

Sozial-/Verlaufsbericht

für die stationäre und ambulante Eingliederungshilfe

(Bericht am Ende eines Bewilligungszeitraumes und Grundlage für Weiterbewilligungsanträge)

Erstbericht am

Folgebericht am

A. Sozialdaten (im Erstbericht bitte alle Fragen beantworten – im Folgebericht unter A. nur die Veränderungen angeben)

1. Grunddaten

Name	ggf. Geburtsname
Vorname	Geburtsdatum
Derzeitige Anschrift des Leistungsberechtigten: Straße: PLZ Ort Tel.-Nr.:	
<input type="checkbox"/> Bei dem jetzigen Wohnort handelt es sich um eine vollstationäre Maßnahme der Eingliederungshilfe Name der Einrichtung	
Ansprechpartner in der Einrichtung: Name	
Telefon	Email

2. Gesetzliche Vertreter

Elterliche Sorge/ Vormund Gesetzliche Betreuung Bevollmächtigte

Institution, Name	Vorname	
Straße	PLZ Ort	
Telefon	Telefax	Email
Betreuung befristet bis	für die Bereiche:	
<input type="checkbox"/> Vermögenssorge	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	<input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge
<input type="checkbox"/> Andere Bereiche	Einwilligungsvorbehalt ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

3. nächste Angehörige bzw. nächste Bezugsperson¹:

Name:	Vorname:
Straße:	Telefon:
PLZ:	Wohnort:

¹ Angabe mit Einverständnis des Klienten – sonst kann Feld frei bleiben

4. Angaben zur Behinderung / Erkrankung

Primäre Behinderung / Erkrankung (nach Personengruppe)	sekundäre Behinderung / Erkrankung (nach Personengruppe)
<input type="checkbox"/> körperliche Behinderung <input type="checkbox"/> geistige Behinderung <input type="checkbox"/> Sinnesbehinderung <input type="checkbox"/> seelische Behinderung	<input type="checkbox"/> körperliche Behinderung <input type="checkbox"/> geistige Behinderung <input type="checkbox"/> Sinnesbehinderung <input type="checkbox"/> seelische Behinderung
Auswirkungen der Behinderungen / Erkrankungen im täglichen Leben	
Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten, die mit der Behinderung/Erkrankung im Zusammenhang stehen (Nennen Sie bitte Namen der Klinik und Zeitraum der Behandlung) Klinikaufenthalt Unterbringungsbeschluss ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
regelmäßige Medizinische Verordnungen (soweit dies für die Eingliederungshilfe von Bedeutung ist) <input type="checkbox"/> Medikamentengabe <input type="checkbox"/> mehrmals täglich <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> Verbandwechsel <input type="checkbox"/> regelmäßige Arztbesuche ärztliche Verordnungen / sonstige Bewilligungen: <input type="checkbox"/> Psychotherapie beantragt <input type="checkbox"/> abgelehnt <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soziotherapie beantragt <input type="checkbox"/> abgelehnt <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Behandlungspflege / psy, Fachkrankenpflege beantragt <input type="checkbox"/> abgelehnt <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RPK (Rehabilitation Psychisch Kr.) beantragt <input type="checkbox"/> abgelehnt <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grundpflege Hauswirtschaft Umfang Kostenträger <input type="checkbox"/> Reha-Sport welcher Kostenträger <input type="checkbox"/> Hilfsmittel welche Kostenträger <input type="checkbox"/> Gebärdensprachdolmetscher Kostenträger <input type="checkbox"/> andere – welche	
Schwerbehinderung nach Schwerbehindertenrecht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> GdB: <input type="checkbox"/> nein	Merkmal im Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> 1.KI <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> B

5. Angaben zum Pflegebedarf (nach SGB XI oder SGB XII)

<input type="checkbox"/> entfällt, weil kein Pflegebedarf	
<input type="checkbox"/> Pflegebedürftigkeit ist festgestellt	Pflegestufe:
<input type="checkbox"/> Pflegesachleistungen	<input type="checkbox"/> Kombination
<input type="checkbox"/> Pflegegeld	<input type="checkbox"/> anderes
<input type="checkbox"/> gem. § 43 a SGB XI (pauschale Leistung bei Pflegebedürftigkeit in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe)	
<input type="checkbox"/> Pflegebedürftigkeit ist bisher nicht festgestellt, Antrag wird veranlasst	
<input type="checkbox"/> Pflegebedürftigkeit wurde abgelehnt	
Ein Gutachten des MDK liegt vor <input type="checkbox"/> wurde eingesehen <input type="checkbox"/> liegt nicht vor <input type="checkbox"/>	
Es sind zusätzliche Leistungen nach dem SGB XII erforderlich: ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Welche:	

6. Angaben zur beruflichen Tätigkeit

Bezeichnung der Schule / WfbM / Tafö / Arbeitgeber		
Art und Umfang der Tätigkeit: Maßnahme der Berufsfindung <i>halbtags</i>		
Kostenträger (wenn geförderter Arbeitsplatz)		
Anschrift des geförderten Arbeitsplatzes: Straße		
PLZ Ort		
Telefon	Telefax	Email
Ansprechpartner / in		

B. Tätigkeitsbericht für den vergangenen Zeitraum

Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern und so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen. (§ 53 Abs. 3 SGB XII)

Ziele für den vergangenen Zeitraum:
Welche konkreten Leistungen wurden erbracht? ²
Hat sich die Situation des Leistungsberechtigten im Verhältnis zum Beginn der Hilfe <input type="checkbox"/> / zum letzten Bericht <input type="checkbox"/> verändert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Was hat sich verändert?
Besondere Ereignisse im Berichtszeitraum, die auf die Zielerreichung Einfluss hatten:
Was sagt der Leistungsberechtigte zur Zielerreichung oder zum Leistungsangebot? (diese Angabe ist freiwillig)

² Angabe in Stichworten: z.B. Einzeltraining Mobilität, stellvertretende Basisversorgung, Kochgruppe, Konfliktgespräche (zu welchem Anlass?) etc.

C. Hilfeplanung für die kommenden 6 Monate: (Lebensfeldbezogene Bedarfe und Ziele).³

I. Lebensfeld Wohnen / Selbstsorge/ Aktivitäten des täglichen Lebens	Kompetenzen / Unterstützung durch den Leistungsanbieter (Einrichtung) / individueller Bedarf Hier geht es um den Unterstützungsbedarf durch den Leistungsanbieter – ein Bedarf an Unterstützung entfällt auch dann, wenn andere Dritte dieses wahrnehmen/ausüben/erfüllen (z.B. Freunde, Eltern, gesetzl. Betreuer)	Aktuelle Ziele Eingliederungshilfeziele sind solche, die aktiv auf eine Veränderung der aktuellen Lebenssituation gerichtet sind (Förderung, Erhaltung, Verhinderung einer Verschlechterung.) Sie sollen konkret und messbar sein, bedeuten in der Regel gezielte Maßnahmen zur Zielerreichung und müssen Kompetenzen, Bedürfnisse und Entwicklungsmöglichkeiten des Leistungsberechtigten berücksichtigen.	Angebote, Unterstützungsleistungen, Zeitrahmen Beratung, Begleitung, Motivation bedeutet, dass Leistungserbringer unterstützend tätig wird; Stellvertretung bedeutet, dass diese Tätigkeit für den Leistungsberechtigten vollständig übernommen wird, da er dies nicht selber kann; Intensive Förderung, umfassende Hilfestellung bedeutet, dass bestimmte Ziele erreicht werden sollen und ein gezieltes Training erforderlich ist (der Zeitaufwand ist höher, als wenn es stellvertretend ausgeführt wird). Hier muss ein Ziel benannt worden sein! Oder es liegt ein ständiges Beaufsichtigungserfordernis vor (z.B. bei herausforderndem Verhalten) – dieses muss unter individuellem Bedarf erläutert werden.
1. Einkaufen; dazu gehören z.B. Einkauf des täglichen und persönlichen Bedarfs planen, Aufsuchen von Geschäften; Auswahl.	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitrahmen:
2. Zubereiten von Zwischenmahlzeiten; dazu gehören z.B.: Zubereiten von warmen Getränken, Frühstück und Abendessen, Auswahl von Obst, Joghurt etc.	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitrahmen:
3. Zubereitung Hauptmahlzei-	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird ge-

³ Es geht hier um Bedarfe und Ziele, die im Rahmen der Eingliederungshilfe oder im Rahmen anderer Rehaleistungen für den Leistungsberechtigten erbracht werden sollen. Alle Leistungen der Eingliederungshilfe dienen gemäß § 1 SGB IX dem Ziel, die Selbstbestimmung und Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Die besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe besteht nach § 53 Abs. 3 SGB XII darin, eine drohende wesentliche Behinderung zu verhüten oder eine bestehende wesentliche Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Dem Vorrang offener und ambulanter Hilfen (§ 13 Abs. 1 SGB XII i. V. m. § 19 Abs. 2 SGB IX) ist dabei besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

ten, z.B.: Zubereitung von warmen Hauptmahlzeiten einschl. Bedienung von Geräten			plant (Methodik): Zeitraumen:
4. Wäschepflege z.B. persönliche Wäsche waschen, aus- und einsortieren, Bedienung von Geräten	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitraumen:
5. Ordnung im eigenen Bereich Aufräumen, Zimmer/Sanitärebereich reinigen	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitraumen:
6. Geld verwalten: Kenntnis des Geldwertes, Einteilung des Geldes	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitraumen:
7. Regeln von finanziellen und (sozial-) rechtlichen Angelegenheiten: Ausfüllen von Formularen, Stellen von Anträgen, Bankgeschäfte,	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitraumen:

II. Individuelle Basisversorgung	Kompetenzen / individueller Bedarf	Aktuelle Ziele	Angebote, Unterstützungsleistungen, Zeitraumen
8. Ernährung: Auswahl von Art und Menge der Nahrung, Essen und Trinken, Zerkleinern (z.B. Fleisch schneiden)	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitraumen:
9. Körperpflege: Ganz- oder Teilwaschung, Morgen- und Abendtoilette (außer Duschen/Baden), Umgang mit Menstruation	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitraumen:
10. persönliche Hygiene / Toilettenbenutzung: Aufsuchen der Toilette, sachgerechte Benutzung, Umgang mit Inkontinenz	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitraumen:
11. Aufstehen / zu Bett gehen: Grundfertigkeiten der Mobilität (körperliche Fähigkeiten),	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik):

			Zeitraumen:
12. Baden / Duschen Eigenständige Benutzung der Dusche oder Badewanne (körperliche Fähigkeiten, ggf. Aufsichtsbedarf), motivationale Aspekte)	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitraumen:
13. Anziehen / Ausziehen: Auswahl von Kleidung/der Witterung oder dem Anlass entsprechend, körperliche Fähigkeit sich an- oder ausziehen (Grob- und Feinmotorik)	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitraumen:

III. Gestaltung Sozialer Beziehungen	Kompetenzen / Unterstützung durch Dritte / individueller Bedarf	Aktuelle Ziele	Angebote, Unterstützungsleistungen, Zeitraumen
14. im unmittelbaren Nahbereich Beziehung zu Mitbewohnern/ Nachbarn/Mitarbeitern, Regelung von Konflikten, Vermeidung von Isolation, Einhaltung von Absprachen	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitraumen:
15. zu Angehörigen Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen, Kontaktaufnahme, Klärung von Konflikten	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitraumen:
16. in Freundschaften / Partnerschaften Aufbau und Aufrechterhaltung stabiler Beziehungen, Kontaktaufnahme, Klärung von Konflikten	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitraumen:

IV. Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben	Kompetenzen / Unterstützung durch Dritte / individueller Bedarf	Aktuelle Ziele.	Angebote, Unterstützungsleistungen, Zeitraumen
17. Gestaltung freier Zeit / Eigenbeschäftigung planvolle und persönlich sinnvolle Nutzung freier Zeit, Einteilung der Zeit, Ausführen von Hobbies, Entwicklung persönlicher Vorlieben	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitraumen:
18. Teilnahme an Freizeitangeboten / kulturellen Veranstaltungen	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik):

Information über Angebote, Auswahl von Angeboten, aktives Aufsuchen von Angeboten (einschl. der dazu erforderlichen körperlichen Mobilität)			Zeitraumen:
19. Begegnung in sozialen Gruppen / fremden Personen Sich zurechtfinden in fremden Gruppen, Sozialverhalten, Bewältigung von Konflikten (im Freizeit- und Arbeitsbereich)	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitraumen:
20. Erschließen außerhäuslicher Lebensbereiche Motivation zum Besuch von Schule, Arbeitsplatz, Beschäftigungsbereich u.ä., Bewältigung des Weges zum außerhäuslichen Lebensbereich etc.	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitraumen:
21. Entwickeln von Zukunftsperspektiven, Lebensplanung: Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung, Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle in der Gesellschaft, Entwickeln persönlicher Ziele	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitraumen:

V. Kommunikation und Orientierung	Kompetenzen / Unterstützung durch Dritte / individueller Bedarf	Aktuelle Ziele	Angebote, Unterstützungsleistungen, Zeitraumen
22. Kompensation von Sinnesbeeinträchtigungen und Kommunikationsstörungen, Unterstützung der Kulturtechniken Nutzung von Hilfsmitteln wie Langstock, Hörgerät, PC etc., Aneignung und Gebrauch von Gebärdensprache, Erschließung alternativer Kommunikationswege bei fehlender oder stark eingeschränkter Sprache etc.	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitraumen:
23. Zeitliche Orientierung Kenntnis der Uhrzeit, Tag-Nacht-Rhythmus, Zeitstruktur	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitraumen:
24. Räumliche Orientierung in vertrauter Umgebung: alle Orte, die regelmäßig aufgesucht werden: Wohnung, Wohnumfeld, Weg zur Arbeit etc.	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitraumen:
25. Räumliche Orientierung in fremder Umgebung:	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird ge-

einschließlich Verkehrssicherheit.			plant (Methodik): Zeitraumen:
------------------------------------	--	--	----------------------------------

VI. Emotionale und psychische Entwicklung	Kompetenzen / Unterstützung durch Dritte / individueller Bedarf	Aktuelle Ziele	Angebote, Unterstützungsleistungen, Zeitraumen
26. Bewältigung von Angst, Unruhe, Spannungen	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitraumen:
27. Bewältigung von Antriebsstörungen, Interesselosigkeit, Apathie etc. Interesselosigkeit, Lethargie, Passivität, Bewegungsarmut	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitraumen:
28. Bewältigung paranoider oder affektiver Symptomatik individueller Hilfebedarf nur in Absprache mit Psychologen oder Facharzt ermitteln und beschreiben	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitraumen:
29. Umgang mit und Abbau von erheblich selbst- und fremdgefährdenden Verhaltensweisen autoaggressives Verhalten, Suiciddrohung und Gefährdung, Angriff auf andere Personen	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitraumen:

VII. Gesundheitsförderung und –erhaltung	Kompetenzen / Unterstützung durch Dritte / individueller Bedarf	Aktuelle Ziele	Angebote, Unterstützungsleistungen, Zeitraumen
30. Ausführen ärztlicher oder therapeutischer Verordnungen: Bereitstellung, Dosierung und Einnahme von Medikamenten, (Körper-)Übungen	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitraumen:
31. Absprache und Durchführung von Arztterminen Arztwahl, Terminvereinbarung, Aufsuchen der Praxis etc.	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitraumen:
32. Spezielle pflegerische Erfordernisse:	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird ge-

Dekubitusprophylaxe, Bedienung von Beatmungsgeräten, pflegerische Erfordernisse bei Sondenernährung etc.			plant (Methodik): Zeitrahmen:
33. Beobachten und Überwachung des Gesundheitszustandes Regelmäßige Kontrollen (z.B. bei Diabetes, Vitalzeichen-Kontrolle, Beobachtung bei Erkrankungen, Erkennen von Krankheitssymptomen etc.)	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitrahmen:
34. Gesundheitsfördernder Lebensstil: Kenntnisse über gesunde Ernährung, körperliches Training / Bewegung, Vermeiden gesundheitsschädigender Verhaltensweisen	entfällt		falls Unterstützung notwendig, was wird geplant (Methodik): Zeitrahmen:
VIII. Lebensfeld Beschäftigung, Arbeit, Ausbildung	Wochenstunden:	Wochenstunden:	Welche Unterstützung ist zur Zielerreichung erforderlich?

Ansichtsexemplar W/EP

D. Angestrebte Wohnform:

Welches Wohnen wird durch den Leistungsberechtigten/-in in Zukunft (auch langfristig) angestrebt?⁴

allein in eigener Wohnung	<input type="checkbox"/>
Eigene Familie (Ehe-/ LebenspartnerIn / Kinder)	<input type="checkbox"/>
Herkunftsfamilie (Eltern/ Vater/ Mutter/ Geschwister)	<input type="checkbox"/>
Wohngemeinschaft (eigene Häuslichkeit, Mitbewohner selbst gewählt)	<input type="checkbox"/>
Ambulant betreute Wohngemeinschaft	<input type="checkbox"/>
Zimmer in einer Wohngruppe eines Trägers	<input type="checkbox"/>
Zimmer in einem Wohnheim	<input type="checkbox"/>
Anderes, nämlich	<input type="checkbox"/>

wird diese Einschätzung durch den / die Einrichtungsbetreuer geteilt? ja nein

wenn abweichend: welche wird von Seiten der Einrichtung als realistisch angesehen?
notwendige Voraussetzung⁵ verantwortlich dafür

Gibt es weitere Ziele (auch langfristig), die im Bericht noch keinen Platz gefunden haben?

Der Bericht wurde erstellt von:

Name	Einrichtung/Institution	Telefon-Nr.	Datum

⁴ Damit ist nicht die zur Weiterbewilligung beantragte Maßnahme sondern eine Zukunftsplanung gemeint.

⁵ Das kann z.B. das Finden einer geeigneten Wohnung oder das Erlernen von bestimmten Fähigkeiten sein

**D. Erklärung Leistungsberechtigte/ Leistungsberechtigter
(oder des gesetzlichen Vertreters):**

Ich habe den Bericht am _____ gelesen: ; er wurde mir vorgelesen

Die Inhalte des Berichts wurden mir am _____ erklärt:

Die im Bericht formulierten Ziele

werden von mir unterstützt

können von mir in den folgenden Punkten nicht unterstützt werden (bitte begründen):

Die vorgeschlagenen Hilfeangebote

möchte ich gerne annehmen

möchte ich verändern; bitte angeben, was stattdessen gewünscht wird

Ich beantrage die Weiterbewilligung der Maßnahme:

Datum _____ Unterschrift des Leistungsberechtigten und / oder des Gesetzlichen Betreuers