

A1 Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan – IBRP

erster Behandlungs-/Rehabilitationsplan für den Zeitraum vom 18.08.06 bis 17.02.07

Fortschreibung des Planes vom erstellt am 16.08.06

1. Sozialdaten

Klient/in		nächste/r Angehörige/r (bzw. nächste Bezugsperson)	
Krumbügel Name	Krischan Vorname	Name	Vorname
H.- Ibsen- Str. 10 Straße		Straße	Telefon
18106 Postleitzahl	Rostock Wohnort	Postleitzahl	Wohnort
nicht vorhanden Telefon		Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt oder einer (nahestehenden) Person Vollmacht erteilt?	
01.01.1967 geboren am	Geburtsort	<input type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> ja, und zwar:
Gleisbauer Beruf	deutsch Staatsangehörigkeit		<input checked="" type="checkbox"/> Gesetzl. Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigung
Krankenkasse		wenn ja: Zarnewanz 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 checked="" type="checkbox"/> Gesundheitsangelegenheiten	
		<input checked="" type="checkbox"/> Vermögensangelegenheiten	
		<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

2. bisherige und aktuelle Behandlungs-/Betreuungssituation

In den letzten 6 Monaten in Anspruch genommene Dienste/ Einrichtungen
36

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:
36 (SpsD), 06 (ABW)

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

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

aktuelle Situation / Problemlage im Hinblick auf:	Ziele
<ul style="list-style-type: none"> ◦ vorrangige Störungen ◦ Krankheitsbewältigung ◦ lebensfeldbezogene Fähigkeiten/Fähigkeitsstörungen ◦ situative Faktoren ◦ belastende Lebenssituation 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ angestrebte Veränderungen der Lebenssituation, insbesondere Arbeit und Wohnen ◦ Kompetenzen, Bewältigungsverhalten ◦ Symptomatik, Befindlichkeit
<p>I.</p> <p>1. - immer wieder kompulsive Trinkphasen mit gesundheitsgefährdendem Konsum</p> <p>2. - Herr K. hat keine regelmäßige ärztliche Versorgung bei bekannten schweren Sekundärschäden - er imponiert schon im nüchternen Zustand mit Breitgang (Polyneurop.)</p> <p>3. - Herr K. hat bereits bedeutende mnestiche und kognitive Defizite</p> <p>II.</p> <p>4. - Herr K. ist sozial desintegriert, hat nur milieubedingte Kontakte und ist in der Kontaktabahnung ängstlich</p> <p>III.</p> <p>5. - bekannt ist mietwidriges Verhalten (in Nachbarschaft leben ausschl. Rentner) - aufgrund der Sekundärschäden erreicht Herr K. häufig seine Wohnung in der 4. Etage nicht mehr (nächtigt dann im Treppenhaus)</p> <p>6. - Herr K. ist "Stromschuldner" - er ist nicht budgetfähig</p> <p>7. - Herr K. hat erhebliche Defizite im alltagspraktischen Bereich, aktuell störende persönliche und wohnliche Verwahrlosung</p> <p>8. - gesundheitsgefährdender Ernährungszustand</p> <p>9. Herr K. hat starke Defizite in der Alltagsgestaltung, einzige Tagesinhalte sind derzeit die Alkoholbeschaffung u. der -konsum</p>	<p>I.</p> <p>zu 1. - Reduktion der Trinkmenge auf ein nicht gesundheitsgefährdendes Maß lt. Vereinbarung (Menge) - i. V. mit der Schaffung alkoholfreier Zeiten an 2 Tagen in der Woche bis 12/ 06</p> <p>zu 2. - Sicherstellung monatlicher fachärztlicher Versorgung zur Verbesserung der gesundh. Stabilität</p> <p>zu 3. - Hr. K. hält Termine mit dem Sozialarbeiter ein</p> <p>II.</p> <p>zu 4. - Hr. K. reaktiviert den Kontakt zu seiner Freundin u. unternimmt mit ihr monatliche Freizeitaktivitäten</p> <p>III.</p> <p>zu 5.- Hr. K bewohnt weiter seine eigene Wohnung, - Überprüfung der Angemessenheit des derzeitigen Wohnraumes u. -umfeldes bis 12/06 und Perspektiventwicklung</p> <p>zu 6. - Schuldenregulierung und Erhöhung der Lebensqualität durch erneuten Strombezug frühestmöglich - Herstellung der Budgetfähigkeit für 1 Tag bis 11/06 für 1 Wo. bis 02/07</p> <p>zu 7. - Vermittlung von angemessenen Fähigkeiten zur persönl. Hygiene und Wohnraumunterhaltung ~ Hr. K. trägt keine beschädigte Kleidung mehr ~ er hat 2x wö. gewaschenes Kopfhhaar</p> <p>zu 8. - Erreichung eines "normalen" Körpergewichtes gem. BMI</p> <p>zu 9. - Hr. K. besucht nach Vereinbarung das Stadtteilzentrum und nimmt an den dortigen Angeboten teil - Hr. K. nimmt immer Interessententreffen der Tagesstätte mit Zuverdienst teil</p>

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
<p>I.</p> <p>zu 1.</p> <ul style="list-style-type: none"> - wöchentl. motivationale Gesprächsangebote - Recherche der ergotherapeutischen u. tagesstrukturierenden Angebote im Umfeld - entsprechende Anbahnung ambulanter ergotherap. Angebote und mittelfristig Anbahnung einer tagesstrukturierenden Maßnahme - Begleitung, Vor- und Nachbereitung bei den o.g. Leistungen <p>zu 2.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Überprüfung des Bedarfes an fachärztl. Versorgung (Fachrichtungen) - Recherche, Kontaktanbahnung sowie Terminvereinbarungen - Begleitung und Vor- und Nachbereitung der Termine - Überprüfung notwendiger Medikamenteneinnahme - Beratung u. Reflexion zu Wechselwirkungen der Medikation u. latenter Alk. Konsum - Teilnahme an Arztgesprächen mind. 1x monatlich - Organisation möglicher Befreiungen und finanz. Entlastungen f. die ärztl. Versorgung <p>zu 3.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sicherstellung ambulanter ergotherapeutischer Behandlung - Organisation nahtloser Integration in ein tagesstrukturierendes Angebot mit kognitivem Training (Gruppen- u. Einzelangebote, Führen eines Terminkalenders....) <p>II.</p> <p>zu 4. und 9.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einbindung in Freizeitangebote des Leistungserbringers - Beratung u. Besichtigung zu Freizeit- u. Begegnungsangeboten im sozialen Umfeld (z.B. Bege 20) - Kontaktherstellung zu Exfreundin und Absprachen von Koop.möglichkeiten - Vorbereitung einer mittelfristigen Nutzung eines tagesstrukt. Angebotes <p>III.</p> <p>zu 5.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erfragung der Klientenzufriedenheit mit derzeitiger Wohnsituation (soziale, finanzielle u. gesundheitl. Aspekte beachten--Altersrentner, Polyneuropathie) - evtl. Perspektiventwicklung bei Veränderungswunsch - Kontakt mit Vermieter zur Klärung der aktuellen Situation (Abmahnung) <p>zu 6.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontakt zum Stromlieferanten, Begleitung zu Terminen, Klärung von notwendigen Schritten bzw. Möglichkeiten zur Sicherstellung erneuter Stromlieferung u. gesicherter Finanzierung, Befähigung zum Abschluß notwendiger Regulierungsvereinbarungen der aktuellen Schulden - Vereinbarungen zur Verwaltung des finanz. Budgets durch KOB herstellen - Abschluß einer schriftl. Vereinbarung über zunächst tägliche, später wöchentliche Geldeinteilung durch die koB - tägliche, später wöchentliche Termine zur Geldeinteilung sicherstellen (wechselnd Whng. und Büro EBW) - gemeinsame Planung und Kontrolle der Ausgaben <p>zu 7.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beratung zu notwendiger Hygiene (z.B. tgl. Wechsel Unterwäsche), Beobachtung u. Rückmeldung - 1x wö. übende Unterstützung bei Erledigung Wohnraumreinigung u. -gestaltung - 2. wö. Hausbesuch zu Körperhygiene und Kleiderpflege (2x wö. Duschen, 1x wö. Wäschewaschen), Ernährungsberatung, Beratung u. übende Unterstützung bei Nahrungsbeschaffung, -zubereitung u. -lagerung - wöchentl. visuelle Kontrolle des Vitalzustandes u. Rückmeldung <p>zu 8. - Sicherstellung Training AdL im Rahmen der Ergotherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> - mittelfristig: 3x Teilnahme am Mittagessen in tagesstrukt. Angebot 	<p>06</p> <p>06</p> <p>09 (Berufsbetreuer)</p> <p>06</p> <p>06</p> <p>06</p> <p>06, 09</p> <p>06, 09</p> <p>06</p> <p>06, 09</p> <p>06</p> <p>06</p> <p>06, 05 (ambul. ET), 09</p>

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:

keine

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

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

05, 06, 36, 09 (Berufsbetreuer)

Folgende Berufsgruppen waren beteiligt

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

Anmerkungen/Erläuterungen

Federführend bei der Erstellung des Behandlungs-/Rehabilitationsplans ist:

Schmittikowski
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:
Assessmentbogen

8. Vereinbarung zur Durchführung des Behandlungs-/Rehabilitationsplans

koordinierende Bezugsperson:

Schmittikowski 0381- 123 456
Name Telefon

Schiffabeurring 20, 18109 Rostock
Anschrift

Vertretung:

Name Telefon

Anschrift

fachliche Abstimmung zur Durchführung des Planes

verbindlich vereinbart: ja nein

vorgesehen durchschnittlich: 6- monatlich

bei Krisen: ja nein

unter Beteiligung folgender Dienste und Einrichtungen
01, 06, 20, 33, 09

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 Krumbügel, K.