

# **Fallmanagement und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe**

## **Treffen Kreisangehörigenbeirat am 13. November 2010**

**Kristin Schwarz  
Michael Köber  
Landratsamt Esslingen  
Amt für besondere Hilfen  
Behindertenhilfe und Psychiatrieplanung**



# Übersicht

- **Behinderungsbegriffe**
- **Leistungsberechtigter Personenkreis**
- **Teilhabebeeinträchtigung**
- **Fallmanagement im Landkreis**
- **Hilfeplanung mit IBRP**

# Unterschiedliche Behinderungsbegriffe

- ....nach § 2 Abs. 1 SGB IX:  
Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit **länger als 6 Monate** von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre **Teilhabe** am Leben in der Gesellschaft **beeinträchtigt** ist.
- ...nach § 53 SGB XII  
wenn die Person durch eine Behinderung (s.o.) **wesentlich** in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben **eingeschränkt** ist.....wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art und Schwere der Behinderung, **Aussicht besteht**, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann.

# Leistungsberechtigter Personenkreis nach SGB XII

- Beschreibung von **wesentlicher Behinderung** in der Eingliederungshilfeverordnung
  - Körperlich nicht begründbare Psychosen,
  - Seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen,
  - Suchtkrankheiten,
  - Neurosen und Persönlichkeitsstörungen.
- Beschreibung von **Teilhabebeeinträchtigung** ?

# Teilhabebeeinträchtigung

- **Wo findet Teilhabe statt ?**  
Wohnen – Tagesstruktur - Freizeit
- **Wie lässt sich das beschreiben ?**
- **In welchem Umfang und in welcher Form ist sie erforderlich ?**
  
- **→ *Aktivitäts-* und *Hilfebedarfsprofil* im Wohnen**  
32 Einzelfragen aus den Bereichen:
  - Basisversorgung
  - alltägliche Lebensführung
  - Gestaltung sozialer Beziehungen
  - Freizeitgestaltung
  - Kommunikation
  - Psychische Hilfen
  - Medizinische Hilfen

# Eckpunkte der Hilfeplanung (1)

## 1. Ausgangspunkt ist der behinderte Mensch

- **Seine selbstbestimmte Teilhabe**
- **Sein Wunsch- und Wahlrecht**
- **Sein Anspruch, die Folgen der Behinderung, zu beseitigen oder zu mildern**
- **Seine persönliche Fähigkeiten und Ressourcen**
- **Die Formulierung einer personenorientierten Hilfe, unabhängig davon, wer und in welcher Form diese erbracht wird**
- **Seine Beteiligung und Mitwirkung**
- **Ganzheitliche und umfassende Betrachtungsweise**

# Eckpunkte der Hilfeplanung (2)

## 2. Fachlich-inhaltliche Aspekte

- **Wohnortnahe Unterbringung**
- **Ambulant vor stationär**
- **Förderung der Selbstständigkeit**
- **Persönliche Fähigkeiten und Ressourcen ↔ Versorgung**

## 3. Leistungsrechtliche Aspekte

- **Steuerung in der Eingliederungshilfe**
- **Notwendige Leistungen**
- **Nachrang der Sozialhilfe über Gesamtplan klären**
- **Zielgenaue Hilfen**
- **Verbindliches und kooperatives Verfahren**
- **So frühzeitig als möglich**
- **Dokumentation von Ermessensentscheidungen**

# Gesamtplan und Hilfeplan

## Gesamtplan

- Bringt die erforderlichen Maßnahmen in eine (zeitliche) Reihenfolge
- Sorgt für Abstimmung zu den Beteiligten (Leistungsträger und Leistungserbringer)
- Koordinierende Funktion

## Hilfeplan

- Ermittlung des Bedarfs
  - persönliche Verhältnisse
  - Leistungsfähigkeit des Betroffenen
  - örtliche Verhältnisse
- Ermittlung der zur Bedarfsdeckung notwendigen Maßnahmen
- Unabhängig von Zuständigkeiten der Leistungsträger



# Fallmanagement im Landkreis

---

- Fallmanager informieren und beraten
- SPDI oder Klinik erstellt IBRP
- Hilfeplangespräch mit allen Beteiligten
- Erheben der aktuellen Situation
- Definieren von Zielen (kurz-, mittel-, langfristig)
- Ableiten von Maßnahmen
- Umsetzung (Art und Form der Hilfe, geeigneter Anbieter)

# Zuständigkeiten Fallmanagement

ÜBERSICHT ÜBER DIE FÜNF VERSORGDUNGSREGIONEN



Landkreis Esslingen

Dubowik



P.Z.	Gemeinde
72601	Althaus
72773	Altenstadt
72776	Allbach
72635	Allhof
72637	Altendorf
72666	Baldmannsweiler
72668	Bemtingen
72660	Essingen
72266	Essingen o. d. F.
72779	Quilseu
72710	Oberndorf
72265	Pfettingen u. T.
72266	Schneibach u. T.
72726	Esslingen o. N.
70724	Waldenrot
72636	Wiesenhofen
72663	Giedelhofen
72269	Kochdorf
72271	Kleinmühl
72220	Kirchheim u. T.
72257	Königs
72664	Kohberg
70771	Lerni, Schleif.
72252	Lerning
72667	Lichtenwäld
72666	Neckarhagen
72654	Neckarhagen
72275	Neidlingen
72658	Neslen
72165	Neufelsau u. d. F.
72274	Nürtingen
72622	Nürtingen
72644	Obersödingen
72275	Oberrain
72760	Ostfildern
72277	Owen
72787	Ploßhagen
72262	Sachsenbach u. d. F.
72667	Schiltfingen
72669	Schlöben
72235	Waldheim
72240	Wandringen u. T.
72248	Wendel, Neckar
72649	Wiesentropfen

\* Die Zuständigkeit bezieht sich auf die Fläche, in der die BMA zuständig ist



# Individuelle Hilfeplanung und Hilfebedarfsfeststellung



# Kritik an der psychiatrischen Versorgung

- **Institutionsorientierung**
- **Angebotsorientierung**
- **Rehabilitationskette - Fragmentierung**
- **Defizitbezogen**
- **Trennung nach Leistungsträgern**

# Das neue Paradigma: personenzentrierte Hilfen

- mit Patient verhandeln
- zielorientiert
- lebensfeldbezogen
- integriert
- personenbezogen
- am Prozess orientiert
- bedarfsbezogen

# Beteiligte

Psycho-sozialer Kontext

Hilfeplanung

Leistungsberechtigter

Leistungserbringer

Leistungsträger

# Verfahren zur Feststellung

## Instrumente

### Mini-ICF-P

Die Dimensionen, die beschrieben und quantifizierend erfasst werden, sind:

1. Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen,
2. Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben,
3. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit,
4. Fachliche Kompetenz,
5. Entscheidungsfähigkeit
6. Durchhaltefähigkeit,
7. Selbstbehauptungsfähigkeit,
8. Kontaktfähigkeit zu Dritten,
9. Gruppenfähigkeit,
10. Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen,
11. Fähigkeit zu außerberuflichen Aktivitäten,
12. Fähigkeit zur Selbstversorgung
13. Wegefähigkeit.

Auf einer fünfstufigen Skala von „0 = keine Beeinträchtigung“ bis „4 = vollständige Beeinträchtigung“ wird die Fähigkeit des Patienten eingeschätzt, den Normerwartungen in der Rollenperformanz bzgl. seiner Referenzgruppe zu entsprechen.



# Hilfeplanung mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)

## Formulare

- Mantelbogen
- Einlegebogen
- Bogen eingetretene Veränderungen



# Mantelbogen S.1

erster Behandlungs-/Rehabilitationsplan für den Zeitraum vom 01.02.2006 bis 31.01.2006

Fortschreibung des Planes vom \_\_\_\_\_ erstellt am XX.XX.200X

## 1. Sozialdaten

Klient/in \_\_\_\_\_ nächste/r Angehörige/r (bzw. nächste Bezugsperson) \_\_\_\_\_

Mustermann Name	Marta Vorname	Mustermann Name	Dora Vorname
Musterweg 1 Straße		Musterweg 101 Straße	Telefon
12345 Postleitzahl	Musterhausen Wohnort	12345 Postleitzahl	Musterhausen Wohnort
Telefon		Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt oder einer (nahestehenden) Person Vollmacht erteilt?	
11.11.1966 geboren am	Geburtsort	<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Kauffrau Beruf	D Staatsangehörigkeit		<input type="checkbox"/> Gesetzl. Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigung
AOK Musterhausen Krankenkasse		wenn ja:	
1234567 Versicherungsnummer	Musterhausen Geschäftsstelle	Name	Vorname
Deutsche RV Rentenversicherungsträger	987654321 SV-Nummer	Straße	Telefon
-	-	Postleitzahl	Wohnort
Arbeitsagentur	Stammnummer	Wirkungs-/Aufgabenkreis des Betreuers oder der bevollmächtigten Person:	
		<input type="checkbox"/> Aufenthalt	
		<input type="checkbox"/> Gesundheitsangelegenheiten	
		<input type="checkbox"/> Vermögensangelegenheiten	
		<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

## Aktuelle Situation / Problemlage

## Ziele

## Vorgehen

## 2. bisherige und aktuelle Behandlungs-/Betreuungssituation

In den letzten 6 Monaten in Anspruch genommene Dienste/ Einrichtungen  
Ambulant betreutes Wohnen, psychiatrischer Pflegedienst, Klinik für Psychiatrie, Facharzt für Psychiatrie, Sozialpsychiatrischer Dienst

Gab es bisher einrichtungs- bzw. dienstübergreifende Abstimmungen bzgl. Situationseinschätzung, Ziele, Vorgehen?  
 ja  nein

wenn ja, folgende Dienste / Einrichtungen waren beteiligt:  
Ambulant betreutes Wohnen, Psychiatrische Klinik, niedergelassener Psychiater, psychiatrischer Pflegedienst, AOK Musterhausen

folgende Berufsgruppen waren beteiligt  
 Arzt/Ärztin  Psychologe/in  
 Ergotherapeut/in  Sozialarbeiter/in  
 Krankenschwester/Pfleger  sonstige (bitte angeben):

Die Abstimmung erfolgte (ggf. mehrfach ankreuzen):  
 schriftlich  mündlich  
 in Fall-/Personenkonferenzen

Die Häufigkeit der einrichtungs-/dienstübergreifenden Abstimmung betrug durchschnittlich:

4-6 Wochen

War eine koordinierende Stelle/Person für die Behandlungs-/Betreuungsleistung benannt?

ja  nein

wenn ja, folgende Stelle/Person:  
Sozialpädagoge im betreuten Wohnen

## Erbringung durch...



### 3 a Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen, Beeinträchtigungen und Art der erforderlichen Hilfen

Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen	aktivierbare nichtpsychiatrische Hilfen	Art der erforderlichen psychiatrischen Hilfen
+ Stärke 0 keine Beeinträchtigung 1 leichte Beeinträchtigung 2 ausgeprägte Beeinträchtigung 3 stark ausgeprägte Beeinträchtigung	0 keine Ressourcen 1 geringe 2 wesentliche entlastende Hilfen	0 keine Hilfe a Information und Beratung b Erschließung von Hilfen im Umfeld c individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung d begleitende, ubende Unterstützung e regelmäßiges intensives individuelles Angebot
<b>I. Beeinträchtigungen / Gefährdungen durch die psychische Erkrankung und Fähigkeiten zu deren Bewältigung</b>	<b>bezogen auf Beeinträchtigungen / Gefährdungen durch die psychische Erkrankung und Fähigkeiten zur Bewältigung</b>	<b>I. Fähigkeiten und Fähigkeitsstörungen zur Bewältigung psychischer Störungen</b>
+ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 a) Antrieb, Depressivität, Selbstwertgefühl + <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 b) Körpererleben + <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 c) Angstsyndrome + <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 d) Realitätsbezug (Halluzinationen, Wahn) + <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 e) Abhängigkeit (Suchtverhalten) + <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 f) emotionale Instabilität + <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 g) Gedächtnis / Orientierung + <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 h) Auffassung/Intelligenz + <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 i) Sinnorientierung des Lebens + <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 k) bei körperlicher Erkrankung/Behinderung + <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 l) selbstgefährdendes Verhalten + <input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 m) storendes / fremdgefährdendes Verhalten	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3	0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input checked="" type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input checked="" type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f
<b>II. Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen bei der Aufnahme und Gestaltung persönlicher / sozialer Beziehungen</b>	<b>bezogen auf Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen bei der Aufnahme und Gestaltung pers. / soz. Beziehungen</b>	<b>II. Fähigkeiten und Fähigkeitsstörungen zur Aufnahme und Gestaltung von persönlichen und sozialen Beziehungen</b>
+ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 a) im engeren Wohn- / Lebensbereich + <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 b) in Partnerschaft / Ehe + <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 c) in sonstigen familiären Beziehungen + <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 d) im Außenbereich + <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 e) im Bereich Ausbildung / Arbeit	0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3	0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input checked="" type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input checked="" type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input checked="" type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f
<b>III. Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen in den Lebensfeldern</b> o Selbstsorge / Wohnen o Arbeit / arbeitsähnliche Tätigkeiten / Ausbildung o Tagesgestaltung / Freizeit / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben	<b>bezogen auf Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen in den Lebensfeldern</b> o Selbstsorge / Wohnen o Arbeit / arbeitsähnliche Tätigkeiten / Ausbildung o Tagesgestaltung / Freizeit / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben	<b>III. Fähigkeiten und Fähigkeitsstörungen in den Lebensfeldern</b> o Selbstsorge / Wohnen o Arbeit / arbeitsähnliche Tätigkeiten / Ausbildung o Tagesgestaltung / Freizeit / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
+ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 a) Ernährung + <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 b) Körperpflege / Kleidung + <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 c) Umgang mit Geld + <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 d) Wohnraumreinigung und -gestaltung + <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 e) Mobilität + <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 f) körperliche Aktivitäten + <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 g) sprachliche Ausdrucksfähigkeit + <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 h) Tag-Nacht-Rhythmus + <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 i) Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen + <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 j) Inanspruchnahme medizinischer / sozialer Hilfen + <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 k) Aufnahme einer Beschäftigung / Arbeit / Ausbildung + <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 l) Erfüllung d. Arbeits- / Ausbildungsanforderungen + <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 m) Gestaltung frei verfügbarer Zeit + <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 n) Teilnahme am gesellschaftlichen Leben	0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3	0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input checked="" type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input checked="" type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f 0 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f

Bei der Einschätzung der Art der erforderlichen Hilfen bitte beachten: Nicht jede Beeinträchtigung / Fähigkeitsstörung erfordert eine Hilfe - manche Fähigkeit braucht Förderung.



# Veränderungsbogen

Eingetretene Veränderungen seit IBRP vom .....

	Wohnsituation						Arbeitssituation				
zu Beginn des vergangenen Planungszeitraumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
angegebenes Ziel im letzten IBRP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veränderungen im vergangenen Planungszeitraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Im letzten IBRP angegebene Ziele</b> Vollständig e Liste der vorrangigen therapeutische Ziele	<b>1. Einschätzung der Zielerreichung</b> bezogen auf die im letzten IBRP genannten Ziele <ul style="list-style-type: none"> <li>* erreichte Veränderungen der Lebenssituation, insbesondere Arbeit und Wohnen</li> <li>* Kompetenzen, Bewältigungsverhalten</li> <li>* Symptomatik, Befindlichkeit</li> </ul> Bitte auch die Zielerreichung begünstigende bzw. hemmende Faktoren benennen!



# Integrierte Hilfen als Prozess\* (\*nach Grohmann 2004)

Gewünschte Lebensform und Arbeit

**Bewertung, ggf.  
Veränderung des Prozesses  
oder Abschluss**

Festlegung der  
Prozessverantwortung  
wer koordiniert?

**Wer erbringt,  
wer bündelt Hilfen?**

**Festlegung der  
Durchführungsverantwortung**

Zuordnung von notwendigen Hilfen  
(nichtpsychiatrisch / psychiatrisch)

**Aktuelle Problemlage**

Ziele (des Klienten  
und fachlich)

**Fähigkeiten  
einschätzen**

Beeinträchtigungen  
einschätzen

**Konkrete und realistische Ziele  
für bestimmten Zeitraum**



also,...mit leichtem Gepäck läuft's sich leichter...



**Herzlichen Dank  
für Ihre  
Aufmerksamkeit.**

