sowie Reflexion und übende Anwendung in Gesprächen
11.3	Teilhabeziel:	Ausbau lebenspraktischer Fähigkeiten
	Maßnahmen:	Anleitende, motivierende Unterstützung sowie individuelle Planung entsprechender Termine und Angebote
11.4	Teilhabeziel:	Eigenverantwortlicher Umgang mit finanziellen Ressourcen
	Maßnahmen:	Individuelle Planung und Reflexion
11.5	Teilhabeziel:	
	Maßnahmen:	

Beispiel

Tagesstätte

11. Entwicklungs- und Betreuungsschwerpunkte - für die Zukunft ²²		
11.1	Teilhabeziel:	Teilhabe an Wochentagen - die Woche gestalten
	Maßnahmen:	Tagesstrukturierende Maßnahmen mit alltagspraktischen und beschäftigungstherapeutischen Angeboten
11.2	Teilhabeziel:	Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit und Ordnung als soziale Kompetenzen erlangen
	Maßnahmen:	Kompetenzvermittlung und Training mit beschäftigungstherapeutischen Angeboten, Kontrolle, Feedback
11.3	Teilhabeziel:	Verbesserung von Gedächtnis, Konzentration, Wahrnehmung
	Maßnahmen:	Individuelles kognitives Training
11.4	Teilhabeziel:	Kommunikation und Teilhabe in einer Gruppe
	Maßnahmen:	Gespräche anregen und anleiten, Gruppenaktionen begleiten, Feedback
11.5	Teilhabeziel:	
	Maßnahmen:	

12. Fazit: erforderlicher Unterstützungsbedarf (Hilfeart und Dauer)²³

Datum: 24.02.2021

Name Ersteller:

Telefonnummer für Rückfragen:

Stempel Leistungserbringer/Träger und Unterschrift

Bitte fassen Sie ganz kurz zusammen, ob und wenn ja welcher Unterstützungsbedarf aus Ihrer Sicht gegeben ist.

Welche Leistung ist aus Ihrer Sicht für welchen Zeitraum erforderlich?

Beispiel 1

12. Fazit: erforderlicher Unterstützungsbedarf (Hilfeart und Dauer)²²

Frau O. selber äußert den Wunsch, noch weiter in der Wohngruppe bleiben zu können. Eine eigene Wohnung ist aktuell für sie nicht vorstellbar. Sie benötigt aufgrund der psychischen Beeinträchtigungen nach Einschätzung der Bezugsbetreuer die häufigen und regelmäßigen Kontakte. In der eigenen Wohnung wäre die Gefahr des Rückzuges sehr hoch, auch in Anbetracht des bisherigen Verlaufs.

Weiterer Bedarf: 2 Jahre bW

Beispiel 2

12. Fazit: erforderlicher Unterstützungsbedarf (Hilfeart und Dauer)²²

Herr Z. könnte durch wöchentliche Kontakte/Hausbesuche durch ambulante Hilfen (wbW) seine Ziele erreichen und Verbesserungen in den o.g. Punkten erzielen. Die Hilfe sollte zunächst 1 Jahr dauern.

13. Einverständnis

Der vorstehende Sozial- und Entwicklungsbericht wurde mir zur Kenntnis gegeben.

Es besteht die Möglichkeit, zum Sozial- und Entwicklungsbericht aus meiner persönlichen Sicht Stellung zu nehmen.

- Ja, ich möchte eine persönliche Stellungnahme abgeben.
 siehe Anlage wird nachgereicht
 Nein, ich möchte keine persönliche Stellungnahme abgeben.

Die an der Beantragung der Leistung sowie an der Leistungserbringung beteiligten Personen und Dienste sind zur Einhaltung der Vorschriften zum Sozialdatenschutz gemäß § 35 SGB I und §§ 67 ff. SGB X verpflichtet.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass

- der Leistungserbringer/Träger den Sozial- und Entwicklungsbericht mit den erhobenen Daten (Original) einschließlich ggf. beigefügter medizinischer Unterlagen an den KSV Sachsen weiterleitet.

Der KSV Sachsen benötigt die Angaben/medizinischen Unterlagen, um über die (Weiter-)Bewilligung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB IX sachgerecht entscheiden zu können. Die erhobenen Daten/Unterlagen werden ausschließlich für diesen Zweck verwendet.

Sofern das Einverständnis nicht erteilt wird, muss die/der Leistungsberechtigte bzw. ihr/sein rechtlicher Vertreter/in den Bericht selbst an den KSV Sachsen schicken!

- Medizinische Unterlagen und Berichte vom KSV Sachsen an den Amtsarzt weitergeleitet werden.

Die/Der Leistungsberechtigte bzw. ihr/sein rechtlicher Vertreter/in kann der Weitergabe bei Dritten (z. B. bei Leistungsträger oder Leistungserbringer) vorhandenen medizinischen Unterlagen gemäß § 76 SGB X widersprechen, wenn die Unterlagen im Zusammenhang mit der Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen übermittelt worden sind. Die Mitwirkungspflicht gilt dann direkt gegenüber dem Amtsarzt.

- Der Leistungserbringer/Träger eine Kopie des Berichtes in seine Dokumentation aufnimmt.

Datum:

Unterschrift der/des Leistungsberechtigten und/oder Unterschrift rechtliche/r Betreuer/in

Der Leistungsberechtigte oder sein rechtlicher Betreuer erhalten den Bericht des Leistungserbringers zur Kenntnis; der Inhalt soll besprochen werden.

Das Einverständnis des Leistungsberechtigten bzw. des gesetzlichen 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 Leistungsberechtigte oder sein rechtlicher Betreuer kann den Bericht auch selbst an den KSV Sachsen übermitteln.

Was uns als KSV Sachsen wichtig ist:

1. Gesamtschau der Lebenssituation des Menschen mit Behinderung in Bezug auf Teilhabe und Unterstützungsbedarf
2. Kurze und prägnante Beschreibungen:
Bitte fassen Sie sich kurz.
3. Beschreibung der **Teilhabe**einschränkungen in den Lebensbereichen → daraus **Hilfebedarf** erkennbar (= logische Einheit)
4. Benennung der Ziele und Maßnahmen

**Wir danken den an der Erprobung des Berichtes beteiligten
Einrichtungen für ihr Engagement!**

**Ihnen wünschen wir nun viel Erfolg in der Anwendung
des neuen Berichtes.**

**Bei Fragen wenden Sie sich an Ihre(n) zuständige(n)
Sachbearbeiter(in) oder an uns.**

Karin Hoffmann, FD 210 Grundsatz karin.hoffmann@ksv-sachsen.de

Tel.: 0341/1266 155

Rando Vasa, FD 210 Grundsatz rando.vasa@ksv-sachsen.de

Tel.: 0341/1266 242

Dorothea Hundertmark, FD 200 Projekte BTHG dorothea.hundertmark@ksv-sachsen.de

Tel.: 0341/1266 272