

An den Leistungsträger

## Sozialbericht mit Maßnahmeempfehlung

für den Personenkreis der wesentlich  
seelisch behinderten Menschen

zur Erstellung eines Gesamtplans

gemäß § 58 SGB XII

(zur Vorlage beim Leistungsträger - möglichst ma-  
schinell bearbeiten)

**Anschrift des Erstellers ( z.B. SPDI, Sozial-  
dienst, Beratungsstelle etc.)**

Tel.:

Fax:

E-Mail:

Name des  
Erstellers

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

Name:

Vorname:

Anschrift:

Geburts-  
datum:

### 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 Hilfgewährung.

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

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

Im Sinne einer Vernetzung und einer gemeindenahe 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 nahestehenden Person Vollmacht erteilt?**

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, und zwar          |
|                               | <input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung |
|                               | <input type="checkbox"/> Bevollmächtigung      |
|                               | <input type="checkbox"/> 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 VORAUSGEGANGENEN 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
**C. 5 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
**C. 6 Ergänzende Angaben zu den vorausgegangenen Maßnahmen:**

<b>Sozialbericht für:</b>	<b>, geb.</b>	<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>Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen</b>			<input type="checkbox"/> keine Hilfestellung <input type="checkbox"/> Information und Beratung <input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld <input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung <input type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung <input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot	
<b>Selbstversorgung und Wohnen</b>			<input type="checkbox"/> keine Hilfestellung <input type="checkbox"/> Information und Beratung <input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld <input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung <input type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung <input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot	

**Sozialbericht für:** . geb. **Erstellt am:**

**D. AKTUELLER HILFEBEDARF – RESSOURCEN – ZIELE**

	Beschreibung der aktuellen Situation/Problemlage	Beschreibung vorhandener Fähigkeiten, aktivierbarer Ressourcen	Einschätzung des Hilfebedarfes	Leitziele
<b>Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung</b>			<input type="checkbox"/> keine Hilfestellung <input type="checkbox"/> Information und Beratung <input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld <input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung <input type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung <input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot	
<b>Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben</b>			<input type="checkbox"/> keine Hilfestellung <input type="checkbox"/> Information und Beratung <input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld <input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung <input type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung <input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot	
<b>Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung (z.B. Krankheitseinsicht, Compliance, Krisensituation, Arztbesuche)</b>			<input type="checkbox"/> keine Hilfestellung <input type="checkbox"/> Information und Beratung <input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld <input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung <input type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung <input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot	

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

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

### E. 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:**

\* **Übersichtl:** 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. Arbeitst., PSD (berufsbegleitender Fachdienst), Arbeitsassistent, Selbsthilfefirma, WfbM, Tagesstätte, Altentagespflege, sonst. Kontakt- und Beratungsstelle, Suchtberatungsstelle, allgem. soziale Dienste, Sonstige

Sozialbericht für:	geb. am:	Erstellt am:
--------------------	----------	--------------

<b>F. MASSNAHMEVORSCHLAG – STATIONÄR</b>
--

**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)**

Vorstellung erfolgt(e) am:

**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. Arbeitsth., 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. Arbeitst., PSD (berufsbegleitender Fachdienst), Arbeitsassistenz, Selbsthilfefirma, WfbM, Tagesstätte, Altentagespflege, sonst. Kontakt- und Beratungsstelle, Suchtberatungsstelle, allgem. soziale Dienste, Sonstige

Stand: 24. November 2009 - AG Gesamtplan Verband der Bayer. Bezirke

<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