

A1**Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan – IBRP**

- erster Behandlungs-/Rehabilitationsplan für den Zeitraum vom _____ bis _____
- Fortschreibung des Planes vom _____ erstellt am _____

1. Sozialdaten

Klient/in		nächste/r Angehörige/r (bzw. nächste Bezugsperson)	
Name	Vorname	Name	Vorname
Straße		Straße	Telefon
Postleitzahl	Wohnort	Postleitzahl	Wohnort
Telefon		Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt oder einer (nahestehenden) Person Vollmacht erteilt?	
geboren am	Geburtsort	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Beruf	Staatsangehörigkeit	wenn ja:	<input type="checkbox"/> Gesetzl. Betreuer
Krankenkasse		Name	Vorname
Versicherungsnummer	Geschäftsstelle	Straße	Telefon
Rentenversicherungsträger	SV-Nummer	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:

2. bisherige und aktuelle Behandlungs-/Betreuungssituation

In den letzten 6 Monaten in Anspruch genommene Dienste/ Einrichtungen

Die Abstimmung erfolgte (ggf. mehrfach ankreuzen):

- schriftlich mündlich
 in Fall-/Personenkonferenzen

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

Die Häufigkeit der einrichtungs-/dienstübergreifenden Abstimmung betrug durchschnittlich:

- ja nein

wenn ja, folgende Dienste / Einrichtungen waren beteiligt:

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

folgende Berufsgruppen waren beteiligt

- ja nein

- Arzt/Ärztin Psychologe/in
 Ergotherapeut/in Sozialarbeiter/in
 Krankenschwester/Pfleger sonstige (bitte angeben):

wenn ja, folgende Stelle/Person:

3. Übersichtsbogen

	<i>Wohnsituation</i>						<i>Arbeitssituation</i>				
	allein	zu zweit	mit Familie	Kleingruppe	Großgruppe	wohnungslos	Vollzeit-Beschäftigung	Teilzeit-Beschäftigung	Ausbildung/ Weiterbildung	Orientierung/ Erprobung	Hausfrau / Hausmann
zu Beginn des Planungszeitraumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Veränderungen im / für Planungszeitraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
langfristige Veränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

<p>aktuelle Situation / Problemlage im Hinblick auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ vorrangige Störungen ◦ Krankheitsbewältigung ◦ lebensfeldbezogene Fähigkeiten/Fähigkeitsstörungen ◦ situative Faktoren ◦ belastende Lebenssituation 	<p>Ziele vorrangige therapeutische Ziele bezogen auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ angestrebte Veränderungen der Lebenssituation, insbesondere Arbeit und Wohnen ◦ Kompetenzen, Bewältigungsverhalten ◦ Symptomatik, Befindlichkeit

4. Übersichtsbogen

Vorgehen	Erbringung durch
Beschreibung der aktivierbaren nicht-psychiatrischen Hilfen und der therapeutischen / rehabilitativen Maßnahmen in Stichworten (evtl. mit Angaben zu Häufigkeit und Zeitbedarf)	Benennung der an der Erbringung von Hilfen beteiligten Einrichtungen, Dienste und Bezugspersonen unter Beachtung klarer Aufgabenabgrenzung

5. abweichende Sichtweise der Klientin / des Klienten

In Stichworten beschreiben, wenn in Bezug auf aktuelle Situation/Problemlage, Ziele, Hilfebedarf und Hilfen abweichende Sichtweisen bestehen; Kompromissbildung skizzieren:

6. Beteiligung an der Erstellung des Integrierten Behandlungs-/Rehabilitationsplans

Folgende Dienste/Einrichtungen sind an der Erstellung dieses Behandlungs-/Rehabilitationsplans beteiligt:

Folgende Berufsgruppen waren beteiligt

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> Psychologe/in |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in | <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter/in |
| <input type="checkbox"/> Krankenschwester/Pfleger | <input type="checkbox"/> Sonstige |

Anmerkungen/Erläuterungen

Federführend bei der Erstellung des Behandlungs-/Rehabilitationsplans ist:

Name Vorname

Die Erstellung des Behandlungs-/Rehabilitationsplanes und die Festlegung von vorrangigen Zielen und notwendigen Maßnahmen erfolgte:

a) in Abstimmung mit dem Klienten/der Klientin

- ja nein

b) unter Einbeziehung der Angehörigen

- ja nein entfällt

c) in Abstimmung mit dem gesetzlichen Betreuer

- ja nein entfällt

7. weitere zur Behandlungs-/Rehabilitationsplanung genutzte Bögen/Instrumente

Bögen/Instrumente bitte angeben:

8. Vereinbarung zur Durchführung des Behandlungs-/Rehabilitationsplans

koordinierende Bezugsperson:

Name Telefon

Anschrift

Vertretung:

Name Telefon

Anschrift

fachliche Abstimmung zur Durchführung des Planes

verbindlich vereinbart: ja nein

vorgesehen durchschnittlich:

bei Krisen: ja nein

unter Beteiligung folgender Dienste und Einrichtungen

9. Unterschriften

Datum	Klient/in	ggf. Bevollmächtigte/r, gesetzliche/r Betreuer/in	federführende Person der Hilfeplanung
-------	-----------	---	---------------------------------------

10. Datenschutzregelung/Schweigepflicht

Über den Zweck und die Notwendigkeit der Erhebung und Speicherung meiner persönlichen Angaben im Rahmen der integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung sowie deren Umsetzung wurde ich ausführlich unterrichtet. Mit diesem Verfahren bin ich einverstanden und entbinde widerruflich die beteiligten Mitarbeiter/innen von ihrer Schweigepflicht, soweit dies für die Umsetzung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass die Informationen des IBRP an diejenigen Einrichtungen, Dienste und Bezugspersonen weitergegeben werden, die an der Erbringung der Hilfen beteiligt sind und die zu diesem Zweck im IBRP unter Ziffer 4 (Übersichtsbogen) abschließend bezeichnet sind.

Datum	Klient/in	ggf. Bevollmächtigte/r, gesetzliche/r Betreuer/in
-------	-----------	---

Klient/in

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

Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen + Stärke 0 keine Beeinträchtigung 1 leichte Beeinträchtigung 2 ausgeprägte Beeinträchtigung 3 stark ausgeprägte Beeinträchtigung	aktivierbare nichtpsychiatrische Hilfen 0 keine Ressourcen 1 geringe 2 wesentliche entlastende Hilfen	Art der erforderlichen psychiatrischen Hilfen 0 keine Hilfe a Information und Beratung b Erschließung von Hilfen im Umfeld c individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung d begleitende, übende Unterstützung e regelmäßiges intensives individuelles Angebot Stichworte zu den angegebenen Fähigkeiten und Fähigkeitsstörungen
I. Beeinträchtigungen / Gefährdungen durch die psychische Erkrankung und Fähigkeiten zu deren Bewältigung a) Antrieb, Depressivität, Selbstwertgefühl b) Körpererleben c) Angstsyndrome d) Realitätsbezug (Halluzinationen, Wahn) e) Abhängigkeit (Suchtverhalten) f) emotionale Instabilität g) Gedächtnis / Orientierung h) Auffassung/Intelligenz i) Sinnorientierung des Lebens k) bei körperlicher Erkrankung/Behinderung l) selbstgefährdendes Verhalten m) störendes / fremdgefährdendes Verhalten	bezogen auf Beeinträchtigungen / Gefährdungen durch die psychische Erkrankung und Fähigkeiten zur Bewältigung	I. Fähigkeiten und Fähigkeitsstörungen zur Bewältigung psychischer Störungen
II. Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen bei der Aufnahme und Gestaltung persönlicher / sozialer Beziehungen a) im engeren Wohn- / Lebensbereich b) in Partnerschaft / Ehe c) in sonstigen familiären Beziehungen d) im Außenbereich e) im Bereich Ausbildung / Arbeit	bezogen auf Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen bei der Aufnahme und Gestaltung pers. / soz. Beziehungen	II. Fähigkeiten und Fähigkeitsstörungen zur Aufnahme und Gestaltung von persönlichen und sozialen Beziehungen
III. Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen in den Lebensfeldern o Selbstsorge / Wohnen o Arbeit / arbeitsähnliche Tätigkeiten / Ausbildung o Tagesgestaltung / Freizeit / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben	bezogen auf Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen in den Lebensfeldern o Selbstsorge / Wohnen o Arbeit / arbeitsähnliche Tätigkeiten / Ausbildung o Tagesgestaltung / Freizeit / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben	III. Fähigkeiten und Fähigkeitsstörungen in den Lebensfeldern o Selbstsorge / Wohnen o Arbeit / arbeitsähnliche Tätigkeiten / Ausbildung o Tagesgestaltung / Freizeit / Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

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

Letzte Diagnosen ICD-9 ICD-10
 (ICD-Nr.) (Text)

3 b Spezieller Hilfebedarf im Bereich Arbeit und Beschäftigung

aktuelle Situation / Problemlage	Ziele	Vorgehen	
<p>Arbeits- oder Beschäftigungssituation</p> <p><input type="checkbox"/> aktuelles Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnis (Art und Umfang):</p> <p><input type="checkbox"/> juristisches Verhältnis:</p> <p><input type="checkbox"/> ohne regelmäßige Beschäftigung seit:</p> <p><input type="checkbox"/> Ende der letzten Beschäftigung wegen:</p>	<p>allgemeine Ziele</p> <p><input type="checkbox"/> Erhalt des versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses <input type="checkbox"/> Veränderung notwendig</p> <p><input type="checkbox"/> Erhalt der aktuellen Situation</p> <p><input type="checkbox"/> Änderung der Beschäftigung ohne Wechsel des Arbeitgebers</p> <p><input type="checkbox"/> neue Arbeits- oder Beschäftigungssituation</p> <p><input type="checkbox"/> Klärung der Arbeitsperspektive</p> <p><input type="checkbox"/> Erläuterungen / Sonstiges:</p>	<p>I. eigene Aktivitäten des Hilfesuchenden</p> <p>II. Hilfeleistungen aus dem sozialen Umfeld</p>	
<p>Fähigkeiten / Ausbildung / Interessen</p>	<p>Umfang der Arbeit oder Beschäftigung</p> <p><input type="checkbox"/> angestrebter / möglicher Umfang: Std. / Woche</p> <p><input type="checkbox"/> regelmäßig an Tagen / Woche</p> <p><input type="checkbox"/> flexible Arbeitszeit unter Berücksichtigung der Beeinträchtigungen</p> <p><input type="checkbox"/> Schichtarbeit, Nachtarbeit, Wochenendarbeit möglich</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges:</p>	<p>III. besondere Hilfen zur Vermittlung und Arbeitsaufnahme</p>	
<p>Beeinträchtigungen (Vermittlungshindernisse, Einschränkungen)</p>	<p>Art der Arbeit / Beschäftigung / berufliche Förderung</p> <p><input type="checkbox"/> allgemeiner Arbeitsmarkt <input type="checkbox"/> mit Förderung</p> <p><input type="checkbox"/> besonderer Arbeitsmarkt (z.B. WfbM, Zuverdienst o.ä.)</p> <p><input type="checkbox"/> Praktikum</p> <p><input type="checkbox"/> Fördermaßnahme: <input type="checkbox"/> Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit <input type="checkbox"/> Förderung der Arbeitsaufnahme</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges:</p>	<p>IV. Förderung beruflicher Kompetenz / Qualifikation</p> <p>V. arbeitsbezogene psychosoziale Hilfen</p>	
	<p>vorrangige persönliche Ziele</p> <p><input type="checkbox"/> Verdienst / Entgelt in Höhe von:</p> <p><input type="checkbox"/> Kompetenzentwicklung in Bezug auf: <input type="checkbox"/> berufliche Qualifikation <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/> soziale Kompetenz <input type="checkbox"/> Grundfähigkeiten</p> <p><input type="checkbox"/> Teilhabe / Kontakt</p> <p>weitere Zielbeschreibung:</p>	<p>VI. Beschäftigung als Hilfe zur Tagesgestaltung</p>	
		<p>zeitlicher Umfang und Ort <small>2,2</small></p>	<p>Erbringung durch</p>