

Vorlage-Nr. 14/699

öffentlich

Datum: 03.08.2015
Dienststelle: Stabsstelle 70.30
Bearbeitung: Dr. Dieter Schartmann

Sozialausschuss **24.08.2015** zur Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Überarbeitung des IHP 3 zu einem IHP 3.1

Beschlussvorschlag:

Der überarbeitete Individuelle Hilfeplan (IHP 3.1) wird zur Kenntnis genommen.

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

Produktgruppe:	
Erträge: Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan	Aufwendungen: /Wirtschaftsplan
Einzahlungen: Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:	Auszahlungen: /Wirtschaftsplan
Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:	
Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten	

In Vertretung

LEWANDROWSKI

Zusammenfassung:

Mit dem Individuellen Hilfeplan (IHP 3) werden seit 2010 die Unterstützungsbedarfe von Menschen mit Behinderung im Rheinland personenzentriert erhoben. Der IHP 3 hat sich grundsätzlich in der Praxis bewährt und genießt eine hohe fachliche Anerkennung. Rückmeldungen aus der Praxis haben jedoch gezeigt, dass an einzelnen Stellen des IHP ein Überarbeitungsbedarf besteht.

In einer Arbeitsgruppe – zusammengesetzt aus Praktikerinnen und Praktikern mit unterschiedlichen fachlichen Hintergründen – wurden die gesammelten Rückmeldungen aus der Praxis diskutiert und bewertet. Die Änderungen betreffen vor allem erforderlich gewordene Ergänzungen - so wurde z.B. der § 45a SGB XI (eingeschränkte Alltagskompetenz) auf der ersten Seite und das umgestellte Verfahren zu den Hilfeplankonferenzen im Rheinland aufgenommen. Ebenso wurden erläuternde Hinweise als Erleichterung beim Ausfüllen des IHP eingefügt.

Das Ergebnis ist der Individuelle Hilfeplan 3.1 (als Anlage beigefügt).

Der IHP 3.1 wird künftig den IHP 3 als Instrument ablösen. Der Einsatz in der Praxis soll erfolgen, sobald eine downloadbare Fassung im Internetauftritt des LVR zur Verfügung stehen wird.

Begründung der Vorlage Nr. 14/699

Unterstützungsbedarfe von Menschen mit Behinderung werden im Rheinland personenzentriert erhoben, die entsprechenden Leistungen werden individuell geplant und erbracht. Das **Instrument** dazu ist der Individuelle Hilfeplan, der seit 2010 in der 3. Fassung (IHP 3) vorliegt und im Rheinland eingesetzt wird.

Der IHP 3 orientiert sich konsequent an den Zielen des Menschen mit Behinderung und beschreibt konkrete Maßnahmen, die zur Zielerreichung durchgeführt werden. Bei einem Folgehilfeplan wird zudem erhoben, ob und in welchem Umfang die Ziele aus dem vorherigen Hilfeplan erreicht wurden.

Der IHP 3 basiert auf der International Classification of functioning, disability and health (ICF) und berücksichtigt sowohl individuelle als auch sozialräumliche Ressourcen. Der IHP ist als Instrument in ein komplexeres **Verfahren** der Hilfeplanung eingebunden.

Der IHP-3 und das gesamte Hilfeplanverfahren im Rheinland gilt – auch in der Fachliteratur - als fachlich sehr qualifiziert.¹

Nach einem nun mehrjährigen Praxiseinsatz hat sich gezeigt, dass der IHP 3 insgesamt gut angenommen wurde und mit seiner Hilfe die Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderung individuell und praktikabel erhoben und festgestellt werden können. Dennoch haben Rückmeldungen aus der Praxis gezeigt, dass an einzelnen Stellen ein Überarbeitungsbedarf gesehen wurde, der vom LVR aufgenommen wurde. Der grundsätzliche Aufbau des IHP 3 sollte - weil er sich bewährt hat - beibehalten werden. Insofern wurde IHP 3 zu einem IHP 3.1 weiterentwickelt.

In die Überarbeitung sind sowohl Rückmeldungen aus der täglichen Arbeit des LVR-Fallmanagements sowie von Leistungserbringern eingeflossen als auch Hinweise aus den Modellprojekten im Rhein-Kreis-Neuss, dem Rhein-Sieg-Kreis und der Stadt Mönchengladbach. Diese Rückmeldungen wurden zusammengeführt und in einer Arbeitsgruppe diskutiert und bewertet.

Die Arbeitsgruppe setzte sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern

- des Landkreistages NRW
- des Städtetages NRW
- der Liga der Freien Wohlfahrtspflege
- ausgewählter Leistungsanbieter
- der KoKoBe und der SPZ
- des Dezernates 8 (LVR-Klinikverbund und LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen)
- sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterschiedlicher Funktionsgruppen des Dezernates 7.

¹ Vgl. z.B. Theunissen, G. (2013): Behindertenhilfe im Umbruch; IN: Teilhabe 52, 53-60

Die Änderungen betreffen vor allem erforderlich gewordene Ergänzungen - so wurde z.B. der § 45a SGB XI (eingeschränkte Alltagskompetenz) auf der ersten Seite und das umgestellte Verfahren zu den Hilfeplankonferenzen im Rheinland aufgenommen. Ebenso wurden erläuternde Hinweise als Erleichterung beim Ausfüllen des IHP eingefügt. Das Ergebnis der Beratungen ist als IHP 3.1 der Vorlage beigelegt.

Zeitpunkt der Einführung des IHP 3.1 wird sein, sobald im Internetauftritt des LVR eine downloadbare Fassung zur Verfügung stehen wird. Die Leistungsanbieter im Rheinland werden dann über die Einführung des IHP 3.1 informiert werden. Mit dem Newsletter „Soziales und Integration“ wird darüber hinaus über die Überarbeitung berichtet.

Das Handbuch zum IHP 3 wird derzeit überarbeitet und an den entsprechenden Stellen dem IHP 3.1 angepasst. Es wird in Kürze vorliegen.

In Vertretung

LEWANDROWSKI

Individuelle Hilfeplanung des LVR

- Basisbogen -

Name ,

GP-Nr.

IHP für den Zeitraum von _____ **bis** _____

Erstantrag Folgeantrag

Erstellt von der Antrag stellenden bzw. leistungsberechtigten Person unter Beteiligung von _____ (Personen)
unter Verwendung der Hilfsmittel _____ (technische Unterstützung, Gebärdensprache, Lormen ...)

Antrag stellende bzw. leistungsberechtigte Person

Name Vorname Geburtsdatum

Beruf Familienstand

Anzahl und Alter der Kinder Anzahl der Kinder im eigenen Haushalt

PLZ Ort Straße

Telefon Fax E-Mail

Für Rückfragen steht zur Verfügung

Name Vorname

PLZ Ort Straße

Telefon Fax E-Mail

Rechtliche Betreuung bzw. bevollmächtigte Person vorhanden ja nein

Name Vorname

PLZ Ort Straße

Telefon Fax E-Mail

Wirkungskreis/Einwilligungsvorbehalt bitte **unbedingt** angeben

Art der Behinderung im Sinne der Eingliederungshilfeverordnung – aktuelle Arztberichte bitte beifügen

körperliche Behinderung geistige Behinderung psychische Behinderung Suchterkrankung

Diagnose(n) nach ICD-10

Klartext der Diagnosen, vorrangige Diagnose

Aktuelle Pflegestufe lt. Gutachten MDK: Pflegestufe 0 I II III Keine
eingeschränkte Alltagskompetenz

Vorliegende Gutachten des MDK und Bescheide anderer bzw. vorrangiger Leistungsträger bitte beifügen
Anmerkungen und Hinweise

Aktueller Grad der Behinderung gemäß SGB IX

Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes bitte beifügen

Individuelle Hilfeplanung des LVR

- Basisbogen -

Name _____ ,

GP-Nr. _____

Ich wurde darüber informiert, dass ich die Leistungen auch in Form eines Persönlichen Budgets in Anspruch nehmen kann.

Ich beantrage folgende Leistungen teilweise als Persönliches Budget:

Ich beantrage folgende Leistungen vollständig als Persönliches Budget:

Ich bin darüber unterrichtet, dass die in der individuellen Hilfeplanung des LVR erhobenen personenbezogenen Daten ausschließlich zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs und der erforderlichen Leistungen sowie der Erstellung eines Gesamtplanes gem. § 58 SGB XII verwendet werden.

Ich habe davon Kenntnis, dass der LVR seine Zuständigkeit prüft und meinen Antrag oder Teile davon gemäß § 14 SGB IX an einen anderen zuständigen Leistungsträger weiterleiten kann.

Mit der Weitergabe der personenbezogenen Daten an den zuständigen Träger der Sozialhilfe bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift der Antrag stellenden Person

Unterschrift rechtliche Vertretung

bzw. bevollmächtigte Person

Individuelle Hilfeplanung des LVR

ERKLÄRUNG ZUM UMGANG MIT PERSONENBEZOGENEN DATEN

im Rahmen des Individuellen Hilfeplanes des Landschaftsverbandes Rheinland

Antragstellende bzw. leistungsberechtigte Person

Name

Vorname

Geburtsdatum

rechtliche Betreuung bzw. bevollmächtigte Person

Name

Vorname

- Ich habe einen Antrag auf Eingliederungshilfe beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe gestellt und hierfür einen Individuellen Hilfeplan erarbeitet.
- Ich bin darüber informiert, dass dieser Hilfeplan in der regional zuständigen Hilfeplankonferenz (HPK) vorgestellt werden kann.

Zentrale Aufgabe der Hilfeplankonferenz (HPK) ist die Zusammenführung der regionalen Fachkompetenz zur Förderung einer personenzentrierten, qualitätsgesicherten Unterstützungsleistung für Menschen mit Behinderung im Sinne des § 53 SGB XII, die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft benötigen.

Die HPK verfolgt mit ihrer Arbeit das Ziel, dass Menschen mit Behinderung die für sie erforderliche Unterstützung an ihrem Lebensort erhalten.

Die Mitglieder der HPK verpflichten sich in schriftlicher Form zur Wahrung der Schweigepflicht sowohl gegenüber den Leistungsberechtigten als auch gegenüber allen anderen Beteiligten hinsichtlich der persönlichen Daten, die sie in schriftlicher oder mündlicher Form erhalten; die Mitglieder stellen sicher, dass die ihnen überlassenen Unterlagen vertraulich behandelt und sicher verwahrt werden.

Die HPK wird aus Fachleuten gebildet, die für die Beratung im Einzelfall erforderlich sind.

Mitglieder der HPK sind grundsätzlich

- der überörtliche Sozialhilfeträger
- der örtliche Sozialhilfeträger
- Gesundheitsamt/Behindertenkoordination
- bis zu 2 Vertretungen ambulanter Leistungsanbieter
- bis zu 2 Vertretungen stationärer Leistungsanbieter
- 1 Vertretung von SPZ bzw. KoKoBe bzw. Suchtberatung

- Ich bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass mein Hilfeplan in der HPK unter Nennung meines Namens besprochen werden kann.
- Ich möchte, dass mein Hilfeplan in der HPK nur in anonymisierter Form besprochen wird und Rückschlüsse auf meine Person nicht möglich sind.
- Ich möchte an der Hilfeplankonferenz teilnehmen.
- Ich möchte nicht an der Hilfeplankonferenz teilnehmen.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ort, Datum

Unterschrift der Antrag stellenden
bzw. zur Leistung berechtigten Person

Unterschrift rechtliche Vertretung
bzw. bevollmächtigte Person

Individuelle Hilfeplanung des LVR		- Gesprächsleitfaden -	
<input type="checkbox"/> erster IHP	<input type="checkbox"/> Fortschreibung des IHP vom	Nr.	GP-Nr.:
für den Zeitraum vom	bis	erstellt am	

wichtiger Hinweis:

Bitte auf dieser und den folgenden Seiten keine personenbezogenen Daten (Name, Anschrift ...) eintragen, da der Hilfeplan in dieser Version datenschutzrechtlich nur anonymisiert elektronisch gespeichert werden darf.

Erstellt von der Antrag stellenden bzw. leistungsberechtigten Person

- unter Beteiligung von Dritten
- unter Verwendung von Hilfsmitteln (technische Unterstützung, Gebärdensprache, Lormen) drop down

Geschlecht

Geburtsjahr

Beruf

Familienstand

Anzahl und Alter der Kinder

Anzahl der Kinder im eigenen Haushalt

Eine rechtliche Betreuung ist eingerichtet ja nein

Wirkungskreis/Einwilligungsvorbehalt bitte unbedingt angeben

oder eine Bevollmächtigung ist erteilt ja nein

Art der Behinderung im Sinne der Eingliederungshilfeverordnung

körperliche Behinderung geistige Behinderung psychische Behinderung Suchterkrankung

Diagnose(n) nach ICD-10

Klartext der Diagnose(n), vorrangige Diagnose:

Aktuelle Pflegestufe lt. Gutachten MDK

Pflegestufe: 0 I II III Keine
eingeschränkte Alltagskompetenz

Aktueller Grad der Behinderung gemäß SGB IX

Individuelle Hilfeplanung des LVR	- Gesprächsleitfaden -
GP-Nr.	

Andere oder vorrangige Leistungen
(Mehrfachnennungen möglich)

	beantragt/ verordnet	bewilligt	abgelehnt	nicht be- antragt oder nicht ver- ordnet	
	Zutreffendes bitte ankreuzen				Leistungs- träger
Hauswirtschaftliche Hilfen					
Leistungen zur Pflege nach SGB XI					
Zusätzliche Leistungen gemäß § 45 b SGB XI					
Häusliche Krankenpflege gemäß SGB V					
Andere, nämlich					
Leistungen zur medizinische Rehabilitation					
Soziotherapie					
Physiotherapie/ Ergotherapie/ Logopädie					
Psychotherapie					
Andere, nämlich					
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben					
Werkstatt für behinderte Menschen					
Andere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, nämlich					
Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungs- recht, nämlich					
Leistungen der Jugendhilfe nach SGB VIII, nämlich					
Andere Leistungen, nämlich					

Bescheide der letzten 12 Monate vor Antragstellung bitte beifügen

GP-Nr.

I. Angestrebte Wohn- und Lebensform (Leitziele)

Es geht hier um die angestrebte Wohn- und Lebensform des Menschen mit Behinderung. Daher wird sie aus dessen Perspektive bzw. in der eigenen sprachlichen Äußerung formuliert. Eine Kommentierung oder Bewertung dieser Ziele ist unerwünscht. Bitte angeben: eigene sprachliche Äußerung oder stellvertretende Äußerung

Wie und wo ich wohnen will

Was ich den Tag über tun oder arbeiten will

Wie ich mit anderen Menschen zusammen leben will (Beziehungen zu anderen Menschen, nicht Wohnen)

Was ich in meiner Freizeit machen will

Was mir sonst noch sehr wichtig ist

II. Wie und wo ich jetzt lebe (Beschreibung der aktuellen Situation: Wohnen, Arbeit, soziale Beziehungen, Freizeit und was sonst noch wichtig ist)

Ergänzende fachliche Sicht (Fakten, Rahmenbedingungen und Sachverhalte, die im konkreten Einzelfall von Bedeutung sind)

III. Was ich ohne große Probleme machen kann (ohne Unterstützung oder ohne Nutzung von Hilfsmitteln)

Ergänzende fachliche Sicht

Individuelle Hilfeplanung des LVR

- Gesprächsleitfaden -

GP-Nr.

IV. Wer oder was mir schon jetzt hilft, so zu leben, wie ich will (z. B. Unterstützung durch Hilfsmittel, durch räumliche Gegebenheiten oder Personen)

Ergänzende fachliche Sicht (Förderfaktoren z. B. durch ein verändertes Umfeld, Unterstützung durch Beziehungen)

V. Was ich nicht so gut oder gar nicht kann (z. B. was ohne Unterstützung durch Hilfsmittel oder Personen nicht gemacht werden kann)

Ergänzende fachliche Sicht (Beeinträchtigung der Aktivitäten, z. B. Lernen und Wissensanwendung, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, soziale Bezüge)

VI. Wer oder was mich daran hindert, so zu leben, wie ich will (z. B. fehlende Unterstützung durch Hilfsmittel oder Personen, bestehende Hindernisse)

Ergänzende fachliche Sicht (fehlende Förderfaktoren/ Umweltfaktoren)

VII. Was weiter wichtig ist, um mich oder meine Situation zu verstehen (z. B. bisherige Erfahrungen, Eigenschaften der Person, Lebensweisen; kurze Darstellung des Lebenslaufes, der bedeutsamen Beeinträchtigungen und der medizinischen oder pädagogischen Vorgeschichte)

Ergänzende fachliche Sicht (personenbezogene Faktoren, z. B. Eigenheiten der Person, besondere Lebensweisen oder Vorlieben; **nicht** Merkmale der Gesundheitsbeeinträchtigung)

Individuelle Hilfeplanung des LVR

- Zielüberprüfung -

GP-Nr.

VIII. Was sollte zuletzt konkret erreicht werden? Bitte alle Ziele aus dem letzten IHP aufnehmen und Änderungen nach Vorstellung in der HPK einfügen	Das Ziel wurde			IX. Wie kam es zu diesem Ergebnis? Was hat geholfen? Was hat nicht oder weniger gut geholfen? (nicht nur die Hilfe durch Fachkräfte ist gemeint, sondern auch Ereignisse und Einflüsse, die nicht geplant waren.)
	erreicht	teilweise erreicht	nicht erreicht	
	Zutreffendes bitte ankreuzen			
	<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"/>	<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"/>	<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"/>	

Individuelle Hilfeplanung des LVR

- Planung -

GP-Nr.

Nr.	X. Was soll zukünftig konkret erreicht werden? (Ziele s.m.a.r.t. formulieren mit einer für den LB überschaubaren Anzahl an Zielen)	Bis wann? Datum beantragter Zeitraum	Nr.	XI. Was soll getan werden, um die Ziele zu erreichen? (Tätigkeiten, damit der angestrebte Zustand eintritt)	Wer soll das tun?	Wo soll das gemacht werden?
■			■			
■			■			
■			■			
■			■			
■			■			
■			■			
■			■			

Individuelle Hilfeplanung des LVR

Bogen II – notwendige Leistungen -

GP-Nr.

Nr.	zeitliche Lage (bitte ankreuzen)		Form der Leistung (bitte ankreuzen)				Name und Anschrift des vorgesehenen Leistungserbringers (bei mehreren Leistungserbringern bitte zu jeweiligen Leistungen zuordnen)
	am Tage	nachts	Sachleistung	Geldleistung	Persönliches Budget	Umfang in Stunden/Minuten; Einheiten/Woche	
	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>		
	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		