



**Evaluation der Erprobung des Individuellen Hilfeplans (IHP)  
in der Versorgungsregion Stralsund**

**- Abschlussbericht -**

Christina Nerlich, Ingmar Steinhart

**Einleitung**

Aus den positiven Erfahrungen der Arbeit mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) und dem damit verbundenen Hilfeplanverfahren für wesentlich seelisch behinderte Menschen hatte sich in der Versorgungsregion Stralsund (RÜG / HST / NVP) das Interesse an der Anwendung eines vergleichbaren, personenorientierten Konzepts auch für den Personenkreis der Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen herausgebildet. Die Versorgungsregion entschied sich für eine Erprobung des Individuellen Hilfeplans Rheinland-Pfalz (IHP), die Anfang 2008 startete und bis heute anhält. Das Ziel war es, praktische Erfahrungen mit einer Alternative zum im Landesrahmenvertrag ebenfalls aufgeführten Metzler-Verfahren zu sammeln und damit einen Impulsbeitrag für ein personenorientiertes, weniger an Einrichtungen orientiertes Hilfeplaninstrument in der Versorgungsregion Stralsund für den Bereich der Hilfen für Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen zu leisten.

Vor dem Hintergrund der in der Erprobungsphase gesammelten Erfahrungen soll über eine mögliche verbindliche Einführung und gegebenenfalls notwendige Modifikationen des Instruments bzw. der Verfahrensabläufe in der Hilfeplanung entschieden werden. Hierzu wurde das Institut für Sozialpsychiatrie der Universität Greifswald durch die Versorgungsregion mit der Evaluation der Erprobung beauftragt. Dies ist der Abschlussbericht der Evaluation

Stand: Mai 2010

**Hinweis:**

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde stets die männliche Bezeichnung für Personen verwendet, wobei ausdrücklich auch immer die weibliche Form gemeint ist.

1. Vorgehen.....	2
2. Datenlage .....	3
3. Strukturen der Erprobung .....	4
3.1. Beteiligte .....	4
3.2. Vorgehen bei der Erarbeitung des IHP.....	4
3.3. Das Hilfeplanverfahren durch den Sozialhilfeträger.....	5
3.4. Integrierte Erstellung des IHP .....	6
4. Veränderungswünsche bezüglich des Instruments .....	7
5. Bewertung der Erfahrungen.....	9
5.1. Positive Erfahrungen.....	9
5.2. Offene Probleme.....	10
5.3. Anwendungs-Sicherheit und Zufriedenheit mit dem IHP .....	11
5.4. Wahrnehmung der Klienten .....	16
6. Perspektiven für den IHP.....	18
7. Empfehlungen .....	20
Abbildungsverzeichnis .....	22
Anhang .....	23

## **1. Vorgehen**

Die Evaluation wurde von Januar bis April 2010 mit allen bei der Erprobung beteiligten Leistungserbringern und Leistungsträgern durchgeführt. Es wurden halbstandardisierte Tiefeninterviews mit den Anwendern und Leitungen der Leistungserbringer und Leistungsträger durchgeführt.

Um die qualitativen Aussagen auch quantitativ zu stützen und die Einschätzung aller Anwender in der Praxis zu erfahren, wurden zusätzlich selbst konstruierte Fragebögen eingesetzt.

Die Themenkomplexe, die mit dem Auftraggeber erarbeitet wurden, bezogen sich auf

- a) Strukturelle Kriterien des Hilfeplanverfahrens (u.a. Ablauf der Erstellung, Hilfeplankonferenz; Stellung des Leistungsträgers im Verfahren)
- b) Die Anwendungszufriedenheit / Veränderungswünsche zum IHP
- c) Inhaltliche Kriterien (Positive Erfahrungen und Veränderungen in der Arbeit, Offene Probleme, Partizipation der Klienten)
- d) Positionierung zu und Voraussetzungen für eine weitere Anwendung des IHP

Der Schwerpunkt der Analyse bezog sich auf die praktischen Erfahrungen der Anwender mit dem IHP, da die Entscheidung für oder gegen den IHP auf den Erfahrungen in der Erprobung beruhen sollte.

## 2. Datenlage

Von 141 ausgegebenen Fragebögen wurden 82 ausgewertet, dies entspricht einer Rücklaufquote von 58%.

Aus folgenden Arbeitsbereichen und Regionen wurden die Fragebögen zurückgesendet:

<b>Arbeitsbereich</b>		
	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
Wohnen	48	58,5
Werkstatt	20	24,4
Leistungsträger	7	8,5
Tagesförderstätten	7	8,5
Gesamt	82	100,0
<b>Region</b>		
	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
RÜG	40	48,8
HST	10	12,2
NVP	32	39,0
Gesamt	82	100,0

Tabelle 1: Verteilung Herkunft Fragebögen

Interviews wurden mit folgenden Personen durchgeführt:

- Anwender der Leistungsträger (2)
- Anwender der Leistungserbringer (10)
- Leitungen der Leistungserbringer (5) (hiervon zwei gemeinsam mit je 1 Anwender)
- Leitungen der Leistungsträger (2)

Die Interviews wurden vor Ort in den Dienststellen der Befragten durchgeführt und im Anschluss verschriftlicht. Es konnten alle an der Erprobung beteiligten Leistungserbringer zur Teilnahme an der Evaluation gewonnen werden.

### **3. Strukturen der Erprobung**

#### **3.1. Beteiligte**

In folgenden Bereichen wurde der IHP seit Beginn des Jahres 2008 eingesetzt:

7 Wohnheime

3 ambulant betreute Wohnformen

1 Trainingswohnen

1 Tagesförderstätte

2 WfbM

Bis zum Zeitpunkt der Befragungen waren insgesamt 448 IHPs erarbeitet, hiervon sind 150 ausschließlich Zusatzbögen Ib für die Werkstätten (Bogen Ib). Auf A entfallen hiervon 259 IHPs (150 Zusatzbögen Ib), auf C 90 IHPs (75 Zusatzbögen Ib) und 99 auf B.

Die Anzahl erarbeiteter IHPs pro Leistungserbringer variiert stark, von 3 bis 64 (ohne Zusatzbögen Ib). Der Grund hierfür liegt darin, dass die Leistungserbringer den IHP unterschiedlich konstant anwendeten und auch die Leistungsträger ihn unterschiedlich stark anforderten.

#### **3.2. Vorgehen bei der Erarbeitung des IHP**

Das am häufigsten genannte Vorgehen bei der Erarbeitung des IHP war das Interview mit den Klienten durch den Bezugsbetreuer, in dem überwiegend der Bogen I thematisiert wurde (Grundsatzziele, Hindernisse, Vorgehen). Die Bögen II und III wurden im Anschluss durch die Betreuer erstellt.

Alternative Vorgehensweisen hierzu waren das exakte 1:1-Erarbeiten des kompletten IHP (so weit es aufgrund der Konzentrationsfähigkeit der Klienten möglich war) oder die Erarbeitung des Bogens I und II mit den Klienten.

In einer Einrichtung wurde das Interviewgespräch vorgelagert und mit dem Wohnbereichsleiter durchgeführt, im Anschluss daran wurde der IHP in einem konkreten Verfahren mit allen beteiligten Betreuern und dem Klienten in Abstimmungsrunden erarbeitet.

In den Werkstätten in C und A wurden die Zusatzbögen Ib angewendet. In einer Werkstatt erarbeiteten die Gruppenleiter die Bögen mit den behinderten Mitarbeitern, und im Anschluss verschriftlichte die Leiterin des Sozialen Dienstes die Bögen in der EDV. In der anderen WfbM wurde der IHP durch ein Gruppengespräch mit der Leiterin des Sozialen Dienstes, dem behinderten Mitarbeiter, dem Gruppenleiter und weiteren evtl. relevanten Personen besprochen. Die Leiterin des Sozialen Dienstes verschriftlichte den Bogen im Anschluss.

Mit Ausnahme der Werkstätten und zweier Leistungserbringer im Bereich Wohnen existierten keine festgelegten Verfahren zur Erarbeitung des IHP. Die Bezugsbetreuer erarbeiteten den IHP im Rahmen ihrer Betreuungstätigkeit wenn sich dazu die Zeit fand. Auch war überwiegend

unklar, wie bei der Erarbeitung vorzugehen sei, welche Bögen mit den Klienten wie erarbeitet werden sollen.

### **3.3. Das Hilfeplanverfahren durch den Sozialhilfeträger**

Der Austausch mit dem Sozialhilfeträger zu den erarbeiteten IHPs war zum Zeitpunkt der Befragung in den drei Gebietskörperschaften unterschiedlich fortgeschritten.

Im Landkreis xxx wurden die IHPs der Wohnbereiche als auch der Werkstatt in sog. Hilfeplangesprächen (HPG) besprochen und als Grundlage für die Bewilligungen verwendet. Für die Werkstatt fanden die HPGs in der Werkstatt, für Hilfen zum Wohnen im Sozialamt in Bergen statt. Die Besetzung war folgende:

Für den Bereich Wohnen:

- Bezugsbetreuer
- Klient
- moderierende Sachbearbeiterin des Sozialhilfeträgers
- protokollierende Sachbearbeiterin des Sozialhilfeträgers
- optional Leiter des Gesundheitsamts

Für den Bereich Werkstätten:

- Leiterin des Sozialen Dienstes
- Klient
- moderierende Sachbearbeiterin des Sozialhilfeträgers
- protokollierende Sachbearbeiterin des Sozialhilfeträgers
- optional Mitarbeiter weiterer Rehaträger / Leiter des Gesundheitsamts

Es finden mind. einmal im Monat HPGs statt, oft war es mehr als einmal.

Zum Zeitpunkt der Erhebung waren alle in der Erprobungszeit auf A erarbeiteten IHPs im Rahmen dieses Hilfeplanverfahrens bearbeitet worden.

In B war bereits seit einigen Jahren die Durchführung von Hilfeplankonferenzen für Menschen mit geistiger Behinderung, die ambulante Hilfen beziehen, etabliert. Hier wurde der IHP in zwei Fällen eingesetzt.

In NVP ist die HPK mit zwei festen Mitgliedern der Leistungserbringer (1 Bereich Wohnen / 1 Bereich Arbeit) besetzt, neben zwei SachbearbeiterInnen des Sozialhilfeträgers und dem jew. Klienten und Bezugsbetreuer.

Die IHPs wurden sowohl auf A als auch in B ca. 2 Wochen vor dem Termin für das HPG an den Sozialhilfeträger gesendet und in der Vorbereitung gelesen. Hierfür arbeiteten sich die Sachbearbeiter in alle Bögen intensiv ein, wobei die Bögen II und der Aktionsplan als besonders aufschlussreich bewertet wurden.

In C war noch kein HPG / HPK mit dem IHP durchgeführt worden. Ab Mitte 2010 soll mit den HPGs im Werkstattbereich begonnen werden, und sukzessive im Bereich Wohnen ebenfalls ein HGP-Verfahren eingeführt werden.

### **3.4. Integrierte Erstellung des IHP**

Die Versorgungsregion hatte sich zu Beginn der Erprobung dafür entschieden, den IHP auch im Arbeitsbereich zu erproben und möglichst eine integrierte Erstellung des Hilfeplans damit zu erreichen. Eine weitere Zielstellung war die Vernetzung des Fachausschusses mit dem Hilfeplangespräch beim Sozialhilfeträger.

Die WfbMs waren von Anfang an in die Erprobung involviert und engagierten sich hier für die Erstellung des Zusatzbogens Ib.

Die Steuerungsgruppe empfahl zudem ein Konzept zur abgestimmten, integrierten Erstellung des IHP, in dem die Bereiche Wohnen und Arbeit jeweils ihren Bogen zuarbeiten und diese abgestimmte Version eine Grundlage für ein gemeinsames Hilfeplangespräch im Sozialhilfeträger wird. Die Vernetzung mit dem Fachausschuss wurde in der Steuerungsgruppe ebenfalls als Perspektive gesetzt.

In der Umsetzung finden diese Gremien zur Hilfeplanung noch getrennt statt, dies in allen Gebietskörperschaften. Indem die Sachbearbeiter des Sozialhilfeträgers auch im Fachausschuss vertreten sind, gibt es hier einen Berührungspunkt. Die befragten Mitarbeiter der Sozialhilfeträger sprachen sich einstimmig dafür aus, dass der Fachausschuss nicht in das Hilfeplangespräch „eingefügt“ werden kann, weil er rechtlich eine andere Aufgabe hat und die Strukturen in den für den Fachausschuss relevanten Rehaträgern andere sind.

Der IHP wird nun jedoch in Form des Bogens Ib bereits im Fachausschuss verwendet, was als großer Schritt für eine gemeinsame Verständigung gewertet werden kann.

Auf Seiten der Anbieter gab es wenig Vernetzung zwischen Arbeitsbereich und Wohnbereich. Dort, wo die Kooperation bereits vor Verwendung des IHP gelebt wurde, gelang es auch mit dem IHP. Forderte der Leistungsträger den kompletten IHP ab, so wurde der Bogen Ib an den Leistungserbringer im Bereich Wohnen durch die WfbM übermittelt und komplett an den Leistungsträger gesendet. Absprachen gab es zwischen den Bereichen dort, wo die WfbM auf dem Gelände des gleichen Trägers war.

Insgesamt gibt es für die Mitarbeiter wenig Anreize, den IHP in der Vorbereitung auf das HPG gemeinsam zu erstellen. Der komplette IHP wird selten abgefordert und die Bewilligungszeiten für die Bereiche sind unterschiedlich.

#### **4. Veränderungswünsche bezüglich des Instruments**

##### *Zu umfangreich*

Insgesamt ist der Tenor der befragten Anwender, dass der IHP zu umfangreich und komplex gegliedert ist. Es treten viele Doppelungen auf, und die Inhalte verlieren sich in den vielen Seiten des IHP. Man wünscht sich eine „gestrafftere“ Form des IHP, die übersichtlicher ist und einfacher in der Handhabung. Als kompliziert wird die unterschiedliche Systematik der Bögen I und II gesehen, hier wird mit einer anderen inhaltlichen Gliederung gearbeitet, die den IHP „zerpflückt“ und das unverbundene Nebeneinander der Bögen verstärkt.

##### *Schwer verständlich*

Dies bezieht sich überwiegend auf den Bogen I, in dem die dreistufige Erarbeitung der Situation und Ziele als eher unverständlich für die meisten Klienten eingeschätzt wird. Die Begrifflichkeiten sind ebenfalls oftmals schwer zu verstehen und richten sich mehr an die Fachleute, die die Begriffe evtl. einordnen können (z.B. Selbstwahrnehmung / Kulturtechniken). Dies verknüpft sich zudem mit einer schwer nachzuvollziehenden Systematik der Fragestellungen (z.B. die Frage „Was hindert Sie daran, gesund zu sein?“).

##### *EDV-Probleme*

Die Anwender nutzten sowohl die Word- als auch pdf-Version, bei der letzteren gab es bei einigen Anbietern das Problem, dass sich hier die Eintragungen nicht speichern lassen, was ein erheblicher Nachteil ist. Hier wünschen sich die Anwender eine praktikable, speicherbare Lösung.

##### *Weiterbewilligungen und Betrachtung des Verlaufs*

Eine offene Frage war die Handhabung bei Folgeanträgen. Die Sozialhilfeträger und einige Anbieter wünschen sich hierfür ein Zusatzblatt zur Einschätzung der Zielerreichungen / Beschreibung von Veränderungen. Andere Anbieter sagen jedoch, dass sie sich nicht ein zusätzliches Zusatzblatt wünschen und die Veränderungen kursiv / fett markieren würden.

Es sollte möglich sein, mittels einer Datenbank den Verlauf der einzelnen Bewilligungszeiten pro Klient zu betrachten hinsichtlich der einzelnen Zielerreichungen und Entwicklungen.

##### *Relevante Inhalte des IHP:*

Weil die Grundsatzziele zu erfragen aus Sicht aller Befragten (bis auf eine) sehr sinnvoll ist, sollten diese weiterhin enthalten sein. Auch die Beschreibung der Situation, der Nahziele und der Ressourcen / Beeinträchtigungen sollten bestehen bleiben. Der Bogen II wird von allen Befragten als sinnvoll und hilfreich eingeschätzt und hilft, sich ein Bild von den Personen zu machen. Auch der Aktionsplan benötigt keine Veränderung.

Zu den Detailfragen, welche Änderungen wie konkret aussehen könnten, gab es unterschiedliche Vorstellungen. Der Wunsch geht jedoch deutlich in die Richtung eines zentralen Übersichtsblattes, in dem alles Wesentliche des IHP enthalten ist.

Bezüglich des Zusatzbogens Ib der Werkstätten gab es übereinstimmende Vorstellungen beider WfbMs und des Sozialhilfeträgers für Detailveränderungen im Bogen.

Von einem Anbieter wurde der IHP in seiner Form jedoch auch als praktikabel und gut eingeschätzt, es benötige die Zeit, sich in seine Systematik einzuarbeiten und mit steigender Erfahrung gelinge die Handhabung leichter. Lediglich das Verfahren für die Folgeanträge sei zu ändern.



## 5. Bewertung der Erfahrungen

Bei der Erarbeitung der IHPs in den Einrichtungen gab es sowohl positive Effekte als auch offene Schwierigkeiten.

### 5.1. Positive Erfahrungen

Der IHP verstärkte die personenorientierte Planung in den Einrichtungen. Die Tatsache, dass nun eine Hilfeplanung mit den Klienten durchgeführt wird, ist für viele selbst bereits neu gewesen und wird geschätzt. Das Interview mit den Klienten ist aus Sicht aller befragten Anwender in den Vordergrund gerückt, in dieser intensiven Form war es zuvor nicht durchgeführt worden. Das Interview als zentrales „Novum“ durch den IHP sehen die Betreuer als sinnvoll an, und möchten dies nicht in der Arbeit missen. Es wird von den Grundsatzzielen der einzelnen Person ausgegangen und hier gewinnt man oft zusätzliche Informationen. Ebenfalls positiv ist, dass der IHP sehr viele inhaltliche Bereiche vorgibt und die Aufmerksamkeit auf konkrete Inhalte lenkt. Auch die Abstimmung mit anderen beteiligten Institutionen, Angehörigen oder auch intern in der Einrichtung wird positiv gesehen. Der Austausch mit dem Sozialhilfeträger ist ebenfalls, wenn er zufrieden stellend gestaltet ist, eine Bereicherung der Arbeit, weil nun die Bewilligungen persönlicher gestaltet sind, denn die Sachbearbeiter lernen die Klienten direkt kennen und haben ein konkreteres Bild vor Augen.

Die Mitarbeiter des Sozialhilfeträgers gewinnen durch den IHP konkretere Angaben zu den Personen, es werden Ziele formuliert und Entwicklungsschritte deutlicher. Indem man die Klienten kennenlernt, gewinnt man ein konkreteres Verständnis für die benötigten Leistungen. Der IHP ist zudem ein Instrument, das ganzheitlich und zielorientiert ist und diese fachlichen Bereiche in der Hilfeplanung unterstützt. Auch die Ressourcen der Personen sind nun mehr beschrieben als zuvor. Indem die Sachbearbeiterin des Sozialhilfeträgers auch im Fachausschuss der Werkstätten beteiligt ist, können die Inhalte dort teilweise vernetzt werden.

Die Möglichkeit, dass in der Versorgungsregion ein einheitliches Instrument angewendet wird, ist ein weiterer Pluspunkt für den IHP aus Sicht aller Befragten. Manche kennen dies bereits durch die Anwendung des IBRP im Bereich der Sozialpsychiatrie.

Der IHP wird als eine gute Alternative zu anderen Hilfeplaninstrumenten gesehen, die personenorientiert ist und eine objektive Grundlage für die Beantragung von Leistungen darstellt. Die Standardisierung der individuellen Leistungen sehen insb. die befragten Leitungen als eine gute Möglichkeit, ein transparentes Hilfeplanverfahren und Bewilligungsgrundlage zu nutzen.

Im Anhang finden sich alle Eintragungen der Mitarbeiter in den Fragebögen, die sich auf die positiven und negativen Aspekte des Instruments beziehen.

## **5.2. Offene Probleme**

### *Qualifizierte Hilfeplanung benötigt Ressourcen*

Wenn auch die abgestimmte Hilfeplanung, das Interview und die Hilfeplangespräche im Sozialhilfeträger von den Befragten geschätzt werden, so sind sie gleichzeitig das Problem selbst. Denn die Zeit für diese Tätigkeiten ist im Betreuungsalltag bei vielen Anbietern wenig vorhanden. Auch die Leistungsträger beklagen die mangelnden Ressourcen, die ihnen für die Durchführung von HPGs / HPKs zu Verfügung stehen und nicht durch zusätzliche Stellen unterstützt wird.

### *Klare Absprachen zur Verwendung des Hilfeplaninstrumentes*

Einzelne Anbieter verwendeten zusätzlich das bisherige Planungs – bzw. Dokumentationsprogramm, was einer „doppelten Hilfeplanung“ gleichkam und – auch durch den sehr umfangreichen IHP - als für die Zukunft nicht tragbaren Umstand eingeschätzt wurde.

### *Durchführung der Hilfeplanung muss weiter optimiert werden*

Des weiteren war die Abstimmung zu den IHPs mit dem Sozialhilfeträger nicht immer zufrieden stellend. Die Führung des Gesprächs durch manche Mitarbeiter des Sozialhilfeträgers war fachlich mangelhaft und für Klienten und Mitarbeiter „demütigend“ und nicht auf einer Augenhöhe mit den Antragsstellern und Betreuern. Es wurde der Wunsch geäußert, sich die Abläufe in der Einrichtung vor den Gesprächen anzusehen, um nicht vorschnell im HGP den Klienten etwas aufzudrängen, was im Nachhinein in der Realität in der Einrichtung nicht passt. Auch sei es manchmal fraglich, ob den Klienten im HGP nicht etwas in den Mund gelegt werde, was nicht wirklich sein / ihr Wille war.

Bei schwer beeinträchtigten Menschen war der IHP nur sehr wenig einsetzbar im Sinne der Partizipation der Klienten. Hier wurde der IHP überwiegend durch die Betreuer im Sinne des Klienten ausgefüllt, fraglich ist aber für die Anwender, inwieweit dies sinnvoll ist. Auch die Teilnahme an den HPGs/HPKs bei entsprechend beeinträchtigten Menschen (z.B. Autisten) war aus den Erfahrungen der Anbieter und Sozialhilfeträger schwierig und fraglich, in welcher Form die Mitbestimmung hier gesichert werden kann.

Im geschlossenen Bereich war es fachlich gesehen schwierig, nach den Grundsatzzielen zu fragen, weil die meisten Menschen nicht freiwillig dort seien und eine Zielplanung hier nur eingeschränkt möglich ist.

### *Fehlende Verbindlichkeit der Anwendung des IHP*

Im Landkreis A wurden die IHPs nun regelhaft angefordert, und einzelne Anbieter empfinden dies als nicht berechtigt, weil man sich noch in der Erprobung befindet und die Einführung des

Instruments nicht vorgreifen soll. In den zwei anderen Regionen wurde das Fehlen fast jeglicher Aktion des Sozialhilfeträgers bezüglich der Erprobung beklagt, da man nun die IHPs „für die Schublade“ erstellt hatte und der Entwicklungsbericht angefordert wurde. Man hat es, insbesondere in einem Landkreis, mit Dauerbewilligungen zu tun, für welche es eigentlich keine Veranlassung gibt, einen IHP zu erstellen (außer für trägerinterne Zwecke).

Die Befragten, auch auf der Leitungsebene, wünschen sich ein klares Signal, eine gemeinsame Entscheidung und klare „Fahrpläne“ für eine mögliche Einführung des Instruments. Der IHP soll weder weiter „in der Luft hängen“, noch durch einen zweifelhaft autorisierten Sozialhilfeträger schlichtweg „abgefordert“ werden.

#### *Elemente des ICF bislang noch nicht praxisrelevant*

Die Elemente der ICF (Internationale Klassifikation der Gesundheit und Behinderung) der WHO, die während der Erprobung in den IHP eingearbeitet wurden, spielen in der Praxis nahezu keine Rolle. Die Anwender erarbeiteten den IHP, und die Elemente des ICF waren hierfür nicht relevant, hatten keinen Bezug zum konkreten Inhalt des IHP und zu dem, was dort erfragt wurde. Sie dienten als eventuelle Zusatzinformation, wurden aber in den Gesprächen auch beim Sozialhilfeträger nicht weiter behandelt.

### **5.3. Anwendungs-Sicherheit und Zufriedenheit mit dem IHP**

Ein ganz gewichtiges Problem bei der Erprobung war, dass nur wenige Mitarbeiter geschult und informiert waren zu den Grundlagen und zur Handhabung des IHP. Bei wenigen Anbietern erfolgten interne Schulungen, und viele Teilnehmer der damaligen Schulung in Kransdorf fühlten sich selbst nicht sicher genug in der Anwendung. Dies führte in der Praxis zu Fragen, die durch Schulungen hätten beantwortet werden können und auch dazu, dass im Sozialhilfeträger IHPs von sehr unterschiedlicher Qualität vorlagen.

Auch beim Sozialhilfeträger waren die Anwendungsprobleme vorhanden. Die Mitarbeiter hatten Probleme, den IHP als Hilfeplan „mit rotem Faden“ zu lesen, allzu sehr waren die einzelnen Informationen „verteilt“ in den einzelnen Bögen. Sie bevorzugten den „traditionellen Entwicklungsbericht“, weil aus ihm deutlicher wird, welchen konkreten Unterstützungsbedarf die Person hat. Auch äußerten sie, dass sie sich in manchen Fällen eine bessere Qualität der IHPs wünschen, z.B. die Ziele konkreter benannt haben möchten.

In den Ergebnissen der Fragebögen spiegeln sich die Unsicherheit in der Anwendung, ein mangelndes professionell unterstütztes Training und die fehlende Begleitung/Schulung wider:

**„Haben Sie damals an einer Schulung teilgenommen?“**

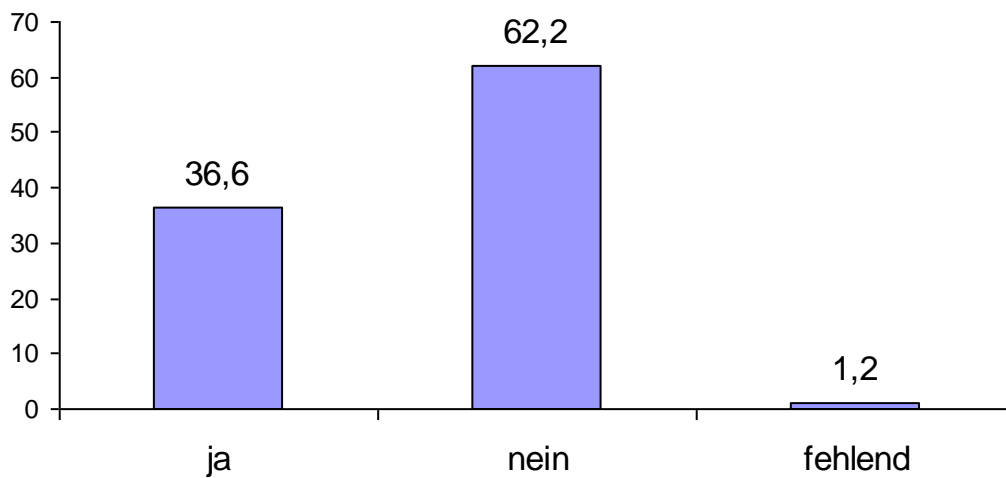


Diagramm 1: Schulungsteilnahme in Prozent von 82

Den Anwendern fehlte ein Forum des Austauschs zur Praxis des IHP, welches seit Ende des Projekts KoDE von niemanden weitergeführt / organisiert worden war. Ein Anbieter wendete den IHP sogar ohne jegliche Schulung oder Teilnahme der Mitarbeiter am Anwendertreffen an. Dies zeigt sich in der folgenden Antwort-Verteilung:

**„Fühlen Sie sich ausreichend informiert über die Grundlagen des IHP?“**

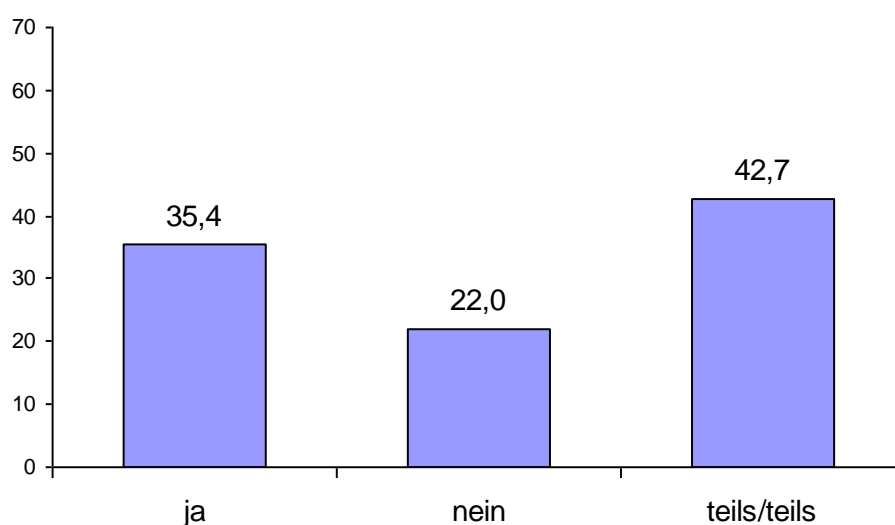


Diagramm 2: Information zu den Grundlagen des IHP in Prozent von 82

Entsprechend resultierte folgende Verteilung bei der Frage nach der Anwendungssicherheit:

**„Fühlten Sie sich in der Anwendung des IHP insgesamt bislang eher sicher oder eher unsicher?“**

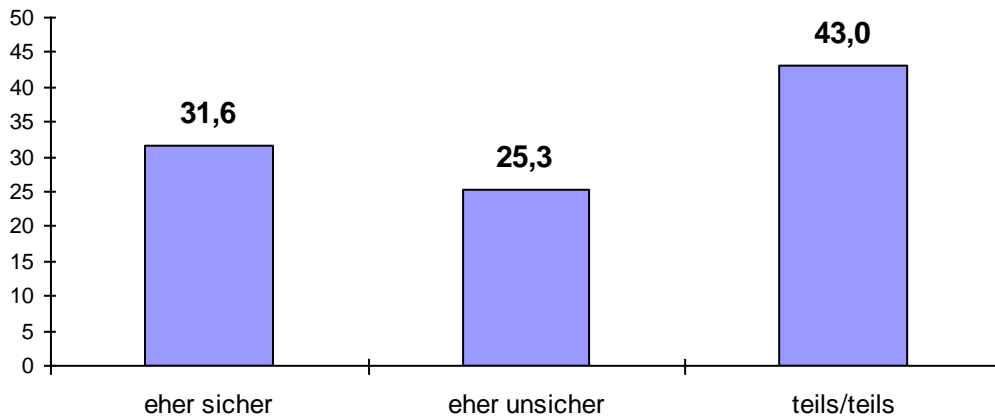


Diagramm 3: Anwendungssicherheit in Prozent von 79 (3 Fragebögen an die Leitungen enthielten die Frage nicht)

#### *Eignung des und Zufriedenheit mit dem IHP aus Sicht der Befragten*

In den Fragebögen schätzten die Befragten ein, inwieweit der IHP in einzelnen Bereichen ein geeignetes Hilfeplaninstrument darstellt, auf einer Skala von 0 (sehr wenig geeignet) bis 10 (sehr gut geeignet):

#### **„Wie geeignet ist der IHP aus Ihrer Sicht, um...“**

Die Anwender geben dem IHP insgesamt eine eher mittlere Einschätzung (siehe Diagramm 4). Den positivsten Wert erzielt die Frage nach der Personenorientierung („eine Hilfeplanung durchzuführen, die sich an den einzelnen Menschen orientiert“) mit 5,8; demgegenüber steht jedoch gleichzeitig der negativste Wert mit 4,4 zur gemeinsamen Hilfeplanung mit den NutzerInnen. Dies deckt den Eindruck aus den Interviews, nach dem die Personenorientiertheit zwar geschätzt wird, die Erarbeitung mit den Klienten zusammen jedoch in der Realität vor größeren Herausforderungen steht.

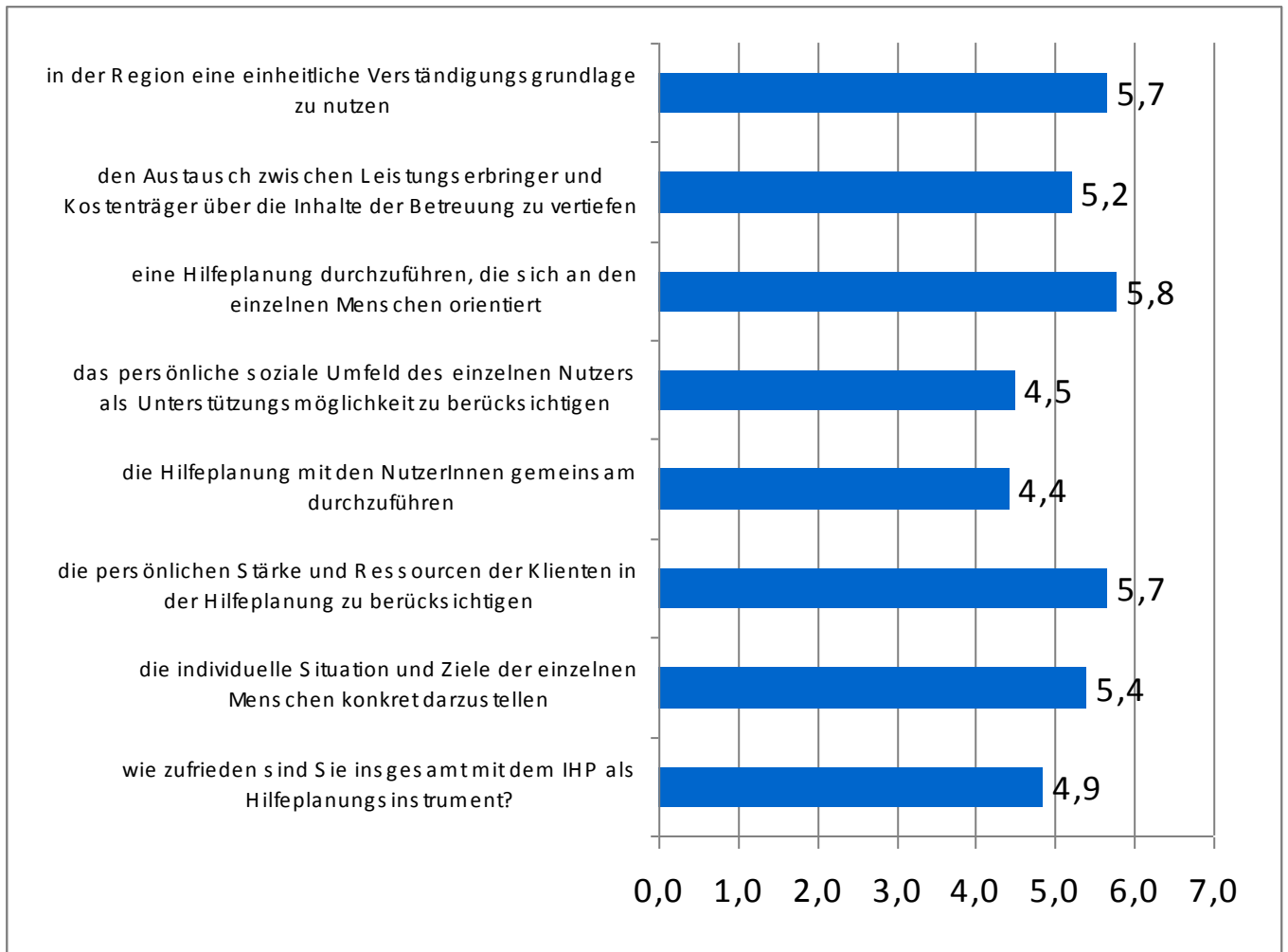


Diagramm 4: Eignung des IHP und Zufriedenheit mit IHP (Skala 0-10)

Am zufriedensten mit dem Instrument waren die Leitungen der Leistungserbringer (Skalenwert 7,6, allerdings nur 3 Fragebögen), gefolgt von den MitarbeiterInnen des Sozialhilfeträgers (Skalenwert 7,4, ), in den Werkstätten und Tagesförderstätten mit 5,3 und im Wohnbereich ist die Zufriedenheit am niedrigsten mit 4,3.

Die insgesamt eher verhalten positiv ausgeprägte Einschätzung aller 82 Mitarbeiter lässt sich als Spiegel der bestehenden Unsicherheiten und Umsetzungsprobleme interpretieren. Gestützt wird diese Vermutung dadurch, dass die Personen mit einer großen Anwendungssicherheit dem IHP insgesamt eine deutlich bessere „Note“ geben als die Personen mit fehlender Sicherheit.

Die steigende Anwendungserfahrung hat den Ergebnissen zufolge einen eher geringen Einfluss auf die Akzeptanz des IHP:

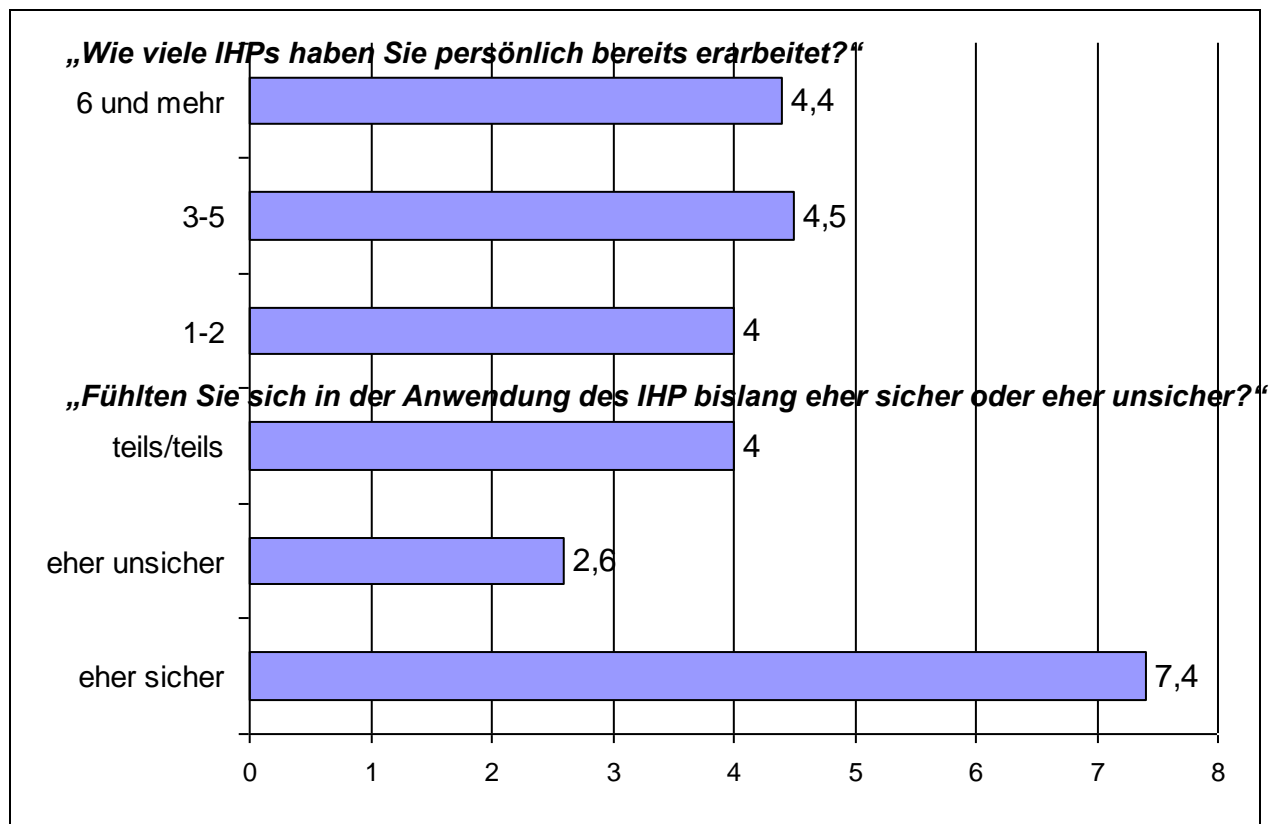


Diagramm 5: Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit dem IHP (Skala 0-10)

Die Anwendungssicherheit nimmt nicht zu mit der steigenden Anzahl der erarbeiteten IHPs: egal, wie viele IHPs die Befragten erarbeitet hatten, die Zahl der Personen, die sich in der Anwendung sicher fühlen, beträgt stets 30-33%). Ein signifikanter Zusammenhang zeigt sich jedoch in der Anwendungssicherheit und der Teilnahme an der Schulung. Personen, die an der Schulung teilgenommen hatten, zeigten sich erheblich sicherer (50% sicher) als die Personen, die nicht teilgenommen hatten (17,6%).

Insgesamt deuten die Ergebnisse auf einen erheblichen Bedarf für intensive weitergehende Schulungen und die Möglichkeit der Praxis-Unterstützung vor Ort für die Mitarbeiter hin.

## 5.4. Wahrnehmung der Klienten

Im Interview lautete eine Frage, wie die Klienten die Hilfeplanung mit dem IHP erleben. Die am häufigsten genannte Antwort war, dass die Klienten „nicht negativ“ reagierten, aber keine ausgeprägt positiven oder negativen Reaktionen zeigten. Für einige Klienten sei die Hilfeplanung bzw. die in ihr gestellten Fragen mit Angst verbunden. Wenn z.B. gefragt wird, „*wo möchten Sie in Zukunft wohnen?*“ (bzw. arbeiten), dann verbanden einige Personen damit, ihnen würde etwas weggenommen, sie müssten ausziehen oder dürften nicht mehr in die Werkstatt kommen. Auch im HPG im Sozialamt sei diese Situation für manche unangenehm, weil man mit fremden Menschen spreche und vielen nicht klar sei, worum es geht. Andere Nutzer hätten sich erfreut in das Gespräch begeben und den Betreuern bzw. den Mitarbeitern im Sozialamt vieles über sich selbst und ihre Vorstellungen (auch teilweise manches neu für die Bezugsbetreuer) mitgeteilt. Die Fragen seien jedoch teilweise sehr persönlich und rührten vieles in den Klienten auf, was im Gespräch teilweise nicht leicht zu steuern war. Viele Klienten hätten viele Begriffe nicht verstanden, bzw. den Sinn des Interviews nicht nachvollzogen. Hier hänge vieles mit der Form des IHP zusammen, dass die differenzierten Planungsschritte im IHP nicht verständlich seien für die Klienten. Auch sei die Hilfeplanung insb. für Klienten, die tagsüber in die WfbM gehen, anstrengend, da sie abends müde seien und der IHP viel Zeit für die Erarbeitung benötige. In den freien Antworten in den Fragebögen schätzen einige Mitarbeiter ein, dass der IHP einen Nutzen für die Klienten hätte, wenn sich die Abstimmung und das regelm. Arbeiten mit dem IHP etablieren würde, und wenn der IHP in seiner Form verbessert würde.

Hier einzelne Zitate aus den Fragebögen auf die Frage:

### **„Profitieren die NutzerInnen von der Anwendung des IHP?“**

- *„bei gemeinsamer Erarbeitung mit Klienten ja, da Bestätigung, aber oft Fragestellung unverstanden und zu umfangreich (wiederholt sich vieles)“*
- *„Ja: da ansatzweise Klienten zentriert und Träger / Ämter übergreifend / Nein: Aussagekraft verliert sich auf zu vielen Seiten & reduziert sich auf Bogen III“*
- *„Sie werden per Interview beteiligt, ihre Wünsche und Ideen sind von Anfang an Teil des Verfahrens – früher bei uns erst ab späteren Zeitpunkt beteiligt -: Ansonsten Absicherung der Hilfeplanung -> Verlässlichkeit. Wünsche werden offener erfragt als früher!!!“*
- *„Wenn für alle eine ausreichende Schulung geben würde, würden NutzerInnen davon profitieren. Nachlesbares Handbuch zur Handhabung des IHPs mit Formulierungsanliegen“*
- *„Viel zu kompliziert für das Klientel“*



**„Profitieren die Nutzer von der Anwendung des IHP?“**

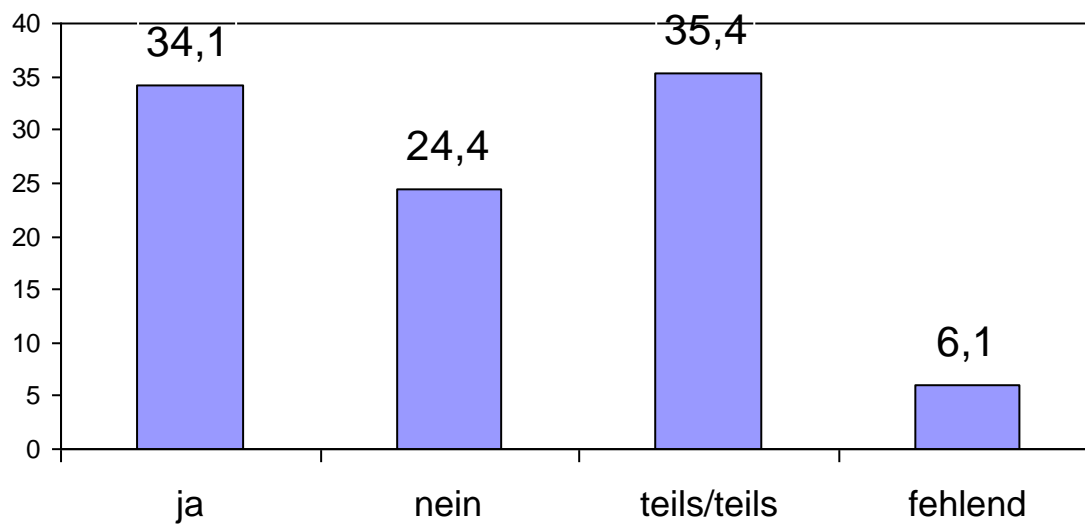


Diagramm 6: Profitieren der Nutzer in Prozent von 82

Diese Ergebnisse zur Frage nach dem Profitieren der Nutzer zeigen, dass sich positive Effekte für die Nutzer aus Sicht der Mitarbeiter anscheinend erst dann ergeben, wenn Struktur der Verwendung und Form des IHP gut gestaltet sind.

## 6. Perspektiven für den IHP

Seit gut zwei Jahren wird der IHP in den Einrichtungen und Sozialhilfeträgern erprobt. Aufbauend auf der Zielsetzung der Erprobung – Erfahrungen zu sammeln mit einem alternativen Hilfeplaninstrument für Menschen mit geistiger Behinderung – steht die Frage, ob der IHP in der Versorgungsregion einsetzbar ist und es zu seiner einheitlichen Anwendung kommt.

Die befragten Anwender in den Einrichtungen sprechen sich für eine Anwendung aus, wenn

- der IHP in seiner Form optimiert wird,
- es eine gute EDV-Version gibt
- keine doppelte Dokumentation / Planung in den Einrichtungen erfolgt
- ausreichend Zeit für die Erarbeitung vorhanden ist
- Schulung, Begleitung und Austausch der Anwender gesichert sind.

Zwei Anwender sprechen sich gegen die Einführung des IHP aus. 4 Anbieter mit Ausnahme der WfbMs wollen weiterhin definitiv intern den IHP anwenden und hoffen, dass es zu einer Entscheidung pro IHP für alle kommt. Für viele ist der Faktor, bereits viel Energie in die Erprobung gesetzt zu haben, wichtig.

Die Werkstätten möchten den Zusatzbogen Ib zukünftig weiter anwenden, zum einen weil der Bogen im Fachausschuss akzeptiert und gut praktikabel ist, zum andern weil man bereits viel Energie in die Erarbeitung und Umstellung des Bogens gesetzt hat. Es gibt hier die konkrete Vorstellung, den Bogen auf der Landesarbeitsgruppe der Werkstätten in MV zu präsentieren und als einheitliches Instrument vorzuschlagen.

Die befragten Leitungen der Anbieter und Sozialhilfeträger sind ohne Ausnahme für die Einführung des IHP. Man erwartet hierdurch eine Abwendung des Metzler-Verfahrens bzw. die Loslösung von bislang eingesetzten Hilfeplaninstrumenten, die evtl. weniger personenorientiert sind. Positiv gesehen wird auch die Objektivität der Leistungsgewährung und Transparenz im Beantragungsverfahren.

Wichtig ist für die leitenden Mitarbeiter, dass die Einführung des IHP koordiniert geschieht, und dass es eine tatsächlich einheitliche Einführung des IHP in allen drei Gebietskörperschaften mit allen Anbietern ist. Erst wenn dies gesichert ist, sagen die leitenden Mitarbeiter der Leistungserbringer ja zu der Einführung. Ungelöst ist die Frage, wie man zu einer gemeinsamen Entscheidung zum IHP in der Versorgungsregion kommen kann und wer berechtigt ist, über die verbindliche Einführung des IHP zu verfügen.

In den Fragebögen geben die Mitarbeiter trotz der umschriebenen Probleme für die weitere Anwendung ein klares Signal:

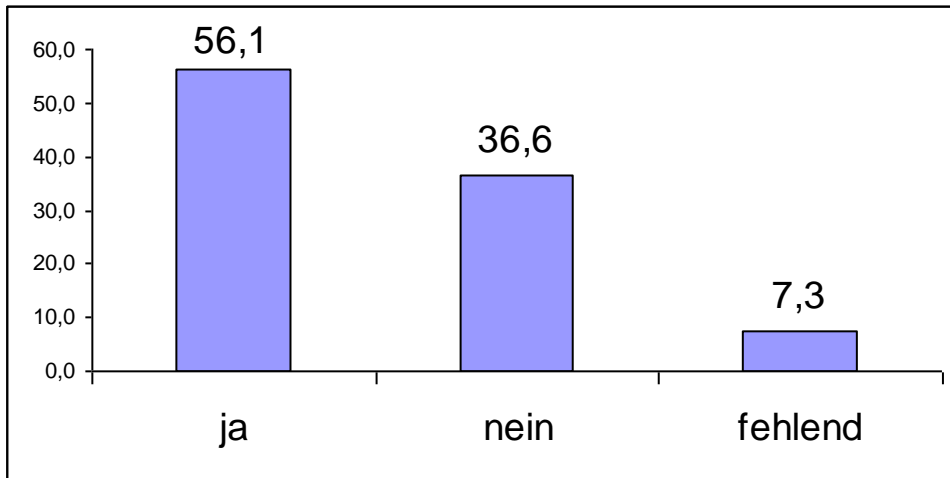


Diagramm 7: Weitere Anwendung des IHP in Prozent von 82

Der Wunsch der Mehrheit der Befragten ist, dass der IHP weiterhin angewendet wird. Trotz der Anwendungsprobleme scheinen die Mitarbeiter grundsätzlich die Anwendung des personenorientierten Ansatzes zu befürworten.

## 7. Empfehlungen

Das Institut kann auf der Grundlage der beschriebenen Ergebnisse die sukzessive Einführung des IHP in der Versorgungsregion Stralsund empfehlen.

Die Gründe hierfür liegen in der Einschätzung der befragten Interviewpartner und Fragebogen-Anwender, dass der IHP und die Strukturen seiner Anwendung zwar noch nicht optimal ist, jedoch seine weitere Verwendung insgesamt gewünscht wird. Darüber hinaus weisen die Ergebnisse darauf hin, dass durch eine ausreichende Begleitung und Schulung der Mitarbeiter dieses Instrument zufrieden stellend angewendet werden kann.

Die Verwendung des IHP würde die Orientierung an der Person bei der Hilfeplanung deutlich stärken und die Transparenz des gesamten Hilfeplanverfahrens steigt – beides sollte aus Sicht der Autoren weiterhin unterstützt und umgesetzt werden. Der Trend zu einer Individualisierung auch der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung wird sich zukünftig weiterentwickeln, und mit dem IHP kann dem Anspruch an einer zeitgemäßen Fachlichkeit an die Hilfeplanung gerecht werden.

### *Zentrale Koordination*

Das Institut empfiehlt der Versorgungsregion dringlich, eine zentrale Stelle zur Koordinierung des Einsatzes des IHP festzulegen. Für Fragen zum IHP wird eine ansprechbare und verlässliche Person aus der Versorgungsregion benötigt, die

- Die Schulungen aller Anwender organisiert
- Die Begleitung und regelm. Erfahrungsaustausch koordiniert
- zentraler Ansprechpartner ist
- die kontinuierliche Verbesserung des IHP C bedenkt
- eine Abstimmung zur Weiterentwicklung der Hilfeplanung und –instrumente im Bereich seelisch behinderter Menschen sicherstellt
- eine EDV-Unterstützung bereithält
- den IHP auch über die Grenzen der Versorgungsregion hinaus publik macht.

### *Überarbeitung des IHP*

Weiterhin sollte der IHP in seiner Form in einem Gremium der Versorgungsregion optimiert werden (ähnlich dem Vorgehen in der Ad-hoc-Gruppe). Das Institut legt mit Ende der Evaluation einen konkreten Vorschlag für die Neugestaltung des IHP vor, welcher von diesem Gremium geprüft und ggf. modifiziert werden sollte. Die Beteiligung von Klienten an diesem Gremium wird empfohlen, damit das Instrument für so viele Nutzer wie möglich verständlich ist.

### *Weiterer Austausch der Anwender*

Es war deutlicher Wunsch der befragten Anwender, weiterhin eine Möglichkeit des regelmäßigen Austauschs zu Anwendungsfragen bzgl. IHP zu haben. Dies sollte weiterhin ermöglicht werden.

### *Einbettung in die Strukturen*

Das Hilfeplanverfahren benötigt eine klare Struktur, sowohl bezogen auf die Hilfeplanung innerhalb der Leistungserbringer als auch auf die Verfahren zur Beantragung mit IHP im Sozialhilfeträger. Eine für alle drei Gebietskörperschaften der Versorgungsregion gültige Geschäftsordnung zum Hilfeplanverfahren mit Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung sollte die Klarheit der Strukturen unterstützen. Diese Geschäftsordnung kann Ergebnis einer gemeinsamen Erarbeitung der Leistungsträger und Anbieter sein.

### *Fachlichkeit und Nutzer-Mitbestimmung sichern*

Der IHP stellt einen hohen Anspruch an die fachliche Grundhaltung der beteiligten Mitarbeiter. Diese kann in ihrer Wichtigkeit für eine gelingende Hilfeplanung nicht hoch genug eingeschätzt werden und muss Gegenstand der Schulungen sein und innerhalb der Region und der Strukturen der Leistungserbringer kontinuierlich reflektiert werden.

Verfahren zur Sicherung der inhaltlichen Qualität sind ggf. zu einem späteren Zeitpunkt einzuführen.

Der Unterstützung der Nutzer-Mitbestimmung und der tatsächlich gemeinsamen Hilfeplanung muss weiterhin ein hoher Stellenwert beigemessen werden. Menschen mit komplexen Hilfebedarfen müssen einen adäquaten Platz in der Hilfeplanung erhalten. Die Frage, ob Nutzer profitieren, sollte nach einigen Jahren deutlich positiver ausfallen als sie es bei den jetzt vorliegenden Ergebnissen ist.

### *Eindeutige Entscheidung und gemeinsame Unterstützung*

Die vom IHP überzeugten Anbieter und Sozialhilfeträger sollten gemeinsam die Idee des IHP nach außen tragen und in gemeinsamer Verantwortung die einheitliche Anwendung des IHP unterstützen. Erst wenn der IHP in der gesamten Region angewendet wird, kann er eine zentrale Funktion für die Steuerung der Hilfen und ggf. notwendige Veränderungen im Gesamt-Angebotssystem leisten.

## Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Verteilung Herkunft Fragebögen .....	3
Diagramm 1: Schulungsteilnahme .....	12
Diagramm 2: Information zu den Grundlagen des IHP .....	12
Diagramm 3: Anwendungssicherheit in Prozent von 79.....	13
Diagramm 4: Eignung des IHP und Zufriedenheit mit IHP .....	14
Diagramm 5: Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit dem IHP .....	15
Diagramm 6: Profitieren der Nutzer .....	17
Diagramm 7: Weitere Anwendung des IHP .....	19

## Freie Antworten Nr. 7a

### **„Profitieren die NutzerInnen von der Anwendung des IHP?“**

1 In der Praxis IHP nicht angewendet

3 Mehraufwand aber übersichtliches Instrument

7 Beschreibung von Fähigkeiten und Ressourcen, ebenso wie Beeinträchtigungen und Störungen

Ziele werden konkret formuliert und können in der Fortschreibung korrigiert werden

Zusammenarbeit aller an der Hilfe Beteiligten

13 Analyse zu oberflächlich!

20 Anwender wurden ausreichend geschult

Formulierungshilfen fehlen

21 wenn für alle eine ausreichende Schulung geben würde, würden NutzerInnen davon profitieren. Nachlesbares Handbuch zur Handhabung des IHPs mit Formulierungsanliegen

25 viel zu kompliziert für das Klientel

28 wird vom Sozialamt gar nicht angefordert

36 bei gemeinsamer Erarbeitung mit Klienten ja, da Bestätigung, aber oft Fragestellung unverständlich und zu umfangreich (wiederholt sich vieles)

39 Indirekt durch konkretere Information aller Mitarbeiter und Ersetzung von Zielen

44 Persönliche Wünsche / Bedürfnisse wurden erfasst – können in der täglichen Arbeit miteinbezogen werden

Detailliertere Erfassung

46 Fähigkeiten & Fertigkeiten werden genau aufgeschlüsselt. Das erleichtert eine genaue Förderung des Klientels

47 Der erste Teil des IHPs (Bogen I) ist teilweise ziemlich „aufgebläht“. Für viele Klienten ist es schwierig die Fragen zu beantworten. Die Fragen sind thematisch ähnlich und daher oft für die Klienten nicht zu unterzeichnen. Daher ist der IHP sehr zeitintensiv.

48 Ja: da ansatzweise Klienten zentriert und Träger / Ämter übergreifend

Nein: Aussagekraft verliert sich auf zu vielen Seiten & reduziert sich auf Bogen III

49 durch Mitsprache / Mitgestaltungsmöglichkeit

50 Der IHP ist teilweise den Nutzern schwierig verständlich zu machen

54 Struktur und zeitl. Rahmen ermöglichen die regelm. Anwendung

IHP beschränkt sich auf wesentliche Fakten

für Besonderheiten ist die Möglichkeit die zusätzlichen Erwähnung geschaffen

55 Erfahrungsaustausch mit allen Betreuten

Möglichkeit zum „Nachlesen“

56 Austauschmöglichkeiten mit allen Betreuern

57 Konkrete und verbindliche Umsetzung von Maßnahmen, persönliche Einbringung möglich

58 Informationsaustausch

Verlaufs- und Entwicklungsdarstellung

Zielsetzungen zu bearbeiten, festlegen

60 Klar formulierte Zielstellungen machen Ressourcen frei, erleichtern die Arbeit mit und Unterstützung durch Betreuer! Persönliche Wünsche werden berücksichtigt, Eigenverantwortung wird gestärkt

61 Er können neue Meilensteine in der Entwicklung erarbeitet werden

Man schaut auf bereits erreichte Ziele zurück

63 direkter Austausch aller Beteiligten (die mit der / dem Betreuten arbeiten) möglich  
intensives Instrument

65 Bedürfnisse, Wünsche, Ziele werden abgefragt -> Erinnerung daran möglich

IHP findet im Alltag der Betreuung / Begleitung zu wenig Raum

IHP findet im Kliententeam zuwenig Raum

IHP-Überprüfung (Wirksamkeitsprüfung) findet kaum statt.

66 Durch die Genauigkeit des Erfassungsverfahrens lassen sich wunderbar Ziele formulieren

67 Durch das Interview fließen die aktuellen Wünsche, Ziele und Sorgen der Betreuten in das Hilfeplanverfahren ein. Durch die Aufdeckung der Ressourcen, der Hindernisse und vorhandenen Stärken können konkrete Meilensteine und die notwendigen Hilfen dafür mit allen Beteiligten verbindlich und mit einem vertretbaren Zeitaufwand erarbeitet werden

69 Sie werden per Interview beteiligt, ihre Wünsche und Ideen sind von Anfang an, Teil des Verfahrens – früher bei uns erst ab späteren Zeitpunkt beteiligt -: Ansonsten Absicherung der Hilfeplanung -> Verlässlichkeit. Wünsche werden offener erfragt als früher!!!

76 Es sollte ein Ergebnis bzw. eine Empfehlung für die Weiterbewilligung enthalten

78 IHP zeigt klar die Veränderungen über den Hilfezeitraum (Ziele und deren Erfüllungen können gut nachvollzogen werden)

Problematische Bereiche werden in den Vordergrund gerückt – somit können die Hilfen individuell erbracht werden

79 Ich kann Veränderungen im Bedarf besser erkennen und darauf die Ziele für den Bewilligungszeitraum abstimmen. Weiterhin kann ich Probleme des Hilfeempfängers erlesen und meine Fragen gezielt in Gespräch auf Ursache und Vermeidung zukünftiger Probleme hinarbeiten

80 Finden der geeigneten Hilfe

81 Zur Feststellung des Hilfebedarfs und Gewährung geeigneter Hilfen

Überprüfung der Hilfestellung (Ziele und deren Erfüllung)

82 Als Hilfeplaninstrument im Rahmen des Gesamtplanes gemäß § 58 SGB XII u. zur „passgenauen“ (geeigneten) Hilfestellung und Überprüfung selbiger.



## Freie Antworten 8a)

**„Wünschen Sie sich, dass der IHP weiterhin angewendet wird? Wenn ja, warum, wenn nein, aus welchen Gründen?“**

3 Einheitliches Instrument

7 der Mitarbeiter der WfbM steht im Mittelpunkt – individuelle Ziele und Wünsche (unterschiedliche persönliche Voraussetzungen -> muss die Hilfe wollen

die finanziellen Möglichkeiten des Kostenträgers sollten eine untergeordnete Rolle spielen – wenn der Mitarbeiter den Verbleib in der WfbM wünscht, nicht IFD -> allg. Arbeitsmarkt

13 Auswertung fehlt

20 Der IHP müsste gekürzt werden. Die Fragestellungen sind für Menschen mit einer geistigen Behinderung zu schwierig gestellt. Die Fragen werden nicht verstanden, müssen erläutert werden.

21 Fragen an den Klienten sind nicht auf KlientInnen mit geistiger Behinderung ausgelegt.

Klienten fühlen sich durch die komprimierten Fragestellungen verunsichert

wenn eine weitere Überarbeitung gemeinsam mit Kostenträger & Leistungsträger erfolgen würde -> ein mögliches geeignetes Hilfeplaninstrument!!!

22 Um nicht ständig umdenken zu müssen über die inhaltlichen Schwerpunkte der Hilfeplanung....

23 Für geistig behinderte schlecht umsetzbar, da sie oft Realitätsverluste haben

24 Ich finde den IHP zu aufwendig, teilweise schreibt man Punkte doppelt auf. Bogen I kann eingekürzt werden. Die Klienten haben den Sinn, die Fragen oft nicht verstehen können. Man konnte sich nicht im Team absprechen, da jeder mit seinen IHPs beschäftigt war.

28 Viel zu umfangreich, nicht umsetzbar

33 Zu umfangreich und schwierige Fragen für Bewohner

36 In dieser Form nicht, zu umfangreich und zeitaufwändig

37 Zu Komplex für die eigentliche Zielgruppe für die Bewohner schwer zu verstehen, unglückliche Fragestellungen, wirkt eher abschreckend

41 Bisher an Beurteilung vorangegangener IHPs anknüpfen können

44 umfassendere Einschätzung der Klienten für alle Beteiligten informativ und arbeitsbegleitend zu nutzen

Aktionsplan einprägsamer Leitfaden

46 individuelle Arbeit mit Klienten

Mitsprache Recht der Klienten

Klar strukturierte Betreuung

47 Der IHP sollte in abgeänderter Form angewendet werden. Es fehlt ein Evaluationsteil, man hat somit keinen aussagekräftigen Überblick zu den Weiterentwicklungen zum vorherigen IHP

48 möglichst wenig Raum für freien Interpretation

49 IHP ermöglicht personenzentrierte Hilfe

50 Wichtig ist ein einheitliches Hilfeplaninstrument, der IHP ist dafür gut geeignet wenn er an verschiedenen Punkten noch mal überarbeitet, besser verständlich und vereinfacht wird.

54 regelm. Austausch und Besprechung von Zielsetzungen und Entwicklungen ist notwendig i.d. Arbeit mit Betreuten

Austausch zwischen Arbeit und Wohnen findet sonst nicht so konkret statt.

55 Untersch. Meinungen können diskutiert werden.

gute Arbeitsgrundlage im „Umgang“ mit den Betreuten

56 Gute Arbeitsgrundlage

57 Sichert die Qualität im Zusammenarbeiten auf versch. Ebenen

58 guter Informationsaustausch aller Beteiligten

übersichtliches Arbeitsweise (Darstellung der Informationen)

Festlegung von Zielsetzungen und die Form der Überprüfung von diesen

59 erfordert kollegiale Zusammenarbeit, professionelle Grundlage ein einzelnen Mensch anzuschauen

60 Täglicher Umgang verlangt, hin und wieder „von außen“ auf den Prozess zu schauen, um Entwicklungen / Veränderungen berücksichtigen zu können und das Augenmerk zu schärfen für die Persönlichkeit des „Nutzers“!

63 Betreute werden nicht durch „Raster“ und „Kreuze“ beschrieben, Hilfebedarfsgruppen analog HMB-WL, personenzentriertes Anbieter&Beteiligung möglich

Betreute stehen bewusst im Mittelpunkt des IHP

65 Ziele, Entwicklung, Fähigkeiten, Wünsche werden im IHP festgehalten.

IHP ermöglicht Kennenlernen und Bewusstseinsförderung für Klient und päd. Mitarbeiter -> Kollegialen Austausch

IHP begleitet Selbstkontrolle und Erinnerung

IHP kann eine Grundlage für neue Wege / Schritte sein

66 Ein „normiertes“ Verfahren der Erarbeitung von Zielmarken – für alle Beteiligten ein hoher Nutzen – warum wechseln?

67 In der Praxis gut handhabbar

69 Erprobtes, gutes, bewährtes Verfahren, sichert die Qualität der Arbeit ab – eindeutig höherer Standard als Metzler-Verfahren – und unserer Sicht unbedingt beizubehalten

71 Zuviel Aufwand, zu lang, zu viel Zeit

72 zu aufwendig

76 Aber bei den Weiterbewilligungen ABW nur verkürzt bzw. mit einer Zusammenfassung und einer Empfehlung bezüglich der Fachleistung

78 berücksichtigte Individualität des Hilfeempfängers

verschiedene Bereiche – zeigen Verbesserungen bzw. Probleme auf

Meilensteine- klare Zukunftsorientierung

79 es ist ein geeignetes Mittel für mich als Sachbearbeiter zu erkennen, ob die Hilfe für den Hilfeempfänger geeignet, angemessen und erforderlich ist. Ich bin in meiner Arbeit bestärkt, da ich den Individualansatz anwende und für jeden Hilfeempfänger, die ihm zustehende Hilfe ge-

währe

81 IHP ist ein geeignetes Mittel

82 Siehe 7b und weil mich der IHP an sich überzeugt

## Freie Antworten der Befragten 9)

**„Was sind aus Ihrer Sicht wichtige Voraussetzungen, damit der IHP gut angewendet werden kann?“**

1 technische Voraussetzungen (EDV-tauglich)

keine andere Betreuungsverfahren zusätzlich

intensive und kontinuierliche Schulungen und Weiterbildungen

3 weitere Verbreitung (auch andere Sozialämter)

Softwarelösung für einfachere Anwendung und Auswertung

6 einfachere Begrifflichkeiten, damit diese auch von den geistig behinderten MA verstanden werden

7 im IHP-Gespräch -> für den Mitarbeiter verständliche Sprache

manchmal schwierig Formulierungen zu finden, die die Individualität des Menschen zum Ausdruck bringt

13 MELBA anschaffen!

MELBA umsetzen!

20 Der Klient müsste den IHP verstehen. Der Klient versteht den Sinn der Befragung nicht, warum notwendig. (Was ändert sich?)

21 Anwenderprogramm, Software

Handbuch

Schulungsmöglichkeiten

weitere Überarbeitung gemeinsam mit Kostenträger & Leistungsträger, Klienten

22 Kurze, präzise Formulierung

23 dass der Klient sprechen kann

dass der Klient die Fragestellungen versteht

dass ein guter Kontakt zur Familie besteht, die Helfen könnte, das ist oft nicht so

24 kürzer fassen

25 kürzer fassen

einfache Formulierungen

28 Knappes präzises Schriftstück mit wichtigsten Details

36 komprimierter

37 Formular-Charakter müsste abgeschwächt werden

Umgang und Fragestellung müssten eher / mehr auf die ind. Fähigkeiten Rücksicht nehmen

39 Auswertung, Aktualisierung

41 Abhängig von Klientel der Einrichtung

44 ausreichender Zeitrahmen zur Erstellung

Bereitschaft / Vermögen des Klienten

46 Zusammenarbeit zwischen Betreuungspersonal & Klienten

Schulungen zum IHP

- 47 Es muss ein Evaluationsteil hinzugefügt werden
- 48 Analog IBRP = Alle Beteiligten müssten ihn „lesen“ können. Visuell & auch von der Systematik. Einheitlichkeit des Instruments.
- 49 „Verschlankung“ der bisherigen Form vor allem im Teil I Bogen 3 und 4 zu aufgebläht
- 52 Regelmäßiges Tun  
Alltagstauglichkeit
- 54 ausführliche Vorbereitung der Anwender  
im Verlauf der Erinnerung an Zielsetzungen der IHPs  
Einbeziehung der Betreuten und Erinnern der Betreuten an die getroffenen Vereinbarungen
- 55 Regelmäßigkeit
- 56 genaue Absprachen
- 57 Jeder Beteiligte muss sich entsprechend intensiv mit den Ergebnissen des IHP auseinandersetzen
- 58 allg. grundlegenden Kenntnisse  
Informationsaustausch der Beteiligten  
Aktualität
- 59 Zeit, Personal, gute Planung
- 60 Genug Zeit für die Gespräche (Interviews) mit den Betreuten einplanen  
Alle begleitenden MA sollten im Prozess beteiligt sein weg. Verschiedener Erfahrungen
- 61 Reflektion in bestimmten Zeitabständen  
Zusammenarbeit aller Beteiligten
- 63 Identifikation mit dem Instrument  
Zur Verfügung stellen von zeitl. Ressourcen durch die Träger
- 65 alle pädagogischen Mitarbeiter vor Ort müssen IHP kennen  
IHP- Überprüfung sollte regelm. stattfinden (alle 6 MO)
   
In Krisensituationen sollte übergreifende (Arbeit&Wohnen) ein sogenanntes IHP-Forum zwecks Austausch & Absprachen zusammen tagen.
- 66 Gute Vorbereitung; konzentriertes gemeinsames Erarbeiten; treffende Umschreibung der Kernaussagen
- 67 Gute zeitliche Planung in Vorbereitungs- und Durchführungsphase; alle Beteiligten müssen vorbereitet sein. Der IHP muss im „Arbeitsalltag“ sowohl im Wohn- und wie Arbeitsbereich immer wieder Gegenstand der päd. Arbeit sein.
- 69 regelm. Anwendung, Beteiligung des ganzen Teams – Kooperation mit Kostenträgern, so dass es größere Selbstverständlichkeit erfährt
- 70 Einweisung
- 72 Schulungen Erfahrungsaustausch
- 78 IHP= Grundlage für die Hilfeleistung bzw. Nachvollziehen der erbrachten Hilfe  
Gewissenhaftes Erstellen des IHP  
Gewissenhaftes Anwenden des IHP
- 79 Der Hilfeebringer, der den IHP mit den Hilfeempf. ausfüllt, sollte den IHP immer gewissen-

haft und den Tatsachen entsprechend ausfüllen und so können Probleme erkannt werden

80 Konkrete und genaue Angaben

81 Konkrete Angaben im Hilfeplan

gewissenhafte Auswertung des Hilfeplans,

Durchführung der Hilfeplangespräche

82 Verständnis für den Hilfeplan durch Schulungen

Intensives Studium des Hilfeplans / Auswertung

Entwicklungen feststellen, um Ziele zu überprüfen und ggf. zu korrigieren

gute Vorbereitung u. Durchführung der Hilfeplangespräche