

Derzeit aufgrund BTHG in Überarbeitung!



# **Gesamtplan gemäß § 58 SGB XII**

**für Leistungen der Eingliederungshilfe für  
erwachsene Menschen mit seelischer  
Behinderung**

**Leitfaden  
der bayerischen Bezirke zum Verfahren**

- I. Einleitung
- II. Das Verfahren
  1. Gesetzliche Grundlagen.
  2. Der Ablauf
- III. Die Planungsinstrumente
  1. Der ärztliche Bericht
  2. Der Sozialbericht
  3. Der Hilfeplanungs- und Entwicklungsbericht (HEB-Bogen)
    - a. HEB-A als vorläufige Hilfeplanung
    - b. HEB-B als begleitender Entwicklungsbericht
    - c. HEB-C als Abschlussbericht
- IV. Die Personenkonferenz
- V. Einführung und Umsetzung des Gesamtplanverfahrens
- VI. Datenschutz
- VII. Graphische Darstellung der typischen Verfahrensabläufe
- VIII. Anhang (Formulare und Orientierungshilfe zur Bearbeitung der Teilhabebereiche)

## I. Einleitung

Für Menschen mit Behinderung ist eine ganzheitliche Planung der Eingliederungshilfe im Sinne einer personenzentrierten Hilfe notwendig. Voraussetzung für ein systematisches und planerisches Handeln ist eine umfassende Ermittlung der individuellen Bedarfssituation. Dazu ist es notwendig, den Menschen mit Behinderung und seine Angehörigen aktiv in die Planung mit einzubeziehen. Zentrale Bedeutung kommt dabei dem Verfahren zum Gesamtplan gemäß § 58 SGB XII in Verbindung mit §§ 12, 13 Abs. 2 SGB IX zu.

Das hier beschriebene Verfahren zum Gesamtplan soll die Abstimmung der Beteiligten sicherstellen, um die Hilfeleistung wirksam und effizient zu gestalten.

Der nachfolgende Leitfaden bezieht sich auf den Personenkreis der **erwachsenen** Menschen mit seelischer Behinderung und auf alle Leistungsberechtigten in Werkstätten für behinderte Menschen.

Im Bereich der ambulanten Hilfen findet das Gesamtplanverfahren grundsätzlich nicht bei Entscheidungen über einmalige Hilfen (z.B. Hilfsmittel, Freizeitmaßnahmen) und Fahrdienst Anwendung.

Mittelfristig wird ein einheitliches Verfahren unabhängig von der Art der Behinderung sowie des Alters der Leistungsberechtigten angestrebt.

Das vorliegende Verfahren mit seinen Instrumenten wurde in einer Modellphase erprobt und wird derzeit zum 2. Mal evaluiert.

Die Beteiligten werden die Weiterentwicklung des Verfahrens aufgrund der Erfahrungen im Umgang mit den hier vorgelegten Instrumenten weiter verfolgen.

Das Verfahren zum Gesamtplan wird in seiner Anwendung und Fortschreibung reflektiert und angepasst.

Das vorliegende Verfahren für den Gesamtplan würdigt Menschen mit Behinderung in ihrer eigenen Lebenssituation. Folgerichtig sollen sie maßgeblich an der Planung, Auswahl und Umsetzung der Hilfen aktiv mitwirken. Das Handeln der Fachleute orientiert sich an den Zielen, die der Leistungsberechtigte seinem Leben geben möchte unter Berücksichtigung der Möglichkeiten.

Das Verfahren zum Gesamtplan mit seinen Planungsinstrumenten wurde nach umfangreichen Vorarbeiten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bezirke auf der Ebene des Verbandes der bayerischen Bezirke und unter Beteiligung der Vertreterinnen und Vertretern der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste Landesgruppe Bayern des Landesverbands der Angehörigen psychisch kranker Menschen in Bayern e.V. und der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen in Bayern e.V. entwickelt.

Soweit bei der praktischen Umsetzung des Gesamtplans Probleme auftreten, werden diese in gegenseitigem Vertrauen gelöst.

Insbesondere der Datenschutz wird von den Bezirken außerordentlich ernst genommen.

## **II. Das Verfahren**

### **1. Gesetzliche Grundlagen**

Die Rechtsgrundlage für den Gesamtplan bildet § 58 SGB XII.

#### **§ 58 SGB XII**

- (1) Der Träger der Sozialhilfe stellt so frühzeitig wie möglich einen Gesamtplan zur Durchführung der einzelnen Maßnahme auf.
- (2) Bei der Aufstellung des Gesamtplans und der Durchführung der Leistungen wirkt der Träger der Sozialhilfe mit dem behinderten Menschen und den sonst im Einzelfalle Beteiligten, vor allem mit dem behandelnden Arzt, dem Gesundheitsamt, dem Landesarzt, dem Jugendamt und den Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit, zusammen.

Darüber hinaus sind bei der Durchführung des Verfahrens zum Gesamtplan die weiteren sozialhilferechtlichen Vorschriften (z. B. der Grundsatz „ambulant vor stationär“, § 9 SGB XII i. V. m. §§ 12, 13 SGB XII) sowie die Vorschriften zum Datenschutz (siehe Punkt VI) zu beachten.

### **2. Der Ablauf**

Das Verfahren zum Gesamtplan setzt sich aus dem Arztbericht, dem Sozialbericht, und den Hilfeplan- und Entwicklungsbögen (HEB-A-Bogen, HEB-B-Bogen und HEB-C-Bogen) zusammen, die im Folgenden unter Punkt III beschrieben sind. Davon unberührt bleibt die Prüfung der sonstigen sozialhilferechtlichen Voraussetzungen. Alle Unterlagen sind schriftlich abzufassen, bevorzugt maschinenschriftlich.

Die den Instrumenten zugrunde liegenden Formulare sind standardisiert, um Zeit und Aufwand zu reduzieren. Gleichzeitig wird individuellen Aussagen Platz gegeben.

Alle Bestandteile des Gesamtplanes sind Antragsunterlagen, die zur Findung der notwendigen und geeigneten Maßnahme(n) dienen.

Die sorgfältige Anwendung des Verfahrens zum Gesamtplan führt zur Bestimmung der notwendigen individuellen Hilfe und fließt in den zu erlassenden Verwaltungsakt des Leistungsträgers ein, der die notwendigen und angemessenen Leistungen für den Leistungsberechtigten rechtswirksam feststellt.

Alle notwendigen Instrumente sind vor Beginn der geplanten Hilfe anzuwenden und die entsprechenden Formulare auszufüllen, damit sie **rechtzeitig** sowie **vollständig** beim zuständigen Leistungsträger vorliegen.

Der Zeitraum eines Planungsabschnittes ist zu bestimmen. Die Bescheide über die Dauer der Leistungsgewährung sind in der Regel befristet.

Der Gesamtplan beteiligt die nachfragende Person, sowie alle, die zur Darstellung des Hilfebedarfs beitragen (Ärzte, Beratungsstellen, Angehörige, gesetzliche Betreuer), und / oder die benötigten Maßnahmen anbieten (Anbieter ambulanter, teilstationärer oder stationärer Maßnahmen) und die Übernahme der anfallenden Kosten sicherstellen (Träger der Sozialhilfe). Hierfür eignet sich auch die Personenkonferenz.

Das Verfahren ist dialogisch aufgebaut und basiert auf der Mitwirkung der einzelnen Beteiligten. Der Leistungsberechtigte wird am Planungsprozess beteiligt und gestaltet diesen mit. Auch deshalb sind in jedem Formular die Felder für „Wünsche und Sichtweisen des Leistungsberechtigten“ auszufüllen.

Die Instrumente bieten eine wesentliche Orientierungshilfe für alle am Hilfeprozess Beteiligten und dokumentieren die Hilfeplanung.

Ziel des dargestellten Verfahrens ist die personenbezogene Hilfe für Menschen mit Behinderung mit ihren spezifischen Bedürfnissen.

Das Verfahren ist ein begleitender, interaktiver Prozess. Die hierfür notwendige Planung wird als Ergebnis der gemeinsamen Hilfesuche verstanden und dient auch der regelmäßigen Reflexion.

Ebenso dient das Verfahren dem Ziel der **formalen** Einheitlichkeit. Hieraus resultiert Verständlichkeit, Transparenz und Vergleichbarkeit, da innerhalb Bayerns gleichartige Formulare Verwendung finden. Damit werden Zeit und Aufwand reduziert und die Effizienz gesteigert.

Die Verfahrensabläufe werden in Punkt VII für typische Bedarfssituationen verdeutlicht und graphisch dargestellt.

### **Anwendung beim Persönlichen Budget**

Das Verfahren zum Gesamtplan findet grundsätzlich auch bei der Leistungsgewährung in Form des persönlichen Budgets gemäß § 57 SGB XII Anwendung. Dabei ist auf die insoweit geltenden Besonderheiten des Verwaltungsverfahrens und der individuellen Situation des Antragstellers Rücksicht zu nehmen.

## **III. Die Planungsinstrumente**

Arzt- und Sozialbericht sind Instrumente, die in der Regel einem Neuantrag auf Teilhabe zu Grunde liegen. Beide Instrumente ergänzen sich zu einer umfassenden Darstellung des Hilfebedarfs. Aus der Gesamtschau der Instrumente ergibt sich für den Leistungsträger eine Möglichkeit, die Angemessenheit und Eignung der geplanten Hilfe festzustellen. Durch die HEB-Bögen werden Veränderungen der Leistungen, Ergänzungen oder Intensivierungen abgebildet und der Gesamtplan so fortgeschrieben.

Zur Darstellung des Hilfebedarfes findet sich in der Anlage des Leitfadens eine Orientierungshilfe zur Bearbeitung der in den Instrumenten (Sozialbericht und HEB-Bögen) aufgeführten Teilhabebereiche.

Die inhaltliche Darstellung der individuellen Bedarfssituation erfolgt in 5 Teilhabebereichen:

- Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen
- Selbstversorgung und Wohnen
- Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung
- Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben
- Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung

# 1. Der ärztliche Bericht

|   |            |
|---|------------|
| Entwurf Feb09   |            |
| Name des Verfassers/ der Verfasserin und Anschrift der erstellenden Dienststelle/ Institution   |            |
| <b>Anschrift:</b><br>Dienststelle/ Institution:   |            |
| Straße:   |            |
| Postleitzahl/ Ort:  |            |
| Arzt/ Ärztin:   |            |
| Fachrichtung:   |            |
| Tel.:   |            |
| Fax:  |            |
| E-Mail:   |            |
| Der Arztbericht wurde erstellt am:  |            |
| An den Leistungsträger  |            |
| <b>Ärztlicher Bericht</b>   |            |
| <b>zur Einleitung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX und SGB XII als Vorlage beim Sozialhilfeträger</b>  |            |
| Dieser Bericht ist in einem verschlossenen Umschlag an den sozialpäd.-med. Fachdienst zu senden   |            |
| Die in diesem Ärztlichen Bericht erhobenen Daten sind ausschließlich zur Vorlage beim Sozialhilfeträger bestimmt und dienen der sozialhilferechtlichen und fachlichen Abklärung des individuellen Hilfebedarfes nach Maßgabe der §§ 53 und 9 SGB XII i. V. m. § 58 SGB XII. Dieser Bericht mit Maßnahmerempfehlung bildet eine wesentliche Voraussetzung zur systematischen Entwicklung und Erstellung eines Gesamtplanes für eine personenzentrierte Hilfestellung. Das Prinzip der gemeindenahen Versorgung ist soweit wie möglich zu berücksichtigen. Auch ist der Grundsatz ambulant vor stationär zu beachten. |            |
| Es wird gebeten, das vorgegebene Schema zu verwenden und Angaben möglichst vollständig und umfassend zu machen.   |            |
| <b>Anlagen:</b><br>Schweigepflichtenbindung (2-fach),<br>Rechtliche Erläuterungen.  |            |
| <b>1. Personalien des / der Leistungsberechtigten:</b>  |            |
| Name  | Geb.-Datum |
| Vorname   |            |
| Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)   |            |
| Version: Februar 09 AG Gesamtplan für Menschen mit geistiger / körperlicher Behinderung (Verband der Bayer. Bezirke)  |            |

Der ärztliche Bericht, in der Regel der eines Facharztes, beinhaltet die Diagnose und die Auswirkungen der Behinderung. Hier wird die Zugehörigkeit der nachfragenden Person zum Personenkreis des §53 SGB XII dokumentiert.

Da der Anspruch auf Eingliederungshilfe, deren Kosten der Sozialhilfeträger übernehmen soll, von der Zuordnung zum anspruchsberechtigten Personenkreis abhängt, obliegt dem Arzt die grundlegende Feststellung einer bestehenden oder drohenden Behinderung (z.B. indem er sie von Krankheit, auch chronischer, abgrenzt).

Hieraus resultiert die Entscheidung der Verwaltung zum Vorliegen einer drohenden oder eingetretenen Behinderung (§ 53 SGB XII).

Für die nachfragende Person (bzw. deren gesetzlicher Betreuer) ist der Arztbericht mit der Feststellung der wesentlichen Behinderung der Beginn einer professionellen planvollen Hilfe. Neben der Diagnose werden im Arztbericht weitere Fragen gestellt, die alle im Zusammenhang mit medizinischen Feststellungen stehen.

So ist es z.B. wichtig, dass ein Arzt mitteilt, ob neben der festgestellten Behinderung weitere, für die Hilfeplanung zu berücksichtigende Erkrankungen oder Einschränkungen bestehen.

Aussagen zum geeigneten Hilfeangebot oder zu den dort erforderlichen Maßnahmen werden im Arztbericht nicht abgefragt, sondern sind dem Sozialbericht vorbehalten.

## Für die Hilfeleistungen in der WfbM gelten folgende Besonderheiten:

Die Zuständigkeit des Bezirks als Leistungsträger beginnt mit Aufnahme in den Arbeitsbereich. Aus dem vorangegangenen Eingangs- und Berufsbildungsbereich liegen in der Regel bereits zahlreiche medizinische Daten und Unterlagen durch Schule und Arbeitsagentur vor, so dass die Notwendigkeit eines neuen förmlichen Arztberichtes mitunter entfällt.

Liegen noch keine aussagekräftigen medizinischen Unterlagen vor oder diese sind nicht ausreichend aktuell, wird der ärztliche Bericht zur Vorbereitung der Entscheidung über die Aufnahme in den Arbeitsbereich durch den Bezirk angefordert.

Die ärztlichen Unterlagen müssen spätestens am Ende des ersten Jahres des Berufsbildungsbereiches vorliegen, da in der sich anschließenden Sitzung des Fachausschusses über einen weiteren Verbleib des Leistungsberechtigten in der WfbM entschieden wird.

## 2. Der Sozialbericht

| Entwurf (Feb09)  |          | Seite 1 von 2  |
|--|----------|--|
| Sozialbericht für:   | geb. am: | Erstellt am:   |
| <b>An den Leistungsträger</b>  |          | <b>Anschrift des Antragstellers / der leistungsberechtigten Person:</b>  |
|  |          | Name:<br>Vorname:<br>Anschrift:<br>Geburtsdatum:   |
| <b>Sozialbericht</b>   |          |  |
| <b>für den Personenkreis der wesentlich geistig und körperlich behinderten Menschen</b>  |          |  |
| <b>zur Erstellung eines Gesamtplans gemäß § 58 SGB XII</b>   |          | <b>Anschrift des diesen Sozialbericht bearbeitenden Erstellers:</b>  |
| <b>(zur Vorlage beim Leistungsträger - möglichst maschinell bearbeiten)</b>  |          | Titel:<br>Fax:<br>E-Mail:<br>Name des Erstellers   |
| <b>Erläuterungen:</b>  |          |  |
| <b>Die in diesem Sozialbericht erhobenen Daten sind zur Vorlage beim Leistungsträger bestimmt und dienen der sozialhilferechtlichen und fachlichen Abklärung des individuellen Hilfebedarfes nach Maßgabe der §§ 53 und 9 SGB XII i. V. m. § 58 SGB XII. Dieser Sozialbericht mit Maßnahmeempfehlung bildet eine wesentliche Voraussetzung zur Entwicklung eines Gesamtplanes für eine personenzentrierte Hilfestellung.</b> |          | <b>bei fehlender Mitwirkung nach § 66 SGB I ohne weitere Ermittlungen die Leistungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen kann, soweit die Voraussetzungen der Leistungen nicht nachgewiesen sind.</b>  |
| <b>Der Sozialbericht ist in enger Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten und ggf. dem/der gesetzlichen Betreuer/in zu fertigen. Die Beteiligung des Leistungsberechtigten wird mit besonderer Rücksicht - ggf. zusätzlich mit der Unterschrift des/der gesetzlichen Betreuer/in - auf der letzten Seite dieses Sozialberichtes bestätigt.</b>  |          | <b>Im Sinne einer Vernetzung und einer gemeindenahe Versorgung sind die vorbehandelnden bzw. betreuenden Leistungsträger möglichst zu beteiligen. Dabei ist der Grundsatz "ambulant vor stationär" zu berücksichtigen.</b>   |
| <b>Paragraph 67a Abs. 3 SGB X (Sozialgesetzbuch Zehntes Buch) verpflichtet dazu, auf die Mitwirkungspflichten des Antragstellers bzw. des Leistungsbeziehers nach den §§ 60 ff SGB I (Sozialgesetzbuch Erstes Buch) zur Aufklärung des entscheidungs-erheblichen Sachverhalts hinzuweisen. Gleiches gilt für den Hinweis, dass der Leistungsträger</b>   |          | <b>Es wird gebeten, das vorgegebene Schema zu verwenden und die für die jeweilige Hilfeplanung notwendigen Angaben möglichst vollständig und umfassend zu machen. Sofern Informationen zur Bearbeitung einzelner Abschnitte des Sozialberichtes nicht vorliegen bzw. nicht zu erhalten sind, wird gebeten, dies mit "nicht bekannt" zu kennzeichnen.</b> |
| <small>AG Gesamtplan für Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung (Verband der Bayer. Bezirke)<br/>Sozialbericht: Entwurf vom Feb09</small>   |          |  |

Der Sozialbericht ist die schriftliche Zusammenstellung des bisherigen Lebensverlaufes und der Auswirkungen, die sich aus den vorhandenen Problemen und Ressourcen ergeben.

Der Sozialbericht ist das Kernstück der einsetzenden Hilfeplanung für den Leistungsberechtigten. Er stellt Transparenz über Bedarfe, Maßnahmen und Ziele für die am Hilfeprozess Beteiligten her.

Bedarfe im Sinne der Hilfeplanung sind die Auswirkungen der Behinderung, die den Leistungsberechtigten im Zeitpunkt der Sozialberichtserstellung hindern, ein teilhabeunbeschränktes Leben in den 5 Lebensbereichen (Teilhabebereichen) zu führen.

Maßnahmen sind die notwendigen Unterstützungs- oder Anleitungs- oder Reflektionsleistungen, die dazu geeignet sind, die Planungsziele zu stabilisieren oder zu erreichen.

Ziele der Hilfeplanung haben unterschiedliche Ebenen hinsichtlich ihrer Präzision und des zeitlichen Rahmens.

So sind „Ziele“ im Sozialbericht sog. „Leitziele“. Sie sind nicht im Detail beschrieben und werden nur mit einem voraussichtlichen Planungszeitraum versehen.

Da der Sozialbericht häufig in einer besonderen, nicht mit dem Alltag vergleichbaren Situation entsteht (z.B. Klinikaufenthalt), ist er eine Art von Momentaufnahme.

Der Sozialbericht bildet ab, dass ein Hilfebedarf aus fachlicher Sicht besteht, legt den Leistungstyp der benötigten Hilfe begründet dar (ambulant, teil- oder stationär) und benennt die dort erforderlichen Maßnahmen.

Der Sozialbericht entsteht in der Regel unter Mitwirkung der nachfragenden Person und ggf. deren Angehörigen, dem bestellten Betreuer sowie derjenigen, die zur sozialen Anamnese beitragen können. Dadurch bildet der Sozialbericht die hilferelevanten Aspekte der aktuellen Lebenssituation ab und ist die Grundlage für die zukünftige Hilfeplanung, insbesondere der erforderlichen Maßnahmen.

Er besteht neben den Sozialdaten aus den Teilen:

- A) Angaben zur allgemeinen sozialen Situation
- B) Angaben zur Ausbildung und Berufstätigkeit
- C) Übersicht der bisher vorausgegangenen Maßnahmen
- D) Darstellung des aktuellen Hilfebedarfs, Ressourcen und Zielen
- E) Maßnahmevorschläge ambulant- teilstationär
- F) Maßnahmevorschläge stationär
- G) Wünsche, Erwartungen, Vorbehalte der nachfragenden Person im Bezug auf die vorgeschlagenen Maßnahmen

Die Teile A – C (Datenteil) können in der Regel von der nachfragenden Person, ggf. ihrer Angehörigen oder ihres gesetzlichen Betreuers abgefasst werden.

In den Teilen D – G (Maßnahmeteil) findet eine Differenzierung in fünf grundlegende Teilhabebereiche statt. Unberührt bleibt davon die ggf. erforderliche Zuordnung zu einer Hilfebedarfsgruppe (§76 (2) Satz 3 SGB XII).

Verfasser für den Maßnahmeteil des Sozialberichtes sind die dafür geeigneten fachlichen Stellen. Geeignete fachliche Stellen können z.B. die Beratungsstellen, die gesetzlichen Betreuer, Einrichtungen und Dienste sowie der Fachdienst der Bezirke sein.

### **Für die Hilfeleistungen in der WfbM gelten folgende Besonderheiten:**

Die Zuständigkeit des Bezirks als Leistungsträger beginnt mit Aufnahme in den Arbeitsbereich. Aus dem vorangegangenen Eingangs- und Berufsbildungsbereich liegen in der Regel bereits zahlreiche soziale Daten und Unterlagen durch Schule und Arbeitsagentur vor. Daher reicht ein vereinfachtes Verfahren aus.

Bei **Schulabgängern** (soweit sie nicht Jugendliche sind) wird der Datenteil des Sozialberichtes (A-C) von den Eltern oder dem gesetzlichen Betreuer erstellt.

Zur Erstellung des Maßnahmeteils (D-G) fasst der Bezirk die bereits in seinen Akten vorhandenen Erkenntnisse (Schulabgangszeugnis, Unterlagen der BA, etc.) im Formblatt Sozialbericht zusammen.

Bei sog. **Quereinsteigern**, die bisher keine Teilhabeleistung nach dem SGB XII in Anspruch genommen haben, gilt entsprechendes, da auch hier zumindest soziale Daten aus dem Eingangsverfahren und dem Berufsbildungsbereich vorhanden sind.

**Sonstige nachfragende Personen**, die bereits Teilhabeleistungen des Bezirks, insbesondere im Bereich Wohnen einschließlich ambulant betreutes Wohnen, erhalten, sind bereits in das Verfahren eingebunden, so dass ein Sozialbericht vorliegt, der am Beginn der bisherigen Teilhabeleistung stand.

Hier wird folglich nur noch ein HEB-Bogen benötigt.

### **3. Die Hilfeplanungs- und Entwicklungsberichte (HEB-Bögen)**

Die HEB-Bögen (A-B-C) dokumentieren die Hilfeplanung des Leistungserbringers und die Durchführung der Maßnahmen im zeitlichen Verlauf.

Sie werden vom Fachpersonal der Leistungsanbieter erstellt und dienen der vorläufigen (HEB-A) und begleitenden Entwicklungs- und Hilfeplanung (HEB-B) sowie als Überleitungs- oder Abschlussbericht (HEB-C).

## Für die Hilfeleistungen in der WfbM gelten folgende Besonderheiten:

Für den Werkstattbereich erfüllen die HEB-Bögen eine doppelte Funktion. Neben der Dokumentation der Hilfeplanung werden die HEB-Bögen auch als Eingliederungspläne der WfbM verwendet. Sie werden ebenfalls von der Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion Bayern akzeptiert. Es wird ein einheitliches Einlegeblatt für die HEB-Bögen zur vorläufigen und begleitenden Entwicklungsplanung sowie für den Abschlussbericht verwendet.

Die Werkstätten verwenden das Einlegeblatt WfbM. Sie können aber auch weitere Teilhabebereiche im HEB-Bogen ausfüllen.

### a) HEB-A als vorläufige Hilfeplanung

Entwurf (Februar 2009) Seite 1 von 8

Anschiff des Leistungsträgers:       Anschiff des Leistungserbringers:

Tel:   
Ansprechpartner:   
Fax:   
E-Mail:

**Hilfeplanungs-, Entwicklungs- und Abschlussberichtsbogen (HEB-Bogen)**  
für Menschen mit wesentlicher geistiger und / oder körperlicher Behinderung zur Erstellung eines Gesamtplanes gemäß § 58 SGB XII für geb.

Name:       Vorname:

Die im HEB-Bogen erhobenen Daten sind zur Vorlage beim Leistungsträger (Sozialhilfsträger) bestimmt und dienen der sozialrechtlichen und fachlichen Akklung des individuellen Hilfebedarfes nach Maßgabe der §§ 53 und 9 SGB XII i. V. m. § 58 SGB XII.

Der HEB-Bogen liegt in drei Varianten vor. Bitte verwenden Sie anlassbezogen die jeweils zutreffende Variante des Bogens. Für die Dokumentation des Ergebnisses der vorläufigen Hilfeplanung verwenden Sie bitte den Bogen A, für die Erstellung eines Entwicklungsberichtes den Bogen B, sowie bei Beendigung der Maßnahme als abschließendes Berichtsinstrument den Bogen C. Bitte möglichst raschzeitig bearbeiten, Ergänzungen können formlos beigelegt werden.

Paragrafen 47 a Abs. 3 SGB X (Stichtagsbestimmte Zahlens. Bericht) verpflichtet dazu, auf die Mitwirkungspflichten des Antragstellers bzw. Sozialhilfsträgers nach dem § 60 ff SGB I (Einlageverfahren) sowie die Pflicht zur Aufklärung des sozialrechtlichen Sachverhalts hinzuweisen. Geht es für den Träger, dass der nichtberechtigten der behördlichen Mitteilung nach § 60 SGB I ohne weitere Eintragungen die Leistungen bis zur Klärung der Mängel ganz oder teilweise versagen oder entziehen kann, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.

|   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>A) Ergebnis der vorläufigen Hilfeplanung</b> | <input type="checkbox"/> <b>B) Entwicklungsbericht</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>C) Abschlussbericht</b>                                 |  |

Bei Neuaufnahmen eines/er Leistungsberechtigten in der Einrichtung/Steile ist das Ergebnis der Hilfeplanung innerhalb von drei Monaten wie folgt mitzuteilen:

1. Die Beschreibung der aktuellen Situation/Problemlage
2. Die Ziele
3. Die Beschreibung der geplanten Maßnahmen.

Diese vorläufige Hilfeplanung ist in enger Abstimmung mit dem/der Betroffenen (ggf. seines/er bzw. ihres/er gesetzlichen Betreuer(in)) zu erstellen. Die Beteiligung/Beitrag des Betroffenen wird mit deren/ihres/er Unterschrift (ggf. gesetzlichen Betreuer(in)) auf der letzten Seite bestätigt.

Nach Maßgabe des im Bewilligungsbescheid genannten Zeitraumes ist im Entwicklungs- bzw. Abschlussbericht folgendes mitzuteilen:

1. Die Beschreibung der bereits durchgeführten Maßnahmen
2. Die Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Zeitraumes
3. Die Fortschreibung der Ziele
4. Die weiteren Maßnahmen

Die Beteiligung des/der Betroffenen (ggf. seines/er bzw. ihres/er gesetzlichen Betreuer(in)) bei der Erstellung des Entwicklungs- und Abschlussberichtes ist immer erforderlich.

Die Leistungserbringer werden um Weiterleitung des HEB-Bogens an den Leistungsträger gebeten.

Version: Februar 2009 - AG Gesamtplan G+K Verband der Bayer. Bezirke

Der HEB-A-Bogen bildet die vorläufige Planung des Leistungserbringers ab.

Der Leistungserbringer formuliert und der Leistungsträger erhält eine Ersteinschätzung über Inhalt, Art, Dauer und Umfang der Hilfe. Der HEB-A-Bogen wird innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Maßnahmen, bei Werkstätten im Rahmen des Eingangsverfahrens erstellt.

Der HEB-A-Bogen ist der Planung des Leistungserbringers verpflichtet. Anders als beim Sozialbericht, kann nunmehr der Alltag des Leistungsberechtigten in Bezug auf seine behinderungsbedingten Einschränkungen abgebildet werden.

Die Maßnahmen, mit denen die Rahmenziele erreicht werden sollen, werden mit dem Leistungsberechtigten erörtert und dem Leistungsträger mitgeteilt. Gleichzeitig wird ein Planungszeitraum festgelegt, in dem die maßgeblichen Ziele - zum Zeitpunkt der Berichterstellung - verwirklicht werden können.

Rahmenziele im HEB-A-Bogen sollen mit dem Leistungsberechtigten abgestimmt werden. Die Ziele sollen konkret und erreichbar sein und in einem überschaubaren Planungszeitraum überprüft werden können.

Für den Werkstattbereich bezieht sich die im HEB-A- Bogen abgebildete zukünftige Planung in der Regel auf einen Zeitraum von zwölf Monaten, in den übrigen Teilhabebereichen auf den individuell bewilligten Leistungszeitraum, der mit dem Planungszeitraum des Leistungsanbieters korrespondieren soll.

Für den Teilhabebereich „Arbeit“ in der **WfbM** gilt das nachfolgende Einlegeblatt:

Der Eingliederungsplan bzw. der Entwicklungsbericht soll zum Bereich Teilhabe am Arbeitsleben Angaben zu folgenden Merkmalen liefern:

|  | Reflexion der durchgeführten Maßnahmen innerhalb der letzten<br><input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 60 Monate   | Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Förderzeitraumes anhand der Förderziele unter Berücksichtigung der Ressourcen  | Feststellung zur Eignung und Neigung des Mitarbeiters und Einschätzung des Hilfebedarfs  | Fortschreibung der Förderziele   | Beschreibung der geplanten Maßnahmen<br><input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 60 Monate  |
|--|--|---|--|--|---|
| <b>Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung</b> | <p>Aussagen zur Reflexion der durchgeführten Maßnahmen in der WfbM im Berufsbildungsbereich unter anderem zu folgenden Fragestellungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; durchgeführte Tätigkeiten im og. Zeitraum</li> <li>&gt; Welche Maßnahmen waren geplant und wie wurden sie umgesetzt?</li> <li>&gt; Welche Maßnahmen haben sich hinsichtlich der Förderung bewährt, welche nicht?</li> <li>&gt; Welche Maßnahmen waren nicht geplant, wurden aber aufgrund aktueller Gegebenheiten notwendig und erbracht?</li> </ul> | <p>Entwicklungsbeschreibung innerhalb des letzten Berichtszeitraumes hinsichtlich der geplanten Förderziele und deren tatsächliche Erreichung (Soll/Ist-Abgleich)</p> <p>Förderziele können beispielhaft sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; <b>Förderung im kognitiven Bereich</b> wie z. B.: Arbeitsplanung, Auffassung, Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit, Kulturtechniken (Lesen, Schreiben, Rechnen) Kommunikationsfähigkeit, logisches Denken, Lernverhalten, etc.</li> <li>&gt; <b>Förderung im sozialen Bereich</b>, wie z. B.: Kontaktfähigkeit, Kritikfähigkeit, Teamfähigkeit, Durchsetzung und Führungsfähigkeit, Teamarbeit, Konfliktfähigkeit, soziale Kompetenz</li> <li>&gt; <b>Merkmale der Art der Arbeitsausführung</b>, wie z. B.: Ausdauer, Pünktlichkeit, Selbständigkeit, Sorgfalt, Verantwortlichkeit, Misserfolgstoleranz, Flexibilität, Arbeitsplanung, Übertragbarkeit von Erlerntem</li> <li>&gt; <b>Förderung der Psychomotorik</b>, wie z. B.: Antrieb, Reaktionsgeschwindigkeit, Fein- und Grobmotorik</li> <li>&gt; <b>Merkmale zur körperlichen Einschränkung / Sinnesbehinderung / Einschränkung aufgrund der verminderten geistigen Fähigkeit</b> z. B. Selbständigkeit im lebenspraktischen Bereich, zeitliche und örtliche Orientierung</li> </ul> | <p><b>Kompetenzanalyse mit Aussagen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; ist weiterhin auf die Beschäftigung im Arbeitsbereich der Werkstatt angewiesen</li> <li>&gt; kommt für den Übergang auf dem allg. Arbeitsmarkt in Betracht und sollte daher durch übergangsfördernde Maßnahmen (Beschreibung) gefördert werden</li> <li>&gt; die Werkstatt ist nicht länger die geeignete Einrichtung zur Teilhabe am Arbeitsleben, daher Beschreibung, ob weiterführende berufliche Bildungsmaßnahmen oder Aufnahme in Förderstätte oder andere Maßnahme</li> </ul> <p><b>Einschätzung des Hilfebedarfs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Information und Beratung</li> <li><input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld</li> <li><input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung</li> <li><input type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung</li> <li><input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot</li> </ul> | <p>Nach der Beurteilung der aktuellen Situation, der Einschätzung der Fähigkeiten, Beeinträchtigungen und Ressourcen sowie der Reflexion der Förderziele und Maßnahmen im letzten Berichtszeitraum, werden für den neuen Planungszeitraum Förderziele definiert als:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Neue Förderziele als mögliches Entwicklungspotential</li> <li>&gt; Fortschreibung bereits bestehender Förderziele</li> <li>&gt; bzw. Beschreibung von Förderzielen als Beitrag zur Stabilisierung der aktuellen Situation.</li> </ul> <p>Förderziele können beispielhaft sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Förderung im kognitiven Bereich</li> <li>&gt; Förderung im sozialen Bereich im Kontext Arbeit</li> <li>&gt; Förderung der Art der Arbeitsausführung</li> <li>&gt; Förderung der Psychomotorik</li> </ul> | <p>Darstellung der geplanten Maßnahmen als Beitrag zur Sicherstellung der Zielerreichung innerhalb der WfbM bzw. plus Maßnahmenergänzung externer (z.B. Praktika, ESF-Programme, etc.).</p> |

## b) HEB-B als begleitender Entwicklungsbericht

Entwurf (Februar 2009) Seite 1 von 8

---

**Anschrift des Leistungsträgers:** **Anschrift des Leistungsberechtigten:**

Tel.: \_\_\_\_\_  
Ansprechpartner: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**Hilfeplanungs-, Entwicklungs- und Abschlussberichtsbogen (HEB-Bogen)**  
**für den Personenkreis der Menschen mit wesentlicher geistiger und / oder körperlicher Behinderung**  
**zur Erstellung eines Gesamtplanes gemäß § 58 SGB XII für geb.:**  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Die im HEB-Bogen erhobenen Daten sind zur Vorlage beim Leistungsträger (Sozialhilfeträger) bestimmt und dienen der sozialhilfrechtlichen und fachlichen Abklärung des individuellen Hilfebedarfes nach Maßgabe der §§ 53 und 9 SGB XII i. V. m. § 58 SGB XII.

Der HEB-Bogen liegt in drei Varianten vor. Bitte verwenden Sie anlassbezogen die jeweils zutreffende Variante des Bogens. Für die Dokumentation des Ergebnisses der vorläufigen Hilfeplanung verwenden Sie bitte den Bogen A, für die Erstellung eines Entwicklungsberichtes den Bogen B, sowie bei Beendigung der Maßnahme als abschließendes Berichtsinstrument den Bogen C. Bitte möglichst maschinell bearbeiten, Ergänzungen können formlos beigelegt werden.

Paragraf 67 a Abs. 3 SGB X (Sozialgesetzbuch Zehntes Buch) verpflichtet dazu, auf die Mitwirkungspflichten des Antragstellers bzw. Sozialleistungsberechtigten nach den §§ 60 ff SGB I (Sozialgesetzbuch Erstes Buch) zur Aufklärung des entscheidungserheblichen Sachverhalts hinzuweisen. Gleiches gilt für den Hinweis, dass der Sozialhilfeträger bei fehlender Mitwirkung nach § 98 SGB I ohne weitere Ermittlungen die Leistungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen kann, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.

|   |   |
|---|---|
| <b>A) <input type="checkbox"/> Ergebnis der vorläufigen Hilfeplanung</b><br>Bei Neuaufnahmen eines/er Leistungsberechtigten in der Einrichtung/Stelle ist das Ergebnis der Hilfeplanung innerhalb von <u>drei Monaten</u> wie folgt mitzuteilen:<br>1. Die Beschreibung der aktuellen Situation / Problemlage<br>2. Die Ziele<br>3. Die Beschreibung der geplanten Maßnahmen.<br>Diese vorläufige Hilfeplanung ist in enger Abstimmung mit dem/der Betroffenen (ggf. seines/er bzw. ihres/er gesetzlichen Betreuers/in) zu erstellen. Die Beteiligung der/des Betroffenen wird mit deren/ihren Unterschrift (ggf. gesetzlichen Betreuers/in) auf der letzten Seite bestätigt. | <b>B) <input checked="" type="checkbox"/> Entwicklungsbericht</b><br><b>C) <input type="checkbox"/> Abschlussbericht</b><br>Nach Maßgabe des im Bewilligungsbescheid genannten Zeitraumes ist im Entwicklungs- bzw. Abschlussbericht folgendes mitzuteilen:<br>1. Die Beschreibung der bereits durchgeführten Maßnahmen<br>2. Die Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Zeitraumes<br>3. Die Fortschreibung der Ziele<br>4. Die weiteren Maßnahmen<br>Die Beteiligung des/der Betroffenen (ggf. seines/er bzw. ihres/er gesetzlichen Betreuers/in) bei der Erstellung des Entwicklungs- und Abschlussberichtes ist immer erforderlich. |
|---|---|

Die Leistungserbringer werden um Weiterleitung des HEB-Bogens an den Leistungsträger gebeten.

Version: Februar 2009 - AG Gesamtplan G+K Verband der Bayer. Bezirke

Als begleitender und fortgeschriebener Entwicklungsbericht beschreibt der HEB-B-Bogen den Verlauf der in Anspruch genommenen Maßnahmen. Durch den erforderlichen Rück- und Ausblick akzentuiert sich die Planung. Die Zielerreichung kann z.B. die bisherige Planung vertiefen. Ebenso kann eine Planungskorrektur (zeitlich, inhaltlich, usw.) notwendig sein und dargelegt werden. Der Leistungsberechtigte kann durch die fachlichen Informationen selbst erfahren, inwieweit die Zielsetzung mit den notwendigen Maßnahmen übereinstimmt oder abweicht und ob Ziele erreicht wurden.

Der Leistungsträger entnimmt dem HEB-B-Bogen Informationen hinsichtlich des Verlaufs, des Inhaltes und des zeitlichen Aufwandes sowie der voraussichtlichen Dauer der bereit zu stellenden Hilfe.

In dieser Form bildet der HEB-B-Bogen Rückschau auf die geleistete Hilfe und zeigt Perspektiven für zukünftige Hilfen auf.

Der HEB-B wird in der Regel rechtzeitig vor Ablauf des Bewilligungszeitraumes oder bei einer wesentlichen Änderung des Hilfebedarfes erstellt und an den Leistungsträger weitergeleitet soweit der Bescheid nichts anderes vorsieht.

Bei Beschäftigung in einer WfbM findet für den Teilhabebereich „Arbeit“ das Einlageblatt WfbM Anwendung.

### c) HEB-C als Überleitungs- oder Abschlussbericht:

Entwurf (Februar 2009) Seite 1 von 9

---

**Anschrift des Leistungsträgers:** **Anschrift des Leistungserbringers:**

Tel.:  
Ansprechpartner:  
Fax:  
E-Mail:

**Hilfplanungs-, Entwicklungs- und Abschlussberichtsbogen (HEB-Bogen)**  
**für den Personenkreis der Menschen mit wesentlicher geistiger und / oder körperlicher Behinderung**  
**zur Erstellung eines Gesamtplanes gemäß § 58 SGB XII für**  
**Name: Vorname: Geburtsdatum:**

Die im HEB-Bogen erhobenen Daten sind zur Vorlage beim Leistungsträger (Sozialhilfeträger) bestimmt und dienen der sozialhilfrechtlichen und fachlichen Abklärung des individuellen Hilfebedarfes nach Maßgabe der §§ 53 und 9 SGB XII i. V. m. § 58 SGB XII. Dieser HEB-Bogen ist Teil des Gesamtplanes für eine personenzentrierte Hilfestellung.

Der HEB-Bogen liegt in drei Varianten vor. Bitte verwenden Sie anlassbezogen die jeweils zutreffende Variante des Bogens. Für die Dokumentation des Ergebnisses der vorläufigen Hilfeplanung verwenden Sie bitte den Bogen A) Ergebnis der vorläufigen Hilfeplanung. Für die Erstellung eines Entwicklungsberichtes bitte den Bogen B) Entwicklungsbericht sowie bei Beendigung der Maßnahme als abschließendes Berichtsinstrument den Bogen C). Bitte möglichst maschinell bearbeiten, Ergänzungen können formlos beigelegt werden.

Paragrafen 67 a Abs. 3 SGB X (Sozialgesetzbuch Zehntes Buch) verpflichtet dazu, auf die Mitwirkungsrechte des Antragstellers bzw. Sozialleistungsberechtigten nach den §§ 60 ff SGB I (Sozialgesetzbuch Erstes Buch) zur Aufklärung des entscheidungserheblicher Sachverhalte hinzuwirken. Gleiches gilt für den Hinweis, dass der Sozialhilfeträger bei fehlender Mitwirkung nach § 68 SGB I ohne weitere Ermittlungen die Leistungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder ertzenen kann, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.

|   |  |
|---|--|
| <p><b>A) <input type="checkbox"/> Ergebnis der vorläufigen Hilfeplanung</b></p> <p>Bei Neuaufnahmen eines/er Leistungsberechtigten in der Einrichtung/Stelle ist das Ergebnis der Hilfeplanung innerhalb von <b>drei Monaten</b> wie folgt mitzuteilen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Die Beschreibung der aktuellen Situation / Problemlage</li><li>- Die Ziele</li><li>- Die Beschreibung der geplanten Maßnahmen.</li></ul> <p>Diese vorläufige Hilfeplanung ist in enger Abstimmung mit dem/der Betroffenen (ggf. seines/er bzw. ihres/er gesetzlichen Betreuers/in) zu erstellen. Die Beteiligung der/des Betroffenen wird mit deren/dessen Unterschrift (ggf. gesetzlichen Betreuers/in) auf der letzten Seite bestätigt.</p> | <p><b>B) <input type="checkbox"/> Entwicklungsbericht</b></p> <p><b>C) <input checked="" type="checkbox"/> Abschlussbericht</b></p> <p>Nach Maßgabe des im Bewilligungsbescheid genannten Zeitraumes ist im Entwicklungs- bzw. Abschlussbericht folgendes mitzuteilen:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Die Beschreibung der bereits durchgeführten Maßnahmen</li><li>2. Die Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Förderzeitraumes</li><li>3. Die neuen Ziele (ggf. bei Anschlussmaßnahme)</li></ol> <p>Die Beteiligung des/der Betroffenen (ggf. seines/er bzw. ihres/er gesetzlichen Betreuers/in) bei der Erstellung des Entwicklungs- und Abschlussberichtes ist immer erforderlich.</p> |
|---|--|

Die Leistungserbringer werden um Weiterleitung des HEB-Bogens an den Leistungsträger gebeten.

-

Version: Februar 2009 - AG Gesamtplan G-K Verband der Bayer. Bezirke

Der HEB-C-Bogen dient als Überleitungs- oder Abschlussbericht.

Der HEB-C-Bogen steht als Abschlussbericht am Ende der Leistung und bietet dem Leistungsberechtigten, dem Leistungserbringer sowie dem Leistungsträger einen Rückblick.

Sofern er als Überleitungsbericht verwendet wird, werden Informationen über andere Leistungsarten und / oder weitere (geplante) Maßnahmen dargestellt.

Bei einem Wechsel von Leistungsarten, des Leistungsanbieters leitet der HEB-C-Bogen die nachfolgende Planung ein. Dadurch ist er ein verbindendes Planungsinstrument.

Bei Beschäftigung in einer WfbM findet für den Teilhabebereich „Arbeit“ das Einlageblatt WfbM Anwendung.

## IV. Die Personenkonferenz

Die Personenkonferenz ist eine Möglichkeit, die neben den vorher genannten Instrumenten der Maßnahmefindung dienen kann. Sie kann zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Verfahrens stattfinden.

Die Personenkonferenz ist ein Gesprächsforum, in dem sich alle, die an der individuellen Maßnahmefindung beteiligt sind, über das weitere Vorgehen abstimmen können.

Der Verlauf des Gespräches ist unter Zuhilfenahme der Formblätter zu protokollieren.

Das Zustandekommen einer Personenkonferenz kann von jedem Verfahrensbeteiligten angeregt werden.

Kann im Einzelfall Sozialbericht oder HEB-Bogen nicht erstellt werden, so kann dies im Rahmen der Personenkonferenz erfolgen.

Ebenso ist bei mangelnder Schlüssigkeit, Uneinigkeit oder ähnlichen Sachverhalten die Personenkonferenz ein Instrument der Problemlösung.

Für den Werkstattbereich kann die Personenkonferenz im Rahmen des Fachausschusses erfolgen. Die Personenkonferenz ersetzt nicht das Aufnahmeverfahren für die WfbM.

## **V. Einführung und Umsetzung des Gesamtplanverfahrens**

Auf Landesebene ist eine prozessbegleitende Steuerungsgruppe eingerichtet. Sie besteht aus Vertretern der Bezirke, der Leistungserbringer sowie ggf. weiteren Interessensvertretern. Sie begleitet den Prozess fortlaufend und ist verantwortlich für die Qualifizierung und Schulung. Sie steht als Ansprechpartner für Problemlösungen zur Verfügung und ist verantwortlich für die Weiterentwicklung des Verfahrens. Gegebenenfalls kann sie Aufträge für Unterarbeitsgruppen erteilen.

Die Bezirksverwaltungen haben örtliche Projektgruppen eingerichtet, die die Umsetzung des Gesamtplanverfahrens fortlaufend begleiten und reflektieren. In der Regel setzen sich die Gruppen zusammen aus Vertretern der Bezirksverwaltung und der Anwender sowie ggf. anderer am Verfahren Beteiligter. Sie sind Ansprechpartner für die Anwender vor Ort und stellen den Kontakt zur Steuerungsgruppe auf Landesebene her.

Die Einführung sowie die Anwendung des Verfahrens zum Gesamtplan erforderte eine Qualifizierung der auf fachlicher Ebene tätigen Personen.

Ausgehend von dem Ziel einer einheitlichen Anwendung der Planungsinstrumente wurde eine standardisierte Qualifizierung durchgeführt. Die Schulung zur Anwendung der Planungsinstrumente erfolgte nach einem landesweit einheitlichen Konzept mit identischen Materialien.

## **VI. Datenschutz**

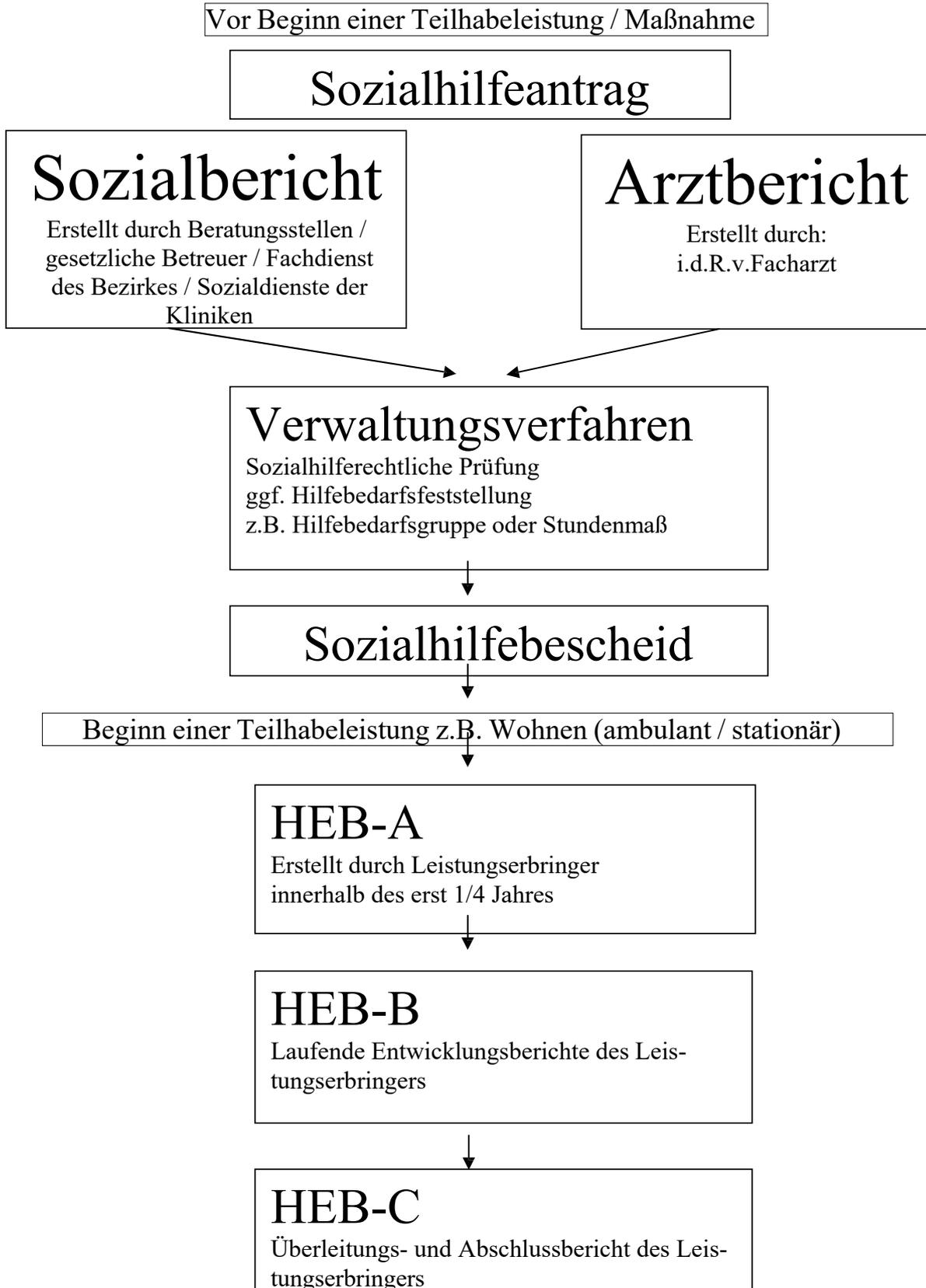
Im Interesse des Datenschutzes erfolgt beim Leistungsträger eine getrennte Aktenführung zwischen dem Gesamtplan und der allgemeinen Verwaltungsakte. Der Leistungsträger und die mit der Durchführung seiner Aufgaben beauftragten Stellen sind Berechtigte nach Maßgabe der §§ 35 Abs. 1 u. 2 SGB I und 78 SGB X (Sozialgesetzbuch Erstes und Zehntes Buch) und unterliegen dem Sozialgeheimnis und den besonderen Strafbestimmungen nach dem Strafgesetzbuch (§ 203 StGB).

Eine Datenweitergabe ist nur an berechtigte Personen bzw. Stellen nach Maßgabe der §§ 35 Abs. 1 u. 2 SGB I und 78 SGB X (Sozialgesetzbuch Erstes und Zehntes Buch) und mit Zustimmung des Hilfeempfängers, seines gesetzlichen Vertreters oder Betreuers zulässig.

Erhobene Daten sind nach 10 Jahren zu löschen (§ 84 Abs. 2 Satz 2 SGB X). Sofern zur Weitergewährung bzw. Fortsetzung der Hilfe weitere Grunddaten notwendig sind, sind diese durch aktuelle Erhebungen zu ersetzen.

## VII. Graphische Darstellung der typischen Verfahrensabläufe

### 1. Neuanträge (Ohne WfbM / Förderstätte)



## 2. Anschließende Teilhabeleistung - 18 -

Bisherige Teilhabeleistung im Gesamtplanverfahren endet und mündet in eine neue Anschlussleistung  
Sozialbericht und Arztbericht liegen bereits vor

### HEB-C

Erstellt als Abschlussbericht durch den Erbringer der bisherigen Leistung mit Maßnahmeempfehlung für die Anschlussleistung

### Verwaltungsverfahren

Sozialhilferechtliche Prüfung  
ggf. Hilfebedarfsfeststellung nach dem jeweils gültigen Verfahren

### Sozialhilfebescheid

Beginn der neuen Teilhabeleistung

## Fortführung des Gesamtplanverfahrens im neuen Teilhabebereich

### HEB-A

Erstellt durch Leistungserbringer innerhalb des erst 1/4 Jahres

### HEB-B

Laufende Entwicklungsberichte des Leistungserbringers zur Verlängerung der Leistung

### HEB-C

Abschlussbericht des Leistungserbringers zum Ende der Leistung

### 3. Zusätzliche Teilhabeleistung

Fortlaufende Teilhabeleistung im Gesamtplanverfahren (z.B. Werkstatt / Wohnen )  
Sozialbericht und Arztbericht liegen bereits vor



Neue Leistung wird zusätzlich notwendig: z.B. Wohnen / Werkstatt

#### HEB-B

Erstellt durch den Erbringer der laufenden Leistung  
mit Maßnahmeempfehlung für die zusätzliche Leistung

Verwaltungsverfahren  
mit Sozialhilfebescheid

Beginn der neuen Teilhabeleistung

Fortführung des Gesamtplanverfahrens in beiden Teilhabebereichen

Zusätzliche Teilhabeleistung mit  
HEB-A  
HEB-B  
HEB-C

+

Laufende  
Teilhabeleistung mit  
HEB-B  
HEB-C

## 4. Neuantrag WfbM

Neue Leistung wird beantragt: WfbM

### A: Eingangs- und Berufsbildungsbereich

Fachausschuss

Verwaltungsverfahren der Arbeitsagentur

Während des Eingangsverfahrens

**HEB-A**

+Einlegeblatt WfbM

Ersteller: Sozialdienst WfbM

Nach 1. und 2. Jahr Berufsbildungsbereich

**HEB-B**

+Einlegeblatt WfbM

Ersteller: Sozialdienst WfbM

Fachausschuss

### Sozialbericht

**Datenteil**

Erstellt durch  
Nachfragende  
Person Angehörige / gesetzliche  
Betreuer

**Maßnahme  
teil**

Ersteller: Bezirk

### B: Arbeitsbereich

Verwaltungsverfahren **Bezirk** Mit  
Hilfebedarfsfeststellung HBG 1 oder HBG 2  
**Sozialhilfebescheid**

**HEB-B**

+Einlegeblatt WfbM

Ersteller: Sozialdienst WfbM

**HEB-C**

+Einlegeblatt WfbM

Ersteller: Sozialdienst WfbM

### Arztbericht

soweit erforderlich  
Ersteller: Facharzt / Hausarzt

## 5. Neuantrag Förderstätte

Neue Leistung wird beantragt: Förderstätte

**Fachaus-  
schuss-  
empfehlung**

**Sozialbericht**

(Soweit erforderlich)  
Nachfragende Person Angehörige /  
gesetzliche Betreuer / Beratungsstel-  
len /  
Fachdienst des Bezirkes

**Arztbericht**

Soweit erforderlich  
Ersteller:  
Facharzt / Hausarzt

**Verwaltungsverfahren** Sozi-  
alhilferechtliche Prüfung Ggf. Hilfebedarfsfeststel-  
lung

**Sozialhilfebescheid**

Beginn der Teilhabeleistung

**HEB-A**

Erstellt durch Leistungserbringer  
innerhalb des erst 1/4 Jahres

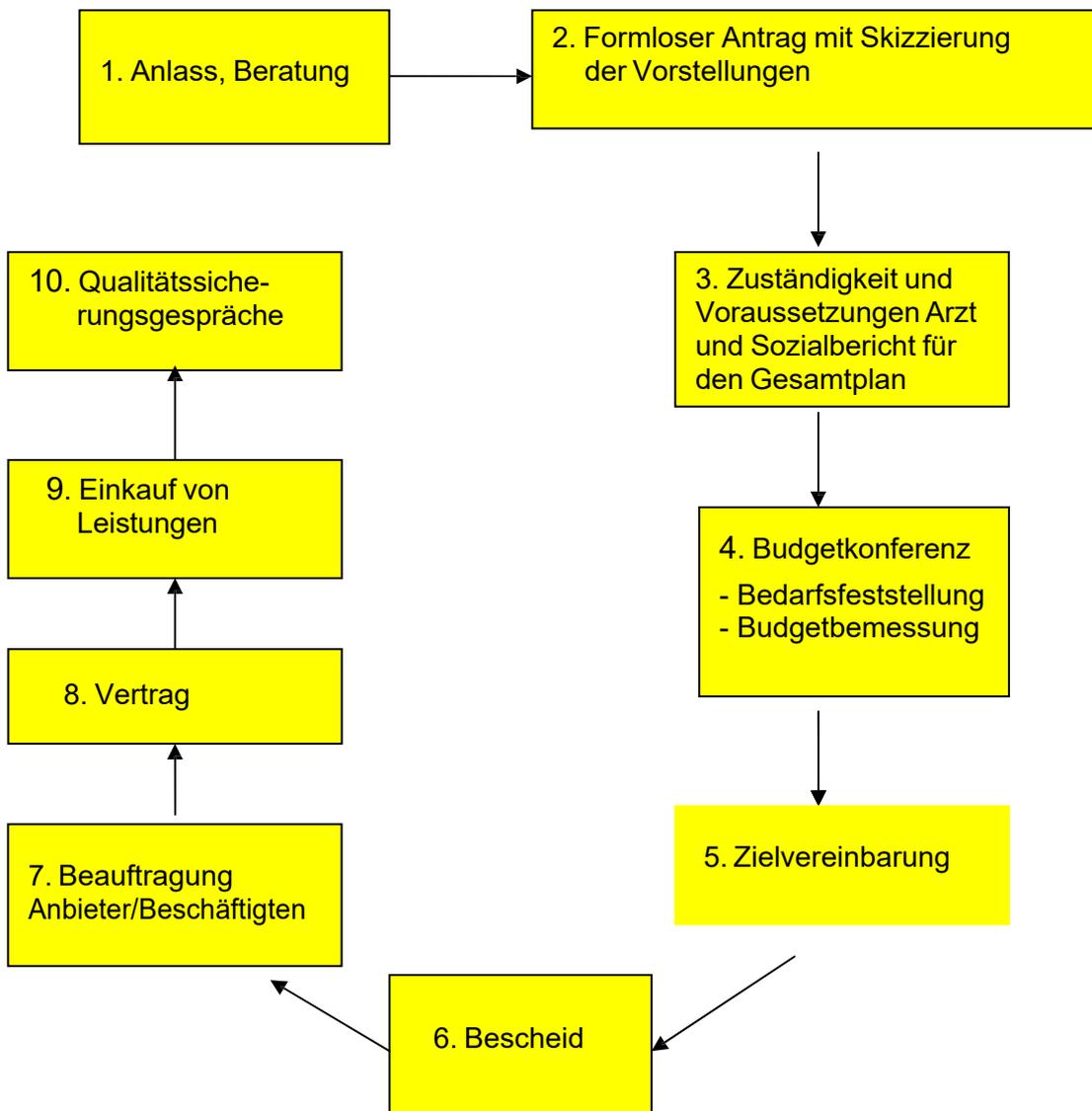
**HEB-B**

Laufende Entwicklungsberichte des Leistungs-  
erbringers zur Verlängerung der Leistung

**HEB-C**

Abschlussbericht des Leistungserbringers zum  
Ende der Leistung

## 6. Antrag auf Leistungsgewährung in Form des Persönlichen Budgets



## **VIII. Anhang**

Anlage 1: Ärztlicher Bericht mit Anlagen

Anlage 2: Sozialbericht

Anlage 3: HEB-A-Bogen

Anlage 4: HEB-B-Bogen

Anlage 5: HEB-C-Bogen

Anlage 6: Einlegeblatt WfbM

Anlage 7: Orientierungshilfe zur Bearbeitung der Teilhabebereiche

Name des Verfassers/ der Verfasserin und Anschrift der  
erstellenden Dienststelle/ Institution

Anschrift:  
Dienststelle/ Institution:

Straße:  
Postleitzahl/ Ort:

Arzt/ Ärztin:

An den Kostenträger

Tel.

Fax:

E-Mail:

**Der Arztbericht wurde erstellt am:**

## **Ärztlicher Bericht**

### **zur Einleitung von Maßnahmen/ Hilfen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII als Vorlage beim Sozialhilfeträger**

Die in diesem Ärztlichen Bericht erhobenen Daten sind ausschließlich zur Vorlage beim Sozialhilfeträger bestimmt und dienen der sozialhilferechtlichen und fachlichen Abklärung des individuellen Hilfebedarfes nach Maßgabe der §§ 53 und 9 SGB XII i. V. m. § 58 SGB XII.

Dieser Bericht bildet eine wesentliche Voraussetzung zur systematischen Entwicklung und Erstellung eines Gesamtplanes für eine personenzentrierte Hilfestellung. Das Prinzip der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung ist soweit wie möglich zu berücksichtigen. Auch ist der Grundsatz ambulant vor stationär zu beachten

Es wird gebeten, das vorgegebene Schema zu verwenden und Angaben möglichst vollständig und umfassend zu machen.

Anlagen:  
Schweigepflichtentbindung (2-fach),  
Rechtliche Erläuterungen.

#### **1. Personalien des Betroffenen/ der Betroffenen:**

Name  
Vorname  
Geb.-Datum  
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)

**2. Behinderung gem. § 53 SGB XII i.V.m. § 2 SGB IX:**

**2.a) Liegt zum Zeitpunkt der Befunderhebung eine wesentliche Behinderung vor?**

(im Sinne von §53 SGB XII i.V.m. § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX, §§ 1-3 der Eingliederungshilfeverordnung (Verordnung gem. § 60 SGB XII; § 47 BSHG a.F.)<sup>1)</sup>)

- Nein,  
sondern es liegen vor
- sonstige Gründe (Erläuterung z.B. erzieherische Hilfen, Nachreifungsprozess etc.):
- Ja eine wesentliche Behinderung droht
- Ja, eine wesentliche Behinderung liegt bereits vor <sup>2)</sup>

**2.b) Besteht eine Erwerbsminderung (medizinische Indikation)?**

- Nein
- Ja (Bitte nachfolgende Fragen beantworten!)
- Dauernd  Vorübergehend

**2.c) Art der Behinderung:**

**Vorrangige Behinderung:**

**Zusätzliche Behinderung**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Seelische / Psychische Behinderung                              | <input type="checkbox"/> Körperliche Behinderung            |
| <input type="checkbox"/> Suchterkrankung   | <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung               |
| <input type="checkbox"/> Seelische/ Psychische Behinderung<br><u>und</u> Suchterkrankung | <input type="checkbox"/> Lernbehinderung                    |
| <input type="checkbox"/> körperliche Behinderung   | <input type="checkbox"/> Seelische / Psychische Behinderung |
| <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung  | <input type="checkbox"/> Suchterkrankung                    |

ggf. Erläuterung:

**2.d) Hilfebedarfsbegründende Diagnosen nach ICD-10-Schlüssel<sup>3)</sup>:**

**2.e) Im Betreuungsalltag zu berücksichtigende somatische Erkrankungen, soweit bekannt<sup>4)</sup>:**

- Nicht bekannt.

**2.f) Die Krankheit/ Behinderung ist die Folge<sup>5)</sup>**

eines Unfalls (auch Unfall der Mutter während der Schwangerschaft)

eines Impfschadens

einer Wehrdienst- bzw. Zivildienstbeschädigung

einer Gewalttat/Vertreibung/Verfolgung

Entfällt/ Nicht bekannt.

### 3. Erforderlichkeit vorrangiger bzw. weiterer Leistungen:

3.a)  **Medizinisch/berufliche Rehabilitation** <sup>6)</sup>  
(z.B. RPK, Fachklinik, Entwöhnungstherapie, etc.)

ja, welche?

nein

3.b)  **Pflegerische Leistungen** <sup>7)</sup>

ja, welche?

nein

3.c)  **Flankierende Leistungen** <sup>8)</sup>

ja, welche?

nein

### 4. Ist eine geschlossene Unterbringung

genehmigt:  Ja (wenn bekannt, Aktenzeichen des Beschlusses und Dauer).

Nein

eingeleitet:  Ja

Nein

### 5. Weitere Anmerkungen <sup>9)</sup>: (z.B. zu den Auswirkungen auf die Alltagsbewältigung, usw.)

---

Der Betroffene/ die Betroffene hat seinen behandelnden bzw. mit diesem ärztlichen Bericht beauftragten Arzt/ Ärztin von der Schweigepflicht entbunden und seine Einwilligung zur Übermittlung der ärztlichen Informationen an den Sozialhilfeträger erklärt (siehe beigefügte Anlage in zweifacher Ausfertigung), soweit sie für die Entscheidung über die Einleitung von Maßnahmen/ Hilfen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII erforderlich sind. Insoweit besteht für Sie als Arzt/ Ärztin gem. § 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB X die Verpflichtung, dem Sozialhilfeträger die entsprechenden Auskünfte in diesem ärztlichen Bericht zu erteilen.

(Schweigepflichtentbindung liegt bei).

**Der Ärztliche Bericht wurde erstellt:**

- Berichterstatter ist behandelnder Arzt/Ärztin. Wenn ja, seit**
- Erstellt aufgrund eigener ärztlicher Untersuchung am**
- Erstellt aufgrund vorliegender Unterlagen/ vorliegender Arztbriefe/ oder sonstiger Erkenntnisse**
- Folgende Personen haben bei der Erstellung dieses Ärztlichen Berichts mitgewirkt:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/ der Arztes/ Ärztin

## **Anlage**

### **Einwilligung / Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die in diesem ärztlichen Bericht erhobenen Daten dem Sozialhilfeträger die sozialhilferechtliche und fachliche Abklärung meines individuellen Hilfebedarfs ermöglichen sollen und zur Erstellung eines Gesamtplans nach § 58 SGB XII für die Durchführung der einzelnen Maßnahmen bestimmt sind.

Darüber hinaus ist mir bekannt, dass der Sozialhilfeträger nach § 66 SGB I seine Leistungen bis zur Nachholung meiner Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen kann, soweit die Voraussetzungen der Leistung beispielsweise durch Verweigerung dieser Einwilligungserklärung nicht nachgewiesen sind.

Nach Maßgabe meiner Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 ff. SGB I zur Aufklärung des entscheidungserheblichen Sachverhalts erkläre ich Folgendes:

Soweit zur Erstellung des ärztlichen Berichts / der ärztlichen Stellungnahme die Einholung von Informationen durch den ärztlichen Berichtersteller bei den von mir benannten dritten Personen und Stellen wie insbesondere weiteren behandelnden Ärzten oder Einrichtungen erforderlich ist, willige ich in die Erhebung und Mitteilung entsprechender Informationen ein. Ebenso erteile ich meine Einwilligung in die Übermittlung der zur Zweckerfüllung dieses ärztlichen Berichts erforderlichen Daten über meine Gesundheit an den Sozialhilfeträger.

Im oben genannten Umfang entbinde ich die beteiligten Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des / der Leistungsberechtigten

---

Unterschrift des / der gesetzlichen Betreuer/in

## **Anlage zum Ärztlichen Bericht / Stellungnahme**

Die Erstellung eines ärztlichen Berichtes ist bei der Einleitung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem SGB XII unabdingbare Voraussetzung zur Erstellung eines Gesamtplanes nach § 58 SGB XII.

### **Erläuterungen und Hinweise:**

#### **zu 2.**

#### **1) § 53 SGB XII – Personenkreis und Aufgabe:**

- (Abs. 1) Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung können Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten.
- (Abs. 2) Von einer Behinderung bedroht sind Personen, bei denen der Eintritt der Behinderung nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Dies gilt für Personen, für die vorbeugende Gesundheitshilfe und Hilfe bei Krankheit nach den §§ 47 und 48 erforderlich ist, nur, wenn auch bei Durchführung dieser Leistungen eine Behinderung einzutreten droht.
- (Abs. 3) Besondere 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. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.
- (Abs. 4) Für die Leistungen zur Teilhabe gelten die Vorschriften des Neunten Buches, soweit sich aus diesem Buch und den auf Grund dieses Buches erlassenen Rechtsverordnungen nichts Abweichendes ergibt. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach diesem Buch.

## **§ 2 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Behinderung:**

(Abs. 1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

**Wesentlich** behindert im Sinne von § 53 SGB XII sind Personen, bei denen infolge ihrer Behinderung die Fähigkeit zur Teilhabe in die Gesellschaft in erheblichem Umfang beeinträchtigt ist.

### **- Körperlich wesentlich behinderte Menschen (§ 1 EinglH-VO):**

Durch körperliche Gebrechen wesentlich in Ihrer Teilhabefähigkeit eingeschränkt im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII sind

- Nr. 1. Personen, deren Bewegungsfähigkeit durch eine Beeinträchtigung des Stütz- oder Bewegungssystems in erheblichem Umfang eingeschränkt ist,
- Nr. 2. Personen mit erheblichen Spaltbildungen des Gesichts oder des Rumpfes oder mit abstoßend wirkenden Entstellungen vor allem des Gesichts,
- Nr. 3. Personen, deren körperliches Leistungsvermögen infolge Erkrankung, Schädigung oder Fehlfunktion eines inneren Organs oder der Haut in erheblichem Umfang eingeschränkt ist,
- Nr. 4. Blinden oder solchen Sehbehinderten, bei denen mit Gläserkorrektur ohne besondere optische Hilfsmittel
  - a) auf dem besseren Auge oder beidäugig im Nahbereich bei einem Abstand von mindestens 30 cm oder im Fernbereich eine Sehschärfe von nicht mehr als 0,3 besteht oder
  - b) durch Buchstabe a nicht erfasste Störungen der Sehfunktion von entsprechendem Schweregrad vorliegen,
- Nr. 5. Personen, die gehörlos sind oder denen eine sprachliche Verständigung über das Gehör nur mit Hörhilfen möglich ist,
- Nr. 6. Personen, die nicht sprechen können, Seelentauben und Hörstummen, Personen mit erheblichen Stimmstörungen sowie Personen, die stark stammeln, stark stottern oder deren Sprache stark unartikulierte ist.

- **Geistig wesentlich behinderte Menschen (§ 2 Einglh-VO):**

Geistig wesentlich behindert im Sinne von § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII sind Personen, die infolge einer **Schwäche ihrer geistigen Kräfte** in erheblichem Umfang in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eingeschränkt sind.

- **Seelisch wesentlich behinderte Menschen (§ 3 Einglh-VO):**

Seelische Störungen, die eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII zur Folge haben können, sind

Nr. 1. körperlich nicht begründbare Psychosen,

Nr. 2. seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen,

Nr. 3. Suchtkrankheiten,

Nr. 4. Neurosen und Persönlichkeitsstörungen.

- **Von Behinderung bedroht:**

Von Behinderung bedroht im Sinne von § 53 Abs. 2 Satz 1 SGB XII i. V. m. § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX sind Personen, bei denen der Eintritt der Behinderung nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.

- **Personen mit einer anderen (nicht wesentlichen) körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung:**

Behinderungen (körperlich, geistig, seelisch), die nicht wesentlich im Sinne der vorgenannten Behinderungen sind.

2)

**zu 2.a) Dauer der Behinderung**

Eine Behinderung im Sinne von § 53 SGB XII i. V. m. § 2 SGB IX liegt vor, wenn diese mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

3)

**zu 2.d) Psychiatrische Diagnosen nach ICD-10-Schlüssel:**

Es ist die Internationale Klassifikation in der gültigen Version (ICD 10) zu benutzen. Bei Doppel- oder Mehrfachdiagnosen ist die im Vordergrund stehende / bzw. prägende Diagnose zu kennzeichnen. Die Beantwortung ist optional.

4)

**zu 2.e) Zusätzliche somatische Erkrankungen:**

Hier sollen, soweit bekannt, somatische Beeinträchtigungen genannt werden, die im Zusammenhang mit der Behinderung eine wesentliche Rolle spielen und deshalb bei der Gesamtbetrachtung der vorgeschlagenen Maßnahme mit einzubeziehen sind.

- 5) zu 2.f) Ursächlichkeit der Krankheit / Behinderung: Pflege unter der Stufe I** nach dem Pflegeversicherungsgesetz ist, wenn
- Erforderlich sind Angaben zu gesicherten Erkenntnissen.  
Diese Frage dient zur Ermittlung von vorrangigen Haftungsansprüchen.
- a) die Pflege kürzer sein wird als 6 Monate;
- b) ein geringerer Hilfebedarf als bei der Stufe I erforderlich sein wird;
- c) ein Hilfebedarf bei anderen Verrichtungen, als bei Verrichtungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz erforderlich ist.
- 6) zu 3a) Erforderlichkeit vorrangiger bzw. weiterer Leistungen**
- Erforderlich sind Angaben ob aus medizinischer Sicht ambulante, teilstationäre oder stationäre Rehabilitationsmaßnahmen (z.B. durch Rehabilitationsangebote im Rahmen der Krankenversicherung oder Rentenversicherung, die ambulant, teilstationär oder stationär durch Langzeitentwöhnungsbehandlung, Rehabilitationsbehandlungen in psych. Fachkliniken oder sonstigen Facheinrichtungen erbracht werden) angezeigt sind.
- 8) zu 3c) Flankierende Leistungen** im Rahmen ambulanter fachärztlicher Begleitung und Behandlung, psychotherapeutischen Leistungen oder sonstige zusätzlichen medizinischen Leistungen
- 7) zu 3b) Pflegebedürftig** im Sinne von § 14 Abs. 1 SGB XI sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.
- 9) zu 5) Weitere Anmerkungen** können z.B. die Auswirkungen der Behinderung auf die Alltagsbewältigung oder das persönliche Umfeld der Person beschreiben.
- Die Vorrangigkeit von pflegerischen Maßnahmen orientiert sich an der Pflegestufe. Je höher die Pflegestufe, um so eher ist von vorrangig pflegerischen Maßnahmen auszugehen.
- Wichtig ist, dass auch unterhalb der Pflegestufe 1 spezifische pflegerische Leistungen bei der Maßnahmenfindung Berücksichtigung finden und deshalb hier benannt werden sollen.

**An den Leistungsträger**

**Sozialbericht mit  
Maßnahmeempfehlung**

**für den Personenkreis der wesentlich see-  
lisch behinderten Menschen**

**zur Erstellung eines Gesamtplans**

**gemäß § 58 SGB XII**

(zur Vorlage beim Leistungsträger - möglichst maschi-  
nell bearbeiten)

**Erläuterungen:**

Die in diesem Sozialbericht erhobenen Daten sind zur Vorlage beim Leistungsträger bestimmt und dienen der sozialhilferechtlichen und fachlichen Abklärung des individuellen Hilfebedarfes nach Maßgabe der §§ 53 und 9 SGB XII i. V. m. § 58 SGB XII. Dieser Sozialbericht mit Maßnahmeempfehlung bildet eine wesentliche Voraussetzung zur Entwicklung eines Gesamtplanes für eine personenzentrierte Hilfestellung.

Der Sozialbericht mit Maßnahmeempfehlung ist in enger Abstimmung mit dem Leistungsberechtigtem und ggf. dem/der gesetzlichen Betreuer/in zu fertigen. Die Beteiligung des Leistungsberechtigtem wird mit dessen/deren Unterschrift – ggf. zusätzlich mit der Unterschrift des/der gesetzlichen Betreuers/in – auf der letzten Seite dieses Sozialberichtes bestätigt.

Paragraph 67a Abs.3 SGB X (Sozialgesetzbuch Zehntes Buch) verpflichtet dazu, auf die Mitwirkungspflichten des Antragstellers bzw. des Leistungsbeziehers nach den §§ 60 ff SGB I (Sozialgesetzbuch Erstes Buch) zur Aufklärung des entscheidungserheblichen Sachverhalts hinzuweisen. Gleiches gilt für den Hinweis, dass der Leistungsträger bei fehlender Mitwirkung nach § 66 SGB I ohne weitere Ermittlungen die Leistungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise

**Anschrift des Erstellers ( z.B. SPDL, Sozialdienst,  
Beratungsstelle etc.)**

**Tel.:**

**Fax:**

**E-Mail:**

**Name des  
Erstellers**

**Anschrift des Antragstellers / der leistungs-  
berechtigten Person:**

**Name:**

**Vorname:**

**Anschrift:**

**Geburts-  
datum:**

versagen oder entziehen kann, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.

Im Sinne einer Vernetzung und einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung sind die vorbehandelnden bzw. betreuenden Leistungsträger möglichst zu beteiligen.

Dabei ist der Grundsatz "**ambulant vor stationär**" zu berücksichtigen.

Es wird gebeten, das vorgegebene Schema zu verwenden und die für die jeweilige Hilfeplanung notwendigen Angaben möglichst vollständig und umfassend zu machen. Sofern Informationen zur Bearbeitung einzelner Abschnitte des Sozialberichtes nicht vorliegen bzw. nicht zu erhalten sind, wird gebeten, dies mit "nicht bekannt" zu kennzeichnen

Als Arbeitshilfe steht ein Leitfaden zur Verfügung.

|                           |                 |                     |
|---------------------------|-----------------|---------------------|
| <b>Sozialbericht für:</b> | <b>geb. am:</b> | <b>Erstellt am:</b> |
|---------------------------|-----------------|---------------------|

**SOZIALDATEN**

Straße, HsNr.:

PLZ, Wohnort:

Telefon:

Geburtsort:

**Staatsangehörigkeit:** Deutsch andere: \_\_\_\_\_**Krankenkasse:****Rentenversicherungsträger:****Arbeitsamt:****Nächste(r) Angehörige(r) (bzw. nächste Bezugsperson):**

Name:

Vorname:

Straße, HsNr.:

PLZ, Wohnort:

Telefon:

**Wurde ein/e gesetzliche/r Betreuer/in bestellt oder einer (nahe-  
nahestehenden Person Vollmacht erteilt?** Nein Ja, und zwar gesetzliche Betreuung Bevollmächtigung beantragt am

Wenn Ja:

Name:

Vorname:

Straße, HsNr.:

PLZ, Wohnort:

Telefon:

**Aufgabenkreis des/der Betreuers/in bzw. der  
bevollmächtigten Person** Aufenthaltsbestimmung Heilbehandlung Vermögenssorge Vertretung gegenüber Behörden Einwilligungsvorbehalt Sonstige
**A. ANGABEN ZUR ALLGEMEINEN SOZIALEN SITUATION**
**A. 1 Familienstand:** Ledig verheiratet, seit verwitwet, seit geschieden, seit getrennt lebend, seit**A. 2 Kinder:** Anzahl

Alter

**A. 3 Lebensform:** Alleinlebend

zusammen mit

 Partner Eltern Kindern, Verwandte mit zu versorgenden Kindern**A. 4 Wohnsituation:** Eigene Wohnung Elterliche Wohnung Wohngemeinschaft Möbliertes Zimmer ambulant betreute Wohnform Wohnheim Wohnungslos

Sonstige (bitte angeben):

**A. 5 Für den Leistungsberechtigten bedeutsame soziale Kontakte, die Unterstützung bedeuten und zukünftig erhalten werden sollen:**

zu Angehörigen

zu Freunden

zu Kollegen

zu Nachbarn, Mitbewohnern

durch Vereins- oder Clubtätigkeit (auch: Selbsthilfegruppen,  
Besuch von (Alten-) Begegnungsstätten)

besondere sprachliche/kulturelle Bezugsgruppe

 Sonstige:

|                           |                 |                     |
|---------------------------|-----------------|---------------------|
| <b>Sozialbericht für:</b> | <b>geb. am:</b> | <b>Erstellt am:</b> |
|---------------------------|-----------------|---------------------|

**A. 6 Kurze Sozialanamnese und Erläuterung der aktuellen Lebenssituation**

**B. ANGABEN ZU AUSBILDUNG UND BERUFSTÄTIGKEIT**

**B. 1 Schulbildung**

höchster erreichter Schulabschluss:

**B. 4 Ergänzende Angaben zu Schule, Ausbildung und Berufstätigkeit (z. B. auch frühere berufliche Erfahrungen):**

**B. 2 Berufsausbildung**

erlernte Berufe:

Abschlüsse:

**B. 3 Derzeit (oder zuletzt) ausgeübter Beruf bzw. Tätigkeit:**

nie erwerbstätig

Von: bis:

Sozialversicherungspflichtig:

ja

nein

berufstätig Vollzeit:

befristet

unbefristet

berufstätig Teilzeit:

Anzahl der wöchentlichen Stunden

befristet

unbefristet

berufstätig gelegentlich

mithelfender Familienangehöriger

Hausfrau/-mann, nicht erwerbstätig

Wehr-/Zivildienst, FSJ beschäftigt

in:

WfbM (Werkstatt für behinderte Menschen)

Selbsthilfefirma/Integrationsfirma

Belastungserprobung/ Berufsbildungsbereich

Sonstige (bitte angeben):

|                           |                 |                     |
|---------------------------|-----------------|---------------------|
| <b>Sozialbericht für:</b> | <b>geb. am:</b> | <b>Erstellt am:</b> |
|---------------------------|-----------------|---------------------|

### C. ÜBERSICHT DER BISHER VORAUSGEANGENEN MASSNAHMEN

**C.1 Stationäre psychiatrische / psychotherapeutische / psychosomatische Klinikaufenthalte**

nein  ja

Name / Art der Einrichtung Dauer des Aufenthaltes  
 Von bis

**C.4 Ambulante/teilstationäre psychiatrische / psychotherapeutische / psychosomatische Behandlungen:**

nein  ja

wenn ja,  
 Art der Behandlung, Zeitraum

**C.2 Aufenthalte in stationären Wohnformen:**

nein  wenn ja

Art der Einrichtung Dauer des Aufenthaltes  
 Von bis

**I.1.a. In Anspruch genommene ambulante / teilstationäre sozialpsychiatrische Betreuungsleistungen (z.B. ambulant betreutes Wohnen, etc.):**

nein  ja

Art der Maßnahme und Zeitraum

**C.3 Teilnahme an medizinischen, beruflichen oder sozialen Rehabilitationsmaßnahmen:**

nein  ja

Wenn ja:  
 Name und Art der Maßnahme und des Leistungserbringers, Zeitraum

**2. Ergänzende Angaben zu den vorausgegangenen Maßnahmen:**

|                           |               |                     |  |
|---------------------------|---------------|---------------------|--|
| <b>Sozialbericht für:</b> | <b>, geb.</b> | <b>Erstellt am:</b> |  |
|---------------------------|---------------|---------------------|--|

### D. AKTUELLER HILFEBEDARF – RESSOURCEN – ZIELE

|   | Beschreibung der aktuellen Situation/Problemlage | Beschreibung vorhandener Fähigkeiten, aktivierbarer Ressourcen | Einschätzung des Hilfebedarfes  | Leitziele |
|---|--|--|---|-----------|
| <b>Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen</b> |  |  | <input type="checkbox"/> keine Hilfestellung<br><input type="checkbox"/> Information und Beratung<br><input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld<br><input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung<br><input type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung<br><input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot |           |
| <b>Selbstversorgung und Wohnen</b>                                |  |  | <input type="checkbox"/> keine Hilfestellung<br><input type="checkbox"/> Information und Beratung<br><input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld<br><input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung<br><input type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung<br><input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot |           |

|                           |        |                     |  |
|---------------------------|--------|---------------------|--|
| <b>Sozialbericht für:</b> | , geb. | <b>Erstellt am:</b> |  |
|---------------------------|--------|---------------------|--|

|  |
|--|
| <b>D. AKTUELLER HILFEBEDARF – RESSOURCEN – ZIELE</b> |
|--|

|  | Beschreibung der aktuellen Situation/Problemlage | Beschreibung vorhandener Fähigkeiten, aktivierbarer Ressourcen | Einschätzung des Hilfebedarfes  | Leitziele |
|--|--|--|---|-----------|
| <b>Arbeit,<br/>arbeitsähnliche<br/>Tätigkeiten, Aus-<br/>bildung</b>                     |  |  | <input type="checkbox"/> keine Hilfestellung<br><input type="checkbox"/> Information und Beratung<br><input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld<br><input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung<br><input type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung<br><input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot |           |
| <b>Tagesgestaltung,<br/>Freizeit,<br/>Teilnahme am<br/>gesellschaft-lichen<br/>Leben</b> |  |  | <input type="checkbox"/> keine Hilfestellung<br><input type="checkbox"/> Information und Beratung<br><input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld<br><input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung<br><input type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung<br><input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot |           |

|   |  |  |   |  |
|---|--|--|---|--|
| <b>Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung (z.B. Krankheits-einsicht, Compliance, Krisensituation, Arztbesuche)</b> |  |  | <input type="checkbox"/> keine Hilfestellung<br><input type="checkbox"/> Information und Beratung<br><input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld<br><input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung<br><input type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung<br><input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot |  |
|---|--|--|---|--|

**Ergänzende Ausführungen zum Hilfebedarf, Krisenzeiten, usw.**

|                           |                 |                     |
|---------------------------|-----------------|---------------------|
| <b>Sozialbericht für:</b> | <b>geb. am:</b> | <b>Erstellt am:</b> |
|---------------------------|-----------------|---------------------|

**. MASSNAHMEVORSCHLAG AMBULANT – TEILSTATIONÄR**

**E. 1 Für die ambulante/teilstationäre Betreuung wird / werden, folgende Maßnahme/n vorgeschlagen: (z.B. betreutes Einzelwohnen oder Wohngemeinschaft etc.)**

Betreuungsschlüssel  
Stundenzahl pro Woche

**E. 2 Die Hilfestellung erfolgt im Zusammenwirken folgender Personen, Dienste und Leistungserbringern (ggf. Benennung des/der für den Hilfeprozess vorrangigen Ansprechpartners/Casemanagers - Anschrift, Tel., evtl. Absprachen bzgl. Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten ausführen):**

**E. 3 Folgende nicht psychiatrische Hilfen werden begleitend in Anspruch genommen bzw. empfohlen (Anschrift, Tel.):**

**E. 4 Ausführungen zu evtl. fehlenden Betreuungsangeboten bzw. fehlenden Versorgungsstrukturen und einer dadurch erschwerten Hilfevermittlung:**

\* **Übersicht!** psych. Klinik, psych. Tagesklinik, Nachtklinik, Fach-/Kurklinik (Sucht/Psychosomatik), Institutsambulanz/Poliklinik, niedergelassener Psychiater, niedergelassener Psychotherapeut, Hausarzt, sonst. Fachärzte, SpDi, psychiatrischer Pflegedienst, Betreutes Wohnen, Familienpflege, Übergangswohnheim, psychiatrisches Wohnheim, Alten(pflege)heim, Reha-Einrichtung, amb. Arbeitsth., PSD (berufsbegleitender Fachdienst), Arbeitsassistentin, Selbsthilfefirma, WfbM, Tagesstätte, Altentagespflege, sonst. Kontakt- und Beratungsstelle, Suchtberatungsstelle, allgem. soziale Dienste, Sonstige

|                           |                 |                     |
|---------------------------|-----------------|---------------------|
| <b>Sozialbericht für:</b> | <b>geb. am:</b> | <b>Erstellt am:</b> |
|---------------------------|-----------------|---------------------|

## F. MASSNAHMEVORSCHLAG – STATIONÄR

**F. 1 Begründung des Ausschlusses ambulanter / teilstationärer Hilfen sowie Begründung der Notwendigkeit einer stationären Leistung:**

**F.1a Für die stationäre Betreuung wird / werden, folgende Maßnahme/n vorgeschlagen:**

**F. 2 Die stationäre Betreuung muss beschützend (= geschlossen) erfolgen:**

ja  nein

wenn ja, Erläuterung:

Bitte soweit vorhanden Beschluss beifügen

**F. 3 Folgende Leistungserbringer wären geeignet:**

**(Falls eine Vermittlung in eine Einrichtung außerhalb des gemeindenahen Versorgungssystems erfolgen soll, ist eine Begründung erforderlich)**

**F. 4 Bei folgenden weiteren Leistungserbringern wurde die / der Leistungsberechtigte ebenfalls angemeldet:**

**F. 5 Folgende(r) Leistungserbringer hat / haben eine Aufnahme in Aussicht gestellt**

**Bitte Ausführungen zum voraussichtlichen Leistungsbeginn, zum geplanten bzw. durchgeführten Probewohnen:**

\* **Schlüssel:** 01 psych. Klinik, 02 psych. Tagesklinik, 03 Nachtklinik, 04 Fach-/Kurklinik (Sucht/Psychosomatik), 05 Institutsambulanz/Poliklinik, 06 niedergelassener Psychiater, 07 niedergelassener Psychotherapeut, 08 Hausarzt, 09 sonst. Fachärzte, 10 SpDi, 11 psychiatrischer Pflegedienst, 12 Betreutes Wohnen, 13 Familienpflege, 14 Übergangswohnheim, 15 psychiatrisches Wohnheim, 16 Alten(pflege)heim, 17 Reha-Einrichtung, 18 amb. Arbeitst., 19 PSD (berufsbegleitender Fachdienst), Arbeitsassistenz, 20 Selbsthilfefirma, 21 WfB, 22 Tagesstätte, 23 Altentagespflege, 24 sonst. Kontakt- und Beratungsstelle, 25 Suchtberatungsstelle, 26 allgem. soziale Dienste, 27 Sonstige

- F. 6 Ausführungen zu evtl. fehlenden Betreuungsangeboten bzw. fehlenden Versorgungsstrukturen und einer dadurch erschwerten Hilfevermittlung:**
- F. 7 Sofern vorhanden, Darstellung und prognostische Einschätzung der in der Symptomatik bzw. im Verlauf der psychischen Erkrankung liegenden besonderen Erschwerungsgründe bei der Vermittlung in Einrichtungen:**

\* **Übersicht!** psych. Klinik, psych. Tagesklinik, Nachtklinik, Fach-/Kurklinik (Sucht/Psychosomatik), Institutsambulanz/Poliklinik, niedergelassener Psychiater, niedergelassener Psychotherapeut, Hausarzt, sonst. Fachärzte, SpDi, psychiatrischer Pflegedienst, Betreutes Wohnen, Familienpflege, Übergangswohnheim, psychiatrisches Wohnheim, Alten(pflege)heim, Reha-Einrichtung, amb. Arbeitsth., PSD (berufsbegleitender Fachdienst), Arbeitsassistenz, Selbsthilfefirma, WfbM, Tagesstätte, Altentagespflege, sonst. Kontakt- und Beratungsstelle, Suchtberatungsstelle, allgem. soziale Dienste, Sonstige

|                           |                 |                     |
|---------------------------|-----------------|---------------------|
| <b>Sozialbericht für:</b> | <b>geb. am:</b> | <b>Erstellt am:</b> |
|---------------------------|-----------------|---------------------|

|   |
|---|
| <b>G. DAUER – H./I. WÜNSCHE/VORBEHALTE – J. BETEILIGTE STELLEN – K. BEMERKUNGEN</b> |
|---|

**G. Einschätzung über die notwendige Dauer der im Punkt E. oder F. vorgeschlagenen Maßnahmen:**

- Krisenintervention (bis zu 6 Monaten)
- kurzfristig (bis zu 12 Monaten)
- mittelfristig (12 bis 24 Monate)
- langfristig (24 Monate und mehr)

**Prognose des weiteren Verlaufes:**

**I. Wünsche des / der Leistungsberechtigten in Bezug auf seine / ihre zukünftige Wohn- und Lebenssituation – ggf. unabhängig oder auch im Gegensatz zu den vorgeschlagenen Maßnahmen Die Wünsche können auch handschriftlich vom LB eingetragen werden.:**

**H. Wünsche, Erwartungen und Vorbehalte der / nachfragenden Person, ggf. des gesetzlichen Betreuers, in Bezug auf die vorgeschlagenen Maßnahmen:**

**J. Dieser Sozialbericht wurde in Kooperation mit folgenden Personen, Diensten, Leistungserbringern und Leistungsträgern erstellt (Name, Ansprechpartner, Adresse, Tel. / Fax, ggf. Aktenzeichen**

**K Sonstige Bemerkungen**  
z.B. Sozialbericht wurde in Form einer Personen/ Fachkonferenz erstellt

**Datenverantwortliche Stelle i. S. d. § 67 Abs. 9 S.3 SGB X ist die Sozialverwaltung des Sozialhilfeträgers (Leistungsträgers). Die Zweckbestimmung sowie die Hinweise auf die Mitwirkungspflichten und auf die Folgen fehlender Mitwirkung ergeben sich aus dem Deckblatt dieses Berichts. Der Leistungsberechtigte erklärt für die Zweckbestimmung dieses Sozialberichts seine Einwilligung in die Übermittlung der hierzu erforderlichen Daten an den Sozialhilfeträger. Dies gilt auch für Angaben über seine Gesundheit und Religionszugehörigkeit (besondere Arten personenbezogener Daten nach § 67 Abs. 12 SGB X).**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Leistungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Ausfüllenden

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Betreuers

**Anschrift des Leistungsträgers:**

**Anschrift des Leistungserbringers:**

Telefon: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Hilfeplanungs-, Entwicklungs- und Abschlussberichtsbogen (HEB Bogen)**

**für Menschen mit einer wesentlichen seelischen Behinderung  
zur Erstellung eines Gesamtplanes gemäß § 58 SGB XII für**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **geb.:** \_\_\_\_\_

Die im HEB Bogen erhobenen Daten sind zur Vorlage beim Leistungsträger (Sozialhilfeträger) bestimmt und dienen der sozialhilferechtlichen und fachlichen Abklärung des individuellen Hilfebedarfes nach Maßgabe der §§ 53 und 9 SGB XII i. V. m. § 58 SGB XII. Dieser HEB Bogen ist Teil des Gesamtplanes für eine personenzentrierte Hilfege-  
währung.

Der HEB Bogen besteht aus drei Teilen. Bitte verwenden Sie anlassbezogen den jeweils zutreffenden Teil des Bogens. Für die Dokumentation des Ergebnisses der vorläufigen Hilfeplanung verwenden Sie bitte den Teilbogen A) Ergebnis der vorläufigen Hilfeplanung. Für die Erstellung eines Entwicklungsberichtes bitte den Teilbogen B) Entwicklungsbericht sowie bei Beendigung der Maßnahme als abschließendes Berichtsinstrument den Teilbogen C). Bitte möglichst maschinell bearbeiten, Ergänzungen können formlos beigefügt werden.

Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen sowie der geschlossenen Rahmenvereinbarung (vgl. § 75 Abs. 3 i. V. m § 79 SGB XII) sind die Leistungserbringer zur Weiterleitung des HEB Bogens an den Leistungsträger verpflichtet.

Paragraph 67 a Abs. 3 SGB X (Sozialgesetzbuch Zehntes Buch) verpflichtet dazu, auf die Mitwirkungspflichten des Antragstellers bzw. Sozialleistungsbeziehers nach den §§ 60 ff SGB I (Sozialgesetzbuch Erstes Buch) zur Aufklärung des entscheidungserheblichen Sachverhalts hinzuweisen. Gleiches gilt für den Hinweis, dass der Sozialhilfeträger bei fehlender Mitwirkung nach § 66 SGB I ohne weitere Ermittlungen die Leistungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen kann, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.

|  |   |
|--|---|
| <b>A) <input checked="" type="checkbox"/> Ergebnis der vorläufigen Hilfeplanung</b>  | <b>B) <input type="checkbox"/> Entwicklungsbericht</b><br><b>C) <input type="checkbox"/> Abschlussbericht</b>   |
| <p>Bei Neuaufnahmen eines/er Leistungsberechtigten in der Einrichtung/Stelle ist das Ergebnis der Hilfeplanung innerhalb von <u>drei Monaten</u> wie folgt mitzuteilen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Beschreibung der aktuellen Situation/Problemlage</li> <li>2. Die Förderziele</li> <li>3. Die Beschreibung der geplanten Maßnahmen.</li> </ol> <p>Diese vorläufige Hilfeplanung ist in enger Abstimmung mit dem/der Betroffenen (ggf. seines/er bzw. ihres/er gesetzlichen Betreuers/in) zu erstellen. Die Beteiligung der/des Betroffenen wird mit deren/dessen Unterschrift (ggf. gesetzlichen Betreuers/in) auf der letzten Seite bestätigt.</p> | <p>Nach Maßgabe des im Bewilligungsbescheid genannten Zeitraumes ist im Entwicklungs- bzw. Abschlussbericht folgendes mitzuteilen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Beschreibung der bereits durchgeführten Maßnahmen</li> <li>2. Die Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Förderzeitraumes</li> <li>3. Die Fortschreibung der Förderziele (entfällt beim Abschlussbericht )</li> <li>4. Die weiteren Maßnahmen</li> </ol> <p>Die Beteiligung des/der Betroffenen (ggf. seines/er bzw. ihres/er gesetzlichen Betreuers/in) bei der Erstellung des Entwicklungs- und Abschlussberichtes ist immer erforderlich.</p> |

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_ Erstellt am: \_\_\_\_\_

### A) Teilbogen: Ergebnis der vorläufigen Hilfeplanung

Aufnahme am: \_\_\_\_\_

Ärztliche Diagnose soweit bekannt, Auswirkungen der Behinderung/en:

#### 1. Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen

a) Beschreibung der aktuellen Situation bzw. der Problemlage unter Berücksichtigung der Ressourcen innerhalb der ersten drei Monate nach Leistungsbeginn

b) Einschätzung des Hilfebedarfs

- keine Hilfestellung
- Information und Beratung
- Erschließung von Hilfen im Umfeld
- Individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung
- begleitende, übende Unterstützung
- intensives individuelles Angebot

c) Rahmenziele für den Planungszeitraum

d) Beschreibung der geplanten Maßnahmen für

- 6 Monate       12 Monate       24 Monate       \_\_\_\_\_ Monate



**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **geb. am:** \_\_\_\_\_ **Erstellt am:** \_\_\_\_\_

## 2. Selbstversorgung und Wohnen

a) Beschreibung der aktuellen Situation bzw. der Problemlage unter Berücksichtigung der Ressourcen innerhalb der ersten drei Monate nach Leistungsbeginn

b) Einschätzung des Hilfebedarfs

- keine Hilfestellung
- Information und Beratung
- Erschließung von Hilfen im Umfeld
- Individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung
- begleitende, übende Unterstützung
- intensives individuelles Angebot

c) Rahmenziele für den Planungszeitraum

d) Beschreibung der geplanten Maßnahmen für

- 6 Monate       12 Monate       24 Monate       \_\_\_\_\_ Monate

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **geb. am:** \_\_\_\_\_ **Erstellt am:** \_\_\_\_\_

**3. Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung/ Für Werkstätten siehe auch Einlegeblatt WfbM**

a) Beschreibung der aktuellen Situation bzw. der Problemlage unter Berücksichtigung der Ressourcen innerhalb der ersten drei Monate nach Leistungsbeginn

b) Einschätzung des Hilfebedarfs

- keine Hilfestellung
- Information und Beratung
- Erschließung von Hilfen im Umfeld
- Individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung
- begleitende, übende Unterstützung
- intensives individuelles Angebot

c) Rahmenziele für den Planungszeitraum

d) Beschreibung der geplanten Maßnahmen für

- 6 Monate       12 Monate       24 Monate       \_\_\_\_\_ Monate

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Erstellt am: \_\_\_\_\_

#### 4. Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

a) Beschreibung der aktuellen Situation bzw. der Problemlage unter Berücksichtigung der Ressourcen innerhalb der ersten drei Monate nach Leistungsbeginn

b) Einschätzung des Hilfebedarfs

- keine Hilfestellung
- Information und Beratung
- Erschließung von Hilfen im Umfeld
- Individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung
- begleitende, übende Unterstützung
- intensives individuelles Angebot

c) Rahmenziele für den Planungszeitraum

d) Beschreibung der geplanten Maßnahmen für

- 6 Monate       12 Monate       24 Monate       \_\_\_\_\_ Monate

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Erstellt am: \_\_\_\_\_

**5. Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung (z.B. Krankheitseinsicht, Compliance, Krisen, Arztbesuche, Medikamenteneinnahme)**

a) Beschreibung der aktuellen Situation bzw. der Problemlage unter Berücksichtigung der Ressourcen innerhalb der ersten drei Monate nach Leistungsbeginn

b) Einschätzung des Hilfebedarfs

- keine Hilfestellung
- Information und Beratung
- Erschließung von Hilfen im Umfeld
- Individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung
- begleitende, übende Unterstützung
- intensives individuelles Angebot

c) Rahmenziele für den Planungszeitraum

d) Beschreibung der geplanten Maßnahmen für

- 6 Monate       12 Monate       24 Monate       \_\_\_\_\_ Monate

|                             |                       |                           |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|
| <b>Name, Vorname:</b> _____ | <b>geb. am:</b> _____ | <b>Erstellt am:</b> _____ |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|

Bitte kreuzen Sie an, auf welchem/n der fünf Bereiche der **Schwerpunkt der Förderung** innerhalb des Bewilligungszeitraumes liegt:

- |   |
|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen                          |
| 2. <input type="checkbox"/> Selbstversorgung / Wohnen   |
| 3. <input type="checkbox"/> Arbeit / arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung                                    |
| 4. <input type="checkbox"/> Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben                    |
| 5. <input type="checkbox"/> Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung (z. B. Krankheitseinsicht, Krisen etc.) |

**Sichtweise und Wünsche des Leistungsberechtigten bezüglich der geplanten Maßnahmen:**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **geb. am:** \_\_\_\_\_ **Erstellt am:** \_\_\_\_\_

**Weitere Planung:**

|                           |    |      |
|---------------------------|----|------|
| Stationäre Wohnform       | Ja | Nein |
| Außenwohngruppe           | Ja | Nein |
| Betreute Wohngemeinschaft | Ja | Nein |
| Betreutes Einzelwohnen    | Ja | Nein |
| Tagesstätte               | Ja | Nein |
| Keine Veränderung         | Ja |      |
| Sonstiges                 | Ja | Nein |
|                           |    |      |

Innerhalb eines Jahres                      von 1-2 Jahren                      von \_\_\_\_\_ Jahren

Betreuungsschlüsseempfehlung für das geplante Angebot: \_\_\_\_\_

empfohlener Stundenbedarf pro Woche: \_\_\_\_\_

Eine ambulante / teilstationäre Maßnahme ist zurzeit aus folgenden Gründen nicht möglich:

Ergänzende Ausführungen, z. B. Krisen während des Berichtszeitraumes, Klinikaufenthalte etc.:

Vorrangiger Ansprechpartner (Casemanager) ist:

**Die Sozialverwaltung des Sozialhilfeträgers (Leistungsträgers) ist datenverantwortliche Stelle i. S. d. § 67 Abs. 9 S. 3 SGB X. Die Zweckbestimmung sowie die Hinweise auf die Mitwirkungspflichten und auf die Folgen fehlender Mitwirkung ergeben sich aus dem Deckblatt des HEB-Bogens. Der Leistungsberechtigte bzw. bzw. sein gesetzlicher Betreuer erklärt für die Zweckbestimmung dieses Bogens seine Einwilligung in die der hierzu erforderlichen Daten an den Sozialhilfeträger. Dies gilt auch für Angaben über seine Gesundheit (besondere Arten personenbezogener Daten nach § 67 Abs. 12 SGB X).**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Leistungserbringers

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des / der Leistungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des / der gesetzlichen Betreuers / in

Anschrift des Leistungsträgers:

Anschrift des Leistungserbringers:

Telefon: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

## **Hilfeplanungs-, Entwicklungs- und Abschlussberichtsbogen (HEB Bogen)**

**für Menschen mit einer wesentlichen seelischen Behinderung  
zur Erstellung eines Gesamtplanes gemäß § 58 SGB XII für**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **geb.:** \_\_\_\_\_

Die im HEB Bogen erhobenen Daten sind zur Vorlage beim Leistungsträger (Sozialhilfeträger) bestimmt und dienen der sozialhilferechtlichen und fachlichen Abklärung des individuellen Hilfebedarfes nach Maßgabe der §§ 53 und 9 SGB XII i. V. m. § 58 SGB XII. Dieser HEB Bogen ist Teil des Gesamtplanes für eine personenzentrierte Hilfege-  
währung.

Der HEB Bogen besteht aus drei Teilen. Bitte verwenden Sie anlassbezogen den jeweils zutreffenden Teil des Bogens. Für die Dokumentation des Ergebnisses der vorläufigen Hilfeplanung verwenden Sie bitte den Teilbogen A) Ergebnis der vorläufigen Hilfeplanung. Für die Erstellung eines Entwicklungsberichtes bitte den Teilbogen B) Entwicklungsbericht sowie bei Beendigung der Maßnahme als abschließendes Berichtsinstrument den Teilbogen C). Bitte möglichst maschinell bearbeiten, Ergänzungen können formlos beigefügt werden.

Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen sowie der geschlossenen Rahmenvereinbarung (vgl. § 75 Abs. 3 i. V. m § 79 SGB XII) sind die Leistungserbringer zur Weiterleitung des HEB Bogens an den Leistungsträger verpflichtet.

Paragraph 67 a Abs. 3 SGB X (Sozialgesetzbuch Zehntes Buch) verpflichtet dazu, auf die Mitwirkungspflichten des Antragstellers bzw. Sozialleis-  
tungsbeziehers nach den §§ 60 ff SGB I (Sozialgesetzbuch Erstes Buch) zur Aufklärung des entscheidungserheblichen Sachverhalts hinzuweisen. Gleiches gilt für den Hinweis, dass der Sozialhilfeträger bei fehlender Mitwirkung nach § 66 SGB I ohne weitere Ermittlungen die Leistungen bis zur  
Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen kann, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.

|   |   |
|---|---|
| <b>A) <input type="checkbox"/> Ergebnis der vorläufigen Hilfeplanung</b>  | <b>B) <input checked="" type="checkbox"/> Entwicklungsbericht</b><br><b>C) <input type="checkbox"/> Abschlussbericht</b>  |
| <p>Bei Neuaufnahmen eines/er Leistungsberechtigten in der Einrichtung/Stelle ist das Ergebnis der Hilfeplanung innerhalb von <u>drei Monaten</u> wie folgt mitzuteilen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Beschreibung der aktuellen Situation/ Problemlage</li> <li>2. Die Förderziele</li> <li>3. Die Beschreibung der geplanten Maßnahmen.</li> </ol> <p>Diese vorläufige Hilfeplanung ist in enger Abstimmung mit dem/der Betroffenen (ggf. seines/er bzw. ihres/er gesetzlichen Betreuers/in) zu erstellen. Die Beteiligung der/des Betroffenen wird mit deren/dessen Unterschrift (ggf. gesetzlichen Betreuers/in) auf der letzten Seite bestätigt.</p> | <p>Nach Maßgabe des im Bewilligungsbescheid genannten Zeitraumes ist im Entwicklungs- bzw. Abschlussbericht folgendes mitzuteilen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Beschreibung der bereits durchgeführten Maßnahmen</li> <li>2. Die Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Förderzeitraumes</li> <li>3. Die Fortschreibung der Förderziele (entfällt beim Abschlussbericht )</li> <li>4. Die weiteren Maßnahmen</li> </ol> <p>Die Beteiligung des/der Betroffenen (ggf. seines/er bzw. ihres/er gesetzlichen Betreuers/in) bei der Erstellung des Entwicklungs- und Abschlussberichtes ist immer erforderlich.</p> |

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_ Erstellt am: \_\_\_\_\_

**B) Teilbogen: Entwicklungsbericht Nr. \_\_\_\_\_**

Förderzeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**1. Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen**

a) Reflexion der durchgeführten Maßnahmen innerhalb der letzten

- 6 Monate       12 Monate       24 Monate       \_\_\_\_\_ Monate

b) Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Planungszeitraumes anhand der Rahmenziele unter Berücksichtigung der Ressourcen

c) Einschätzung des Hilfebedarfs

- keine Hilfestellung
- Information und Beratung
- Erschließung von Hilfen im Umfeld
- Individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung
- begleitende, übende Unterstützung
- intensives individuelles Angebot

d) Fortschreibung der Rahmenziele

e) Beschreibung der geplanten Maßnahmen für

- 6 Monate       12 Monate       24 Monate       \_\_\_\_\_ Monate

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **geb. am:** \_\_\_\_\_ **Erstellt am:** \_\_\_\_\_

## 2. Selbstversorgung und Wohnen

a) Reflexion der durchgeführten Maßnahmen innerhalb der letzten

- 6 Monate       12 Monate       24 Monate       \_\_\_\_\_ Monate

b) Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Planungszeitraumes anhand der Rahmenziele unter Berücksichtigung der Ressourcen

c) Einschätzung des Hilfebedarfs

- keine Hilfestellung
- Information und Beratung
- Erschließung von Hilfen im Umfeld
- Individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung
- begleitende, übende Unterstützung
- intensives individuelles Angebot

d) Fortschreibung der Rahmenziele

e) Beschreibung der geplanten Maßnahmen für

- 6 Monate       12 Monate       24 Monate       \_\_\_\_\_ Monate

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **geb. am:** \_\_\_\_\_ **Erstellt am:** \_\_\_\_\_

**3. Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung/ Für Werkstätten siehe auch Einlegeblatt WfbM**

a) Reflexion der durchgeführten Maßnahmen innerhalb der letzten

- 6 Monate       12 Monate       24 Monate       \_\_\_\_\_ Monate

b) Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Planungszeitraumes anhand der Rahmenziele unter Berücksichtigung der Ressourcen

c) Einschätzung des Hilfebedarfs

- keine Hilfestellung
- Information und Beratung
- Erschließung von Hilfen im Umfeld
- Individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung
- begleitende, übende Unterstützung
- intensives individuelles Angebot

d) Fortschreibung der Rahmenziele

e) Beschreibung der geplanten Maßnahmen für

- 6 Monate       12 Monate       24 Monate       \_\_\_\_\_ Monate

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **geb. am:** \_\_\_\_\_ **Erstellt am:** \_\_\_\_\_

**4. Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben**

a) Reflexion der durchgeführten Maßnahmen innerhalb der letzten

- 6 Monate       12 Monate       24 Monate       \_\_\_\_\_ Monate

b) Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Planungszeitraumes anhand der Rahmenziele unter Berücksichtigung der Ressourcen

c) Einschätzung des Hilfebedarfs

- keine Hilfestellung
- Information und Beratung
- Erschließung von Hilfen im Umfeld
- Individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung
- begleitende, übende Unterstützung
- intensives individuelles Angebot

d) Fortschreibung der Rahmenziele

e) Beschreibung der geplanten Maßnahmen für

- 6 Monate       12 Monate       24 Monate       \_\_\_\_\_ Monate

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **geb. am:** \_\_\_\_\_ **Erstellt am:** \_\_\_\_\_

**5. Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung (z.B. Krankheitseinsicht, Compliance, Krisen, Arztbesuche, Medikamenteneinnahme)**

a) Reflexion der durchgeführten Maßnahmen innerhalb der letzten

- 6 Monate       12 Monate       24 Monate       \_\_\_\_\_ Monate

b) Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Planungszeitraumes anhand der Rahmenziele unter Berücksichtigung der Ressourcen

c) Einschätzung des Hilfebedarfs

- keine Hilfestellung
- Information und Beratung
- Erschließung von Hilfen im Umfeld
- Individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung
- begleitende, übende Unterstützung
- intensives individuelles Angebot

d) Fortschreibung der Rahmenziele

e) Beschreibung der geplanten Maßnahmen für

- 6 Monate       12 Monate       24 Monate       \_\_\_\_\_ Monate

|                             |                       |                           |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|
| <b>Name, Vorname:</b> _____ | <b>geb. am:</b> _____ | <b>Erstellt am:</b> _____ |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|

Bitte kreuzen Sie an, auf welchem/n der fünf Bereiche der **Schwerpunkt der Förderung** innerhalb des Bewilligungszeitraumes liegt:

|   |
|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen                          |
| 2. <input type="checkbox"/> Selbstversorgung / Wohnen   |
| 3. <input type="checkbox"/> Arbeit / arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung                                    |
| 4. <input type="checkbox"/> Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben                    |
| 5. <input type="checkbox"/> Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung (z. B. Krankheitseinsicht, Krisen etc.) |

**Sichtweise des Leistungsberechtigten bezüglich der durchgeführten bzw. geplanten Maßnahmen:**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **geb. am:** \_\_\_\_\_ **Erstellt am:** \_\_\_\_\_

**Weitere Planung:**

|                           |    |      |
|---------------------------|----|------|
| Stationäre Wohnform       | Ja | Nein |
| Außenwohngruppe           | Ja | Nein |
| Betreute Wohngemeinschaft | Ja | Nein |
| Betreutes Einzelwohnen    | Ja | Nein |
| Tagesstätte               | Ja | Nein |
| Keine Veränderung         | Ja |      |
| Sonstiges                 | Ja | Nein |
|                           |    |      |

Innerhalb eines Jahres                      von 1-2 Jahren                      von \_\_\_\_\_ Jahren

Betreuungsschlüsselempfehlung für das geplante Angebot: \_\_\_\_\_  
 empfohlener Stundenbedarf: \_\_\_\_\_

Eine ambulante / teilstationäre Maßnahme ist zur Zeit aus folgenden Gründen nicht möglich:

Ergänzende Ausführungen, z. B. Krisen während des Berichtszeitraumes, Klinikaufenthalte etc.:

Vorrangiger Ansprechpartner (Casemanager) ist:

**Die Sozialverwaltung des Sozialhilfeträgers (Leistungsträgers) ist datenverantwortliche Stelle i. S. d. § 67 Abs. 9 S. 3 SGB X. Die Zweckbestimmung sowie die Hinweise auf die Mitwirkungspflichten und auf die Folgen fehlender Mitwirkung ergeben sich aus dem Deckblatt des HEB-Bogens. Der Leistungsberechtigte bzw. sein gesetzlicher Betreuer erklärt für die Zweckbestimmung dieses Bogens seine Einwilligung in die der hierzu erforderlichen Daten an den Sozialhilfeträger. Dies gilt auch für Angaben über seine Gesundheit (besondere Arten personenbezogener Daten nach § 67 Abs. 12 SGB X).**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Leistungserbringers

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des / der Leistungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des / der gesetzlichen Betreuers / in

Anschrift des Leistungsträgers:

Anschrift des Leistungserbringers:

Telefon: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

## Hilfeplanungs-, Entwicklungs- und Abschlussberichtsbogen /HEB-Bogen)

**für Menschen mit einer wesentlichen seelisch Behinderung  
zur Erstellung eines Gesamtplanes gemäß § 58 SGB XII für**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **geb.:** \_\_\_\_\_

Die im HEB Bogen erhobenen Daten sind zur Vorlage beim Leistungsträger (Sozialhilfeträger) bestimmt und dienen der sozialhilferechtlichen und fachlichen Abklärung des individuellen Hilfebedarfes nach Maßgabe der §§ 53 und 9 SGB XII i. V. m. § 58 SGB XII. Dieser HEB Bogen ist Teil des Gesamtplanes für eine personenzentrierte Hilfege-  
währung.

Der HEB Bogen besteht aus drei Teilen. Bitte verwenden Sie anlassbezogen den jeweils zutreffenden Teil des Bogens. Für die Dokumentation des Ergebnisses der vorläufigen Hilfeplanung verwenden Sie bitte den Teilbogen A) Ergebnis der vorläufigen Hilfeplanung. Für die Erstellung eines Entwicklungsberichtes bitte den Teilbogen B) Entwicklungsbericht sowie bei Beendigung der Maßnahme als abschließendes Berichtsinstrument den Teilbogen C). Bitte möglichst maschinell bearbeiten, Ergänzungen können formlos beigelegt werden.

Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen sowie der geschlossenen Rahmenvereinbarung (vgl. § 75 Abs. 3 i. V. m § 79 SGB XII) sind die Leistungserbringer zur Weiterleitung des HEB Bogens an den Leistungsträger verpflichtet.

Paragraph 67 a Abs. 3 SGB X (Sozialgesetzbuch Zehntes Buch) verpflichtet dazu, auf die Mitwirkungspflichten des Antragstellers bzw. Sozialleis-  
tungsbeziehers nach den §§ 60 ff SGB I (Sozialgesetzbuch Erstes Buch) zur Aufklärung des entscheidungserheblichen Sachverhalts hinzuweisen. Gleiches gilt für den Hinweis, dass der Sozialhilfeträger bei fehlender Mitwirkung nach § 66 SGB I ohne weitere Ermittlungen die Leistungen bis zur  
Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen kann, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.

| <b>A) <input type="checkbox"/> Ergebnis der vorläufigen Hilfeplanung</b>  | <b>B) <input type="checkbox"/> Entwicklungsbericht</b><br><b>C) <input checked="" type="checkbox"/> Abschlussbericht</b>  |
|---|---|
| <p>Bei Neuaufnahmen eines/er Leistungsberechtigten in der Einrichtung/Stelle ist das Ergebnis der Hilfeplanung innerhalb von <u>drei Monaten</u> wie folgt mitzuteilen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Beschreibung der aktuellen Situation/ Problemlage</li> <li>2. Die Förderziele</li> <li>3. Die Beschreibung der geplanten Maßnahmen.</li> </ol> <p>Diese vorläufige Hilfeplanung ist in enger Abstimmung mit dem/der Betroffenen (ggf. seines/er bzw. ihres/er gesetzlichen Betreuers/in) zu erstellen. Die Beteiligung der/des Betroffenen wird mit deren/dessen Unterschrift (ggf. gesetzlichen Betreuers/in) auf der letzten Seite bestätigt.</p> | <p>Nach Maßgabe des im Bewilligungsbescheid genannten Zeitraumes ist im Entwicklungs- bzw. Abschlussbericht folgendes mitzuteilen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Beschreibung der bereits durchgeführten Maßnahmen</li> <li>2. Die Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Förderzeitraumes</li> <li>3. Die Fortschreibung der Förderziele (entfällt beim Abschlussbericht )</li> <li>4. Die weiteren Maßnahmen</li> </ol> <p>Die Beteiligung des/der Betroffenen (ggf. seines/er bzw. ihres/er gesetzlichen Betreuers/in) bei der Erstellung des Entwicklungs- und Abschlussberichtes ist immer erforderlich.</p> |

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **geb. am:** \_\_\_\_\_ **Erstellt am:** \_\_\_\_\_

**C) Teilbogen Abschlussbericht** \_\_\_\_\_

Beendigung der Maßnahme am \_\_\_\_\_

**1. Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen**

a) Reflexion der durchgeführten Maßnahmen innerhalb des letzten Förderzeitraumes

- 6 Monate       12 Monate       24 Monate       \_\_\_\_\_ Monate

b) Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Planungszeitraumes anhand der Rahmenziele unter Berücksichtigung der Ressourcen

c) Einschätzung des noch bestehenden Hilfebedarfs

- keine Hilfestellung
- Information und Beratung
- Erschließung von Hilfen im Umfeld
- Individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung
- begleitende, übende Unterstützung
- intensives individuelles Angebot

d) Welche weiteren Maßnahmen sind vorgesehen:

e) Durch wen werden diese Maßnahmen erbracht:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Erstellt am: \_\_\_\_\_

## 2. Selbstversorgung und Wohnen

a) Reflexion der durchgeführten Maßnahmen innerhalb des letzten Förderzeitraumes

6 Monate

12 Monate

24 Monate

\_\_\_\_\_ Monate

b) Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Planungszeitraumes anhand der Rahmenziele unter Berücksichtigung der Ressourcen

c) Einschätzung des noch bestehenden Hilfebedarfs

keine Hilfestellung

Information und Beratung

Erschließung von Hilfen im Umfeld

Individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung

begleitende, übende Unterstützung

intensives individuelles Angebot

d) Welche weiteren Maßnahmen sind vorgesehen:

e) Durch wen werden diese Maßnahmen erbracht:

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **geb. am:** \_\_\_\_\_ **Erstellt am:** \_\_\_\_\_

**3. Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung/ Für Werkstätten siehe auch Einlegeblatt WfbM**

a) Reflexion der durchgeführten Maßnahmen innerhalb des letzten Förderzeitraumes

- 6 Monate       12 Monate       24 Monate       \_\_\_\_\_ Monate

b) Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Planungszeitraumes anhand der Rahmenziele unter Berücksichtigung der Ressourcen

c) Einschätzung des noch bestehenden Hilfebedarfs

- keine Hilfestellung
- Information und Beratung
- Erschließung von Hilfen im Umfeld
- Individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung
- begleitende, übende Unterstützung
- intensives individuelles Angebot

d) Welche weiteren Maßnahmen sind vorgesehen:

e) Durch wen werden diese Maßnahmen erbracht:

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **geb. am:** \_\_\_\_\_ **Erstellt am:** \_\_\_\_\_

**4. Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben**

a) Reflexion der durchgeführten Maßnahmen innerhalb des letzten Förderzeitraumes

- 6 Monate       12 Monate       24 Monate       \_\_\_\_\_ Monate

b) Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Planungszeitraumes anhand der Rahmenziele unter Berücksichtigung der Ressourcen

c) Einschätzung des noch bestehenden Hilfebedarfs

- keine Hilfestellung
- Information und Beratung
- Erschließung von Hilfen im Umfeld
- Individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung
- begleitende, übende Unterstützung
- intensives individuelles Angebot

d) Welche weiteren Maßnahmen sind vorgesehen:

e) Durch wen werden diese Maßnahmen erbracht:

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **geb. am:** \_\_\_\_\_ **Erstellt am:** \_\_\_\_\_

**5. Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung (z.B. Krankheitseinsicht, Compliance, Krisen, Arztbesuche, Medikamenteneinnahme)**

a) Reflexion der durchgeführten Maßnahmen innerhalb des letzten Förderzeitraumes

- 6 Monate       12 Monate       24 Monate       \_\_\_\_\_ Monate

b) Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Planungszeitraumes anhand der Rahmenziele unter Berücksichtigung der Ressourcen

c) Einschätzung des noch bestehenden Hilfebedarfs

- keine Hilfestellung
- Information und Beratung
- Erschließung von Hilfen im Umfeld
- Individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung
- begleitende, übende Unterstützung
- intensives individuelles Angebot

d) Welche weiteren Maßnahmen sind vorgesehen:

e) Durch wen werden diese Maßnahmen erbracht:

|                             |                       |                           |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|
| <b>Name, Vorname:</b> _____ | <b>geb. am:</b> _____ | <b>Erstellt am:</b> _____ |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|

Bitte kreuzen Sie an, auf welchem/n der fünf Bereiche der **Schwerpunkt der Förderung** innerhalb des Berichtszeitraumes lag:

|   |
|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen                          |
| 2. <input type="checkbox"/> Selbstversorgung / Wohnen   |
| 3. <input type="checkbox"/> Arbeit / arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung                                    |
| 4. <input type="checkbox"/> Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben                    |
| 5. <input type="checkbox"/> Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung (z. B. Krankheitseinsicht, Krisen etc.) |

**Sichtweise des Leistungsberechtigten bezüglich der beendeten sowie der geplanten Maßnahmen:**

|                             |                       |                           |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|
| <b>Name, Vorname:</b> _____ | <b>geb. am:</b> _____ | <b>Erstellt am:</b> _____ |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|

Gründe für die Beendigung der bisherigen Leistungen:

- Ablauf des Bewilligungszeitraumes
- Kündigung durch den Leistungsberechtigten
- Kündigung durch den Leistungsanbieter
- Sonstiges

**Erläuterung zur Beendigung der bisherigen Leistungen:**

**Weitere Planung:**

|                           |                             |                               |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Stationäre Wohnform       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Außenwohngruppe           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Betreute Wohngemeinschaft | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Betreutes Einzelwohnen    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Tagestätte                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Keine Veränderung         | <input type="checkbox"/> Ja |                               |
| Sonstiges                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Betreuungsschlüsselempfehlung für die geplante Leistung: \_\_\_\_\_

oder empfohlener Stundenbedarf: \_\_\_\_\_

- Innerhalb eines Jahres
  von 1-2 Jahren
  von \_\_\_\_\_ Jahren

Betreuungsschlüsselempfehlung für das geplante Angebot: \_\_\_\_\_

empfohlener Stundenbedarf: \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_ geb. am : \_\_\_\_\_ Erstellt am: \_\_\_\_\_

**Eine ambulante / teilstationäre Maßnahme ist zur Zeit aus folgenden Gründen nicht möglich:**

**Ergänzende Ausführungen, z. B. Krisen während des Berichtszeitraumes, Klinikaufenthalte etc.:**

**Vorrangiger Ansprechpartner (Casemanager) ist:**

**Der / Die Leistungsberechtigte (ggf. sein/ihr Betreuer/in) bestätigt mit seiner/ ihrer Unterschrift, dass mit der Beendigung der Leistung Einverständnis besteht.**

Die Sozialverwaltung des Sozialhilfeträgers (Leistungsträgers) ist datenverantwortliche Stelle i. S. d. § 67 Abs. 9 S. 3 SGB X. Die Zweckbestimmung sowie die Hinweise auf die Mitwirkungspflichten und auf die Folgen fehlender Mitwirkung ergeben sich aus dem Deckblatt des HEB-Bogens. Der Leistungsberechtigte bzw. sein gesetzlicher Betreuer erklärt für die Zweckbestimmung dieses Bogens seine Einwilligung in die der hierzu erforderlichen Daten an den Sozialhilfeträger. Dies gilt auch für Angaben über seine Gesundheit (besondere Arten personenbezogener Daten nach § 67 Abs. 12 SGB X).

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Leistungserbringers

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des / der Leistungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des / der gesetzlichen Betreuers / in

Der Eingliederungsplan bzw. der Entwicklungsbericht soll zum Bereich Teilhabe am Arbeitsleben in WfbM Angaben zu folgenden Merkmalen liefern:

|  | <b>Reflexion der durchgeführten Maßnahmen innerhalb der letzten</b><br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 24<br><input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> Monate | <b>Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Förderzeitraumes anhand der Förderziele unter Berücksichtigung der Ressourcen</b> | <b>Feststellung zur Eignung und Neigung des Mitarbeiters</b><br><br><b>Kompetenzanalyse</b> | <b>Fortschreibung der Förderziele</b> | <b>Beschreibung der geplanten Maßnahmen</b><br><input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 24<br><input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> Monate |
|--|--|---|---|---------------------------------------|---|
| <b>Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung</b>   |  |   |   |                                       |   |
| <b><u>Mehrbedarf</u></b><br><input type="checkbox"/> Es besteht ein individueller Mehrbedarf, so dass eine Vergütung nach HBG 2 erforderlich ist; zur Begründung bitte Mehrbedarfsantrag beifügen, soweit dieser nicht schon vorliegt  |  |   |   |                                       |   |
| <b><u>Regelung Anfahrts</u></b><br><input type="checkbox"/> Fahrdienst <input type="checkbox"/> öffentlicher Personennahverkehr <input type="checkbox"/> Sonstiges<br>Bei Nutzung des Fahrdienstes bitte Begründung:<br><br>Angabe der Fördermaßnahmen (umgesetzt und geplant) bitte im oberen Teil des Bogens   |  |   |   |                                       |   |
| Bitte kreuzen Sie an, auf welchem/n der fünf Bereiche der <b>Schwerpunkt der Förderung</b> innerhalb des Bewilligungszeitraumes liegt:<br>1) <input type="checkbox"/> Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung    2) <input type="checkbox"/> Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen    3) <input type="checkbox"/> Selbstversorgung / Wohnen |  |   |   |                                       |   |

- 4)  Arbeit / arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung      5)  Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

Sichtweise des Leistungsberechtigten bezüglich der durchgeführten bzw. geplanten Maßnahmen

Darstellung der Sichtweise des Werkstättenbesuchers zu:

- den durchgeführten bzw. geplanten Maßnahmen
- den in der Förderplanung vorgesehenen Zielen und Maßnahmen bzw. der Einstufung des Hilfebedarfs
- den Arbeitswunsch des Werkstättenbesuchers auch im Sinne einer langfristigen Zielperspektive
- sowie weiteren persönlichen Zielsetzungen in Bezug auf: Verdienst / Entgelt, Kompetenzentwicklung (in Bezug auf: berufliche Qualifikation, soziale Kompetenz, Grundfähigkeiten oder Sonstiges)
- weitere persönliche Zielbeschreibungen

Der Eingliederungsplan bzw. der Entwicklungsbericht soll zum Bereich Teilhabe am Arbeitsleben in WfbM Angaben zu folgenden Merkmalen liefern:

|   | Reflexion der durchgeführten Maßnahmen innerhalb der letzten<br><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 24<br><input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> Monate  | Beschreibung der Entwicklung innerhalb des letzten Förderzeitraumes anhand der Förderziele unter Berücksichtigung der Ressourcen  | Feststellung zur Eignung und Neigung des Mitarbeiters<br><br>Kompetenzanalyse   | Fortschreibung der Förderziele  | Beschreibung der geplanten Maßnahmen<br><input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 24<br><input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> Monate                              |
|---|--|---|---|---|---|
| <p style="text-align: center;"><b>Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung</b></p> | <p>Aussagen zur Reflexion der durchgeführten Maßnahmen in der WfbM im Eingangsverfahren / Berufsbildungsbereich / Arbeitsbereich unter anderem zu folgenden Fragestellungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ durchgeführte Tätigkeiten im o. g. Zeitraum</li> <li>➤ Zielsetzung für den Berufsbildungsbereich</li> <li>➤ Welche Maßnahmen waren geplant und wie wurden sie umgesetzt?</li> <li>➤ Welche Maßnahmen haben sich hinsichtlich der Förderung bewährt, welche nicht?</li> </ul> <p><input checked="" type="checkbox"/> Welche Maßnahmen waren nicht geplant, wurden aber aufgrund aktueller Gegebenheiten notwendig und erbracht?</p> | <p>Entwicklungsbeschreibung innerhalb des letzten Berichtszeitraumes hinsichtlich der geplanten Förderziele und deren tatsächliche Erreichung (Soll/Ist-Abgleich), Förderziele können beispielhaft sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <u>Förderung im kognitiven Bereich</u> wie z. B.: Arbeitsplanung, Auffassung, Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit, Kulturtechniken (Lesen, Schreiben, Rechnen), Kommunikationsfähigkeit, logisches Denken, Lernverhalten, etc.</li> <li>➤ <u>Förderung im sozialen Bereich</u>, wie z. B.: Kontaktfähigkeit, Kritikfähigkeit, Teamfähigkeit, Durchsetzung und Führungsfähigkeit, Teamarbeit, Konfliktfähigkeit, soziale Kompetenz</li> <li>➤ <u>Merkmale der Art der Arbeitsausführung</u>, wie z. B.: Ausdauer, Pünktlichkeit, Selbständigkeit, Sorgfalt, Verantwortlichkeit, Misserfolgstoleranz, Flexibilität, Arbeitsplanung; Übertragbarkeit von Erlerntem</li> <li>➤ <u>Förderung der Psychomotorik</u>, wie z. B.: Antrieb, Reaktionsgeschwindigkeit, Fein- und Grobmotorik</li> </ul> | <p><input type="checkbox"/> <b>Eingangsverfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergebnis der Berufsberatung</li> <li>• Ergebnis des Eingangsverfahrens</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ nicht für WfbM geeignet</li> <li>➤ Übergang in Berufsbildungsbereich</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>Berufsbildungsbereich - Grundkurs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Berufsbildungsbereich beenden, weiterer Werdegang</li> <li>➤ nicht für WfbM geeignet</li> <li>➤ Fortsetzung im Aufbaukurs</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>Berufsbildungsbereich - Aufbaukurs bzw.</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Arbeitsbereich</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ist (weiterhin) auf die Beschäftigung im Arbeitsbereich der Werkstatt angewiesen</li> <li>➤ kommt für den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt in Betracht und sollte daher durch übergangsfördernde Maß-</li> </ul> | <p>Nach der Beurteilung der aktuellen Situation, der Einschätzung der Fähigkeiten, Beeinträchtigungen und Ressourcen sowie der Reflexion der Förderziele und Maßnahmen im letzten Berichtszeitraum, werden für den neuen Planungszeitraum Förderziele definiert als:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Zielsetzungen für den Berufsbildungsbereich bzw. den Aufbaukurs und Arbeitsbereich</li> <li>➤ Neue Förderziele als mögliches Entwicklungspotential</li> <li>➤ Fortschreibung bereits bestehender Förderziele</li> <li>➤ bzw. Beschreibung von Förderzielen als Beitrag zur Stabilisierung der aktuellen Situation.</li> </ul> <p>Förderziele können beispielhaft sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Förderung im kognitiven Bereich</li> <li>➤ Förderung im sozialen Bereich im Kontext Arbeit</li> <li>➤ Förderung der Art der Arbeitsausführung</li> </ul> <p><input checked="" type="checkbox"/> Förderung der Psychomotorik</p> | <p>Darstellung der geplanten Maßnahmen als Beitrag zur Sicherstellung der Zielerreichung innerhalb der WfbM bzw. plus Maßnahmenergänzung externer (z.B. Praktika, ESF-Programme, etc.).</p> |

|  |  |   |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|
|  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Merkmale zur körperlichen Einschränkung / Sinnesbehinderung / Einschränkung aufgrund der verminderten geistigen Fähigkeit z. B. Selbständigkeit im lebenspraktischen Bereich, zeitliche und örtliche Orientierung | nahmen (Beschreibung) gefördert werden<br>➤ die Werkstatt ist nicht länger die geeignete Einrichtung zur Teilhabe am Arbeitsleben, daher Beschreibung, ob weiterführende berufliche Bildungsmaßnahmen oder Aufnahme in Förderstätte oder andere Maßnahme |  |  |
|--|--|---|--|--|--|

**Mehrbedarf**

Es besteht ein individueller Mehrbedarf, so dass eine Vergütung nach HBG 2 erforderlich ist; zur Begründung bitte Mehrbedarfsantrag beifügen, soweit dieser nicht schon vorliegt

**Regelung Anfahrt**

Fahrdienst       öffentlicher Personennahverkehr       Sonstiges

Bei Nutzung des Fahrdienstes bitte Begründung:

Angabe der Fördermaßnahmen (umgesetzt und geplant) bitte im oberen Teil des Bogens

Bitte kreuzen Sie an, auf welchem/n der fünf Bereiche der **Schwerpunkt der Förderung** innerhalb des Bewilligungszeitraumes liegt:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| 1) <input type="checkbox"/> Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung      | 2) <input type="checkbox"/> Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen       | 3) <input type="checkbox"/> Selbstversorgung / Wohnen |
| 4) <input type="checkbox"/> Arbeit / arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung | 5) <input type="checkbox"/> Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben |   |

Sichtweise des Leistungsberechtigten bezüglich der durchgeführten bzw. geplanten Maßnahmen

Darstellung der Sichtweise des Werkstättenbesuchers zu:

- den durchgeführten bzw. geplanten Maßnahmen
- den in der Förderplanung vorgesehenen Zielen und Maßnahmen bzw. der Einstufung des Hilfebedarfs
- den Arbeitswunsch des Werkstättenbesuchers auch im Sinne einer langfristigen Zielperspektive
- sowie weiteren persönlichen Zielsetzungen in Bezug auf: Verdienst / Entgelt, Kompetenzentwicklung (in Bezug auf: berufliche Qualifikation, soziale Kompetenz, Grundfähigkeiten oder Sonstiges)
- weitere persönliche Zielbeschreibungen

## **Orientierungshilfen zur inhaltlichen Darstellung der Bedarfssituation in den fünf Teilhabebereichen**

Die leistungsberechtigte Person ist im Rahmen ihrer Ressourcen **aktiv** (in Bezug auf den Inhalt, ihre Sichtweise/Wünsche und die Unterschrift) in das Gesamtplan-verfahren einzubeziehen.

Zur Darstellung der individuellen Bedarfssituation werden im Rahmen des Gesamtplanverfahrens im Sozialbericht mit Maßnahmeempfehlung und in den HEB-Bögen die nachfolgenden 5 Teilhabebereiche differenziert:

- Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen
- Selbstversorgung und Wohnen
- Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung
- Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben
- Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung

Dabei wird davon ausgegangen, dass diese fünf Teilhabebereiche in der Regel für die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung von zentraler Bedeutung sind. Anhand der Beschreibung der individuellen Ressourcen und der aktuellen Problemlage, sollen die wesentlichen, im Vordergrund stehenden Ziele und Maßnahmen in den jeweiligen Lebensbereichen nachvollziehbar und aussagekräftig dargestellt werden.

Die Leistungserbringer haben die Möglichkeit, ihre bestehenden Hilfeplanungs- und Dokumentationssysteme beizubehalten und entsprechend in die fünf Lebensbereiche zu übertragen.

Wie auch im Leitfaden ausgeführt, ist von den Werkstätten für Menschen mit Behinderung für den Teilhabebereich „Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung“ das **Einlegeblatt WfbM** zu verwenden. Darüber hinaus können die Mitarbeiter der Werkstätten aber auch bei Bedarf weitere Teilhabebereiche im HEB-Bogen ausfüllen.

Die folgenden, nicht abschließenden Erläuterungen dienen als Orientierungshilfe, um individuelle Bedarfe zu den jeweiligen Teilhabebereichen zuordnen und beschreiben zu können.

### **1. „Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen“**

Dieser Bereich umfasst den Unterstützungsbedarf, der es den Menschen mit Behinderung ermöglicht, in Kontakt mit anderen zu treten, mit ihnen Beziehungen aufzubauen und aufrecht zu halten sofern dies gewünscht wird, z.B.

- im engeren Wohn- und Lebensbereich (z.B. Unterstützung und Vermittlung bei Konflikten in der Partnerschaft, Nachbarschaft, Einübung und Vermittlung von Verhaltensweisen in der Wohngruppe, Unterstützung bei Kontaktaufnahme und Kontaktpflege)
- in familiären Beziehungen (z.B. Kontaktaufnahme/ Gestaltung / Abgrenzung zu Angehörigen)
- im Arbeitsleben (z.B. zu Arbeitskollegen, Vorgesetzten)

## Anlage 7

- in sonstigen Beziehungen (z.B. zu Freunden, Bekannten, in Partnerschaft)
- beim Erwerb sozialer Kompetenzen
- bei der Förderung der Kontaktfähigkeit
- bei der Einübung gewaltfreier Konfliktlösungsstrategien
- beim Aufbau eines suchtmittelfreien Bekannten- und Freundeskreises

### **2. „Selbstversorgung und Wohnen“**

Hierunter fällt der behinderungsbedingte Unterstützungsbedarf, z.B.

- bei der hauswirtschaftlichen Versorgung (z.B. Wäsche waschen, Reinigen und Aufräumen des Wohnbereichs)
- bei Ernährungsfragen und der Nahrungsaufnahme
- bei der Organisation und Durchführung von Einkäufen, beim Zubereiten von Mahlzeiten
- im Bereich der persönlichen Hygiene (z.B. Motivation zur und Aufrechterhaltung einer angemessenen Körperpflege, Beratung bei der Auswahl der Kleidung)
- bei der Aufrechterhaltung des Tag-Nacht-Rhythmus (z.B. Hilfestellung beim Aufstehen und zu Bett gehen)
- im Umgang mit Geld
- bei Post- und Behördenangelegenheiten
- Klärung von Ansprüchen (z.B. Wohngeld etc.)
- beim Erhalt des Wohnraums bzw. bei der Wohnraumsuche
- bei der Aufrechterhaltung / Wiedererlangung von Lebensqualität

### **3. „Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung“**

Dieser Bereich umfasst den Unterstützungsbedarf von Menschen mit Behinderung bei der Hinführung *zu*, Aufrechterhaltung *von*, sowie Förderung und Begleitung *in* Arbeit und Beschäftigung.

Dies bezieht sich insbesondere auf die Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit der Arbeitssituation, z.B. Tätigkeit in einer Selbsthilfefirma, in einem Zuverdienstprojekt, in einer Werkstatt oder Förderstätte.

Hierunter fällt der behinderungsbedingte Unterstützungsbedarf, z.B.

- bei der Suche und Vorbereitung der Aufnahme einer Beschäftigung, einer Arbeit, einschließlich Belastungserprobung und Arbeitstraining
- zum Erhalt des Arbeitsplatzes (z.B. Kontakte zum Arbeitgeber, Assistenzleistungen, stufenweise Wiedereingliederung nach langer Krankheitsphase)
- Hinführung und Einleitung weiterführender beruflicher Reha-Leistungen
- beim Besuch einer Ausbildung oder bei Weiterbildungsangeboten
- bei der Motivation zum regelmäßigen Aufsuchen einer Beschäftigung
- bei der Vermittlung und Durchführung von arbeitstherapeutischen und beschäftigungstherapeutischen Angeboten
- bei der Begleitung und Förderung am Arbeitsplatz
- bei der Klärung der technischen und persönlichen Rahmenbedingungen zur Erfüllung der Anforderungen eines Arbeitsplatzes

Für die differenzierte Darstellung des Unterstützungsbedarfs innerhalb einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung dient für diesen Teilhabebereich das „Einlegeblatt WfbM“.

#### **4. „Tagesgestaltung, Freizeit und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben“**

Dieser Bereich umfasst Unterstützungsbedarfe von Menschen mit Behinderung zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, bei der Freizeitgestaltung, bei politischen und kulturellen Aktivitäten sowie bei der Tagesstruktur außerhalb des Arbeitslebens, z.B.

- beim Erschließen außerhäuslicher Lebensbereiche (z.B. Besuch einer Tagesstätte, Teestube, Integration in Verein- und Gemeindeleben)
- Eigenbeschäftigung (z.B. individuelle Interessen fördern, Anregungen geben)
- Teilhabe am religiösen Leben
- Teilnahme an Freizeitangeboten und kulturellen Veranstaltungen (z.B. Kino, Urlaub und Sport)
- Erwachsenenbildung
- bei der politischen Teilhabe (z.B. Teilnahme an Wahlen, Beteiligung bei Betroffenenorganisationen, Engagement im Heimbeirat)
- Teilnahme an Selbsthilfegruppen
- Gestaltung der Tagesstruktur außerhalb des Arbeitslebens

#### **5. „Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung(en)“**

Hier handelt es sich um die Darstellung der wesentlichen Auswirkungen auf die Alltagsbewältigung sowie dem daraus resultierenden Unterstützungsbedarf, z.B. im Hinblick auf:

- die Auseinandersetzung mit der Behinderung (z.B. Information und Aufklärung über psychische und/oder Sucht-/Erkrankungen, deren Ursachen, Auswirkungen und Behandlungsmöglichkeiten, Herstellung einer Krankheitseinsicht)
- Förderung von Problemlösungs- und Konfliktbewältigungsstrategien
- die Herstellung des Realitätsbezugs (wie bei der Einschätzung des eigenen Leistungsvermögens, Umgang mit Wahnvorstellungen, Abstinenzfähigkeit)
- die Förderung des Auffassungsvermögens, der Konzentration
- die Förderung des sprachlichen Ausdrucks
- Gedächtnisleistungen (z.B. Orientierung bezüglich Person, Ort, Zeit und Situation, Merkfähigkeit)
- das Selbstwertgefühl
- die Selbstsicherheit und Selbstvertrauen
- die Körperwahrnehmung
- den Umgang mit Aggressivität (selbstgefährdendes und selbstverletzendes Verhalten sowie fremd gefährdendes Verhalten)
- stereotype Verhaltensweisen (z.B. Schaukeln, Blindismen)
- autistische Verhaltensweisen
- körperliche Beeinträchtigungen (z.B. Mobilität, Motorik, Sinnesbeeinträchtigungen)
- den Antrieb (u.a. bei Depressivität, Hyperaktivität, Manie)
- die Bewältigung von Angst- und Zwangszuständen
- spezielle pflegerische Erfordernisse (soweit bekannt Pflegestufe angeben)
- die Reflexion und Sorge um den eigenen Gesundheitszustand bzw. die Befähigung auf die eigene Gesundheit zu achten und die erforderlichen Maßnahmen eigenständig zu ergreifen (z.B. Inanspruchnahme von Kontrolluntersuchungen, Einnahme von Medikamenten)
- den Umgang mit Krisen (z.B. Notfallkoffer, Krisenintervention)
- Rückfallprophylaxe

### **Zur Zielbeschreibung im Sozialbericht und in den HEB-Bögen:**

Die Ziele leiten sich aus der aktuellen Situation des Menschen mit Behinderung ab. Dies erfolgt unter Berücksichtigung der Interessen, Sichtweise, Fähigkeiten und Ressourcen des Leistungsberechtigten sowie unter Beachtung der vorliegenden Beeinträchtigungen. Ziele beantworten die Frage, **was** konkret im jeweiligen Themenbereich (Lebensfeld/ Teilhabebereich) erreicht werden soll. Die Ziele werden alltagssprachlich und anschaulich formuliert. Sie sind für den jeweiligen Planungszeitraum zu erstellen.

Im Sozialbericht sind *Leitziele* zu formulieren, die sich auf die z.B. angestrebte Wohn- und Lebensform, angestrebte Beschäftigung sowie Freizeitgestaltung beziehen. *Leitziele* stellen die oberste Zielebene dar. Leitziele schaffen Orientierung, vermitteln Perspektiven, haben für einen längeren Zeitraum Gültigkeit.

Im Unterschied zum Sozialbericht sind in den HEB-Bögen *Rahmenziele* aufzustellen, die sich qualitativ an der sogenannten „SMART“-Regel orientieren:

1. **spezifisch** sind im Hinblick auf die individuelle Lebenssituation des Menschen mit Behinderung,
2. **messbar** sind, so dass die Zielerreichung von den Beteiligten überprüft werden kann,
3. **akzeptiert** sind von den unmittelbar Beteiligten,
4. **realistisch** d.h. erreichbar sind und
5. **terminierbar** sind.

*Rahmenziele* oder manchmal auch Meilensteine genannt konkretisieren die Leitziele in der aktuellen Situation. Sie fordern positiv heraus, zeigen in Richtung auf das Leitziel und übernehmen die Scharnierfunktion zu den Handlungs- und Schwerpunktzielen in der einrichtungsinternen Hilfeplanung. Rahmenziele sollten verstehbar und positiv formuliert sein.

### Hinweis zur inhaltlichen Abgrenzung von Maßnahmen und Zielen:

Maßnahmen sind die konkreten Tätigkeiten zur Erreichung der vereinbarten Ziele (**wie** wird das Ziel erreicht)