

**Systeme verbinden - gemeinsames Hilfeplanungsinstrument
für Suchtkrankenhilfe und Psychiatrie in
Mecklenburg-Vorpommern: der IBRP-MV 2006**

*Christina Nerlich, Stefan Paulaeck, Thomas Utermark,
Ingmar Steinhart*

Ausgangssituation

Eine qualifizierte leistungsträger- und zielgruppenübergreifende landeseinheitliche individuelle Hilfeplanung sollte selbstverständlich auch die Maßnahmen für suchtkranke Menschen umfassen. Auch wenn dieser Anspruch in vielen Gebietskörperschaften des Landes Mecklenburg-Vorpommern im Jahre 2009 mittlerweile eingelöst ist, entsprach dies nicht der Ausgangssituation.

Im Jahre 2002 wurde der von der AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) entwickelte Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) in Mecklenburg-Vorpommern (MV) als Hilfeplanungsinstrument flächendeckend zunächst nur für erwachsene Menschen mit wesentlichen psychischen Beeinträchtigungen, eingeführt und im Landesrahmenvertrag als einziges Hilfeplanungsinstrument für diese Zielgruppe verankert. Seit dem Jahr 2004 ist die regelmäßige Durchführung von Hilfeplankonferenzen in allen 18 Gebietskörperschaften des Landes als Standard vereinbart. In neun Gebietskörperschaften wird der IBRP mittlerweile auch für Menschen mit einer Suchterkrankung angewendet – hier finden Hilfeplankonferenzen auch für diesen Personenkreis statt, obwohl noch keine rechtsverbindliche, landesweite Grundlage im Landesrahmenvertrag für ein standardisiertes Hilfeplanverfahren für Menschen mit einer chronischen Suchterkrankung geschaffen werden konnte.

Unklar, ja sogar umstritten war seit der Etablierung der Hilfeplankonferenzen und der Anwendung des IBRP, ob dieses Instrument in seiner »klassischen« Form für die Zielgruppe der Suchtkrankenhilfe überhaupt geeignet ist oder ob der IBRP einer Modifizierung bedarf.

Parallel dazu waren im Bereich der SGB XII-finanzierten sozialpsychiatrischen Angebote verstärkt Zugänge von Menschen mit komorbiden Störungen (z. B. Psychose und Sucht) in das Hilfesystem zu verzeichnen, deren Ausgangslage nicht adäquat in den zur Verfügung stehenden Bögen dargestellt werden konnte. Es gab also neben den grundsätzlichen »Abnei-

gungen gegenüber gemeinsamen Instrumenten« zwischen Suchtkrankenhilfe und Psychiatrie »Druck von der Basis«, die Instrumente den im Hilfesystem existierenden Klienten anzupassen.

Das Sozialministerium des Landes MV beauftragte vor diesem Hintergrund das Institut für Sozialpsychiatrie MV e. V. an der Universität Greifswald (ISP), die Anwendung des IBRP im Bereich der Hilfen für chronisch suchterkrankte Menschen zu untersuchen und einen praxistauglichen Vorschlag für die Modifizierung des Instrumentes inklusive angepasstem Curriculum für die Schulungen zur Anwendung zu erarbeiten. Ausgehend von den für den IBRP zentralen Prinzipien der Personenzentrierung und Lebensfeldorientierung sollte das Instrument weiterhin eine Klientengruppen unabhängige Zielplanung ermöglichen und unterschiedliche Hilfesysteme mit einbeziehen.

Vorgehen

Zu Beginn des Projektes »Entwicklung des IBRP MV 2006« erfolgte eine vorbereitende Recherche über den landes- und bundesweiten Stand der Anwendung des IBRP in der Suchtkrankenhilfe mit folgenden Elementen:

- Experten aus dem Bundesgebiet, welche den IBRP selbst mit entwickelt haben, wurden befragt. Ihre Empfehlungen bezogen sich auf die fachlichen, aber auch auf die formellen Aspekte einer möglichen Modifizierung des Instrumentes. Anregungen von ausgewiesenen Experten der Suchtkrankenhilfe wurden aufgenommen.
- Mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aus Stralsund und Demmin, welche den IBRP bereits seit zwei Jahren im Suchthilfebereich anwendeten, wurden Tiefeninterviews durchgeführt, aus denen Vorschläge für konkrete inhaltliche Veränderungen am Instrument hervorgingen.
- In anderen Bundesländern bereits entworfene Hilfeplaninstrumente auf Basis eines modifizierten IBRP sowie bewährte Instrumente der Suchthilfe-Dokumentation lieferten Anregungen zur weiteren Veränderung des Instrumentes.

Der insgesamt neunmonatige Prozess der Überarbeitung des IBRP erfolgte in enger Abstimmung mit den Mitarbeitern in der Praxis und der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. Hierzu gehörte u. a. ein Auswertungsworkshop nach der projektvorbereitenden Recherche, wozu sich eine Arbeitsgruppe aus Suchthilfeexperten, Praxis-Mitarbeitern und Mitarbeitern des Instituts für Sozialpsychiatrie MV traf.

Notwendige Modifikationen

Die in der Recherche befragten Mitarbeiter schätzten, die Hilfeplanung und die personenorientierte Planung an sich zwar als sinnvoll ein, jedoch empfanden sie die suchtspezifischen Fragestellungen im IBRP als nicht ausreichend repräsentiert. Der IBRP wurde als »fremdes Instrument« empfunden, das aus dem Bereich der »Psychiatrie« in das eigene Arbeitsfeld gekommen sei und nicht adäquat auf die Themen in der Suchtkrankenhilfe eingehe. Daher war die Motivation der Mitarbeiter, am Veränderungsprozess des Instruments mitzuwirken, sehr stark ausgeprägt. In die im Ergebnis angepassten Bögen flossen im Schwerpunkt die Erfahrungen der Mitarbeiter in der Praxis, die seit zwei Jahren mit dem IBRP gearbeitet hatten, ein. Erkenntnisse aus den Zwischenberichten der Heroinstudie, des Bundesmodellprojektes »Kooperationsmodell Nachgehende Sozialarbeit«, des »Bundesmodellprojektes Ambulante Versorgung für CMA in Bochum« und der Überarbeitung des IBRP in Hessen waren darüber hinaus unterstützend. Zudem wurde versucht, suchtspezifische Fragestellungen aus dem Einrichtungsbezogenen Informations-System (EBIS) zu berücksichtigen.

Nun konnte ein erster Entwurf an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Suchtkrankenhilfe zur kritischen Prüfung durch die Praxiserprobung des Instruments gegeben werden. Parallel dazu gingen die modifizierten Bögen durch die strenge Zensur der »Väter« des IBRP bei der AKTION PSYCHISCH KRANKE, sodass Ende Juni 2006 die ersten Ergänzungen und Korrekturen eingearbeitet werden konnten. Gleichzeitig überarbeitete die Projektgruppe die Curricula für die IBRP-Schulungen. Im Oktober führte das Institut für Sozialpsychiatrie MV zwei Aufbauschulungen für Fortgeschrittene in der Anwendung des IBRP in Demmin und Stralsund durch. Stärker als erwartet, erwiesen sich diese Schulungen als Instanzen in der Korrektur der neuen Instrumente, sodass anschließend bereits eine dritte überarbeitete Version der neuen Bögen präsentiert werden konnte.

Trotz der anfänglichen Skepsis und nach vielfältigsten, aber stets konstruktiven Diskussionsschleifen reifte bei allen Prozessbeteiligten die Einsicht darüber, dass der Bogen A 1 (Mantel- bzw. Übersichtsbogen) in der ursprünglichen Version im Sinne einer probaten, zielgruppenübergreifenden, offenen Zielplanung erhalten werden muss. Vielmehr sollten die vorhandenen Bögen D1 (Assessment) und D2 (Evaluation) adäquat ergänzt werden. Eine Begründung hierfür war, dass die relevanten Bereiche inhaltlich dort am besten verortet werden konnten. Ein weiterer Grund, nicht den Über-

sichtsbogen (A1) zu verändern, war, dass die Einheitlichkeit und Struktur des IBRP-Übersichtsbogen erhalten werden sollte. Wie eingangs erwähnt, sollte das überarbeitete Instrument nutzer- und arbeitsfeldübergreifend angewendet werden können und eine möglichst einheitliche Basis für die inhaltliche Kommunikation auch zwischen den verschiedensten Orten der Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe (von Beratungsstelle bis Klinik, von niedrig-schweligen Hilfen bis Reha-Einrichtung) ermöglichen.

Der Assessmentbogen des IBRP MV 2006® (Bogen D1)

In der Recherche war deutlich geworden, dass sich spezifische Bereiche, die oft bei Menschen mit einer chronischen Suchterkrankung relevant sind, in der Anamnese/Assessment nicht ausreichend wieder finden. Im überarbeiteten Bogen D1 sind diese nun eingefügt worden:

Neben ergänzenden Items zur Wohnsituation und den Einkommensverhältnissen wurde der *Suchtanamnese* als zentrale Planungsgröße nun ausreichend Raum gegeben. Sie findet sich im Anschluss an die psychiatrische Krankengeschichte, zu der nun auch die *Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung* zählt. Auch erfolgte *Substitutionsbehandlungen* können nun mit erfasst werden. *Sozialmedizinische Angaben*, die in der Suchtkrankenhilfe häufig begleitende Problemsituationen deutlich machen wie z. B. Infektionskrankheiten, schlechter Ernährungszustand, hirnorganische Störungen lassen sich nun detailliert berücksichtigen. Dem *Motivationsstatus* des/der Klienten/-in wurde ebenfalls eine bedeutende Rolle eingeräumt. Des Weiteren wird die *rechtliche Situation* (eventuelle Straffälligkeiten, Auflagen, Inhaftierungen, Bewährungszeit etc.) mit dem Zusatzbogen nun erfasst (s. Abb. 1–3).

Evaluation statt Berichterstattung

Der Evaluationsbogen des IBRP-MV 2006® (Bogen D2)

Da sich erfahrungsgemäß bei der Zielgruppe der Suchtkrankenhilfe unvorhergesehene Änderungen im Therapieverlauf auf allen Ebenen oftmals recht schnell vollziehen, sollten sich diese mittels der neuen IBRP-Version verstärkt abbilden lassen. Zu diesem Zweck wurde der Zusatzbogen D2 in seiner Form verändert und erweitert. Hiermit sollte die längst überfällige Möglichkeit einer konkreten Evaluierung der für den laufenden oder vergangenen Unterstützungszeitraum im IBRP-MV 2006® vereinbarten Ziele ermöglicht werden und ein roter Faden im Therapieverlauf erhalten bleiben.

Krankengeschichte, Rehabilitationsverlauf, Suchtanamnese, Sozialmedizinische Angaben, Sichtweisen und Motivationsstatus

1. Psychiatrische Krankengeschichte

In welchem Alter erfolgte erstmals eine stationäre, teilstationäre oder ambulante psychiatrische Behandlung?

Mit Jahren

Zurückliegende (teil-) stationäre Behandlungen	Anzahl	davon:	
		vorzeitig abgebrochen	planmäßig beendet
Psychiatrie und Psychotherapie			
(Qualifizierte) Entgiftungsbehandlung			
Entwöhnungsbehandlung			

In welchem Jahr war der letzte stationäre Aufenthalt?

Wie viele Wochen dauerte dieser?

Besteht oder bestand ein Suchtmittelmissbrauch oder eine – abhängigkeit?

Ja (bitte mit Pkt. 2 fortfahren) Nein (bitte mit Pkt. 3 fortfahren - nächste Seite)

2. Suchtanamnese

Alter bei erstem häufigerem Suchtmittelkonsum: Jahre

Substanzkonsum in den letzten 12 Monaten (Mehrfachnennungen möglich, Hauptsubstanz bitte markieren)

Alkohol Medikamente Cannabole andere Substanzen:
 Opiode Kokain/ Crack Halluzinogene
 Stimulantien und Designerdrogen Nikotin

andere Diagnosen (z.B. Essstörungen, Spielsucht etc.):

Applikationsform(en): oral nasal Rauch
 nicht i.v.-injiziert i.v.-injiziert

mittlere tägliche Konsummenge:

Gibt es hochrisikante Konsumphasen? mehr als 1x pro Woche wöchentlich seltener
 monatlich täglich

Gibt es Erfahrungen mit Abstinenz und (fremd-) kontrolliertem Konsum außerhalb von stationären Einrichtungen und Kliniken?

z. Zt. Abstinenz seit Monaten
 frühere Cleanphasen von mehr als 8 Wochen: Wie oft? Wie lange?
 Phasen des kontrollierten/ reduzierten Konsums: Wie oft? Wie lange?

Ergänzende Angaben: z.B. aktueller Konsum (die letzten 30 Tage), Anlass für Abstinenz oder kontrollierten Konsum oder Aufgabe des polyvalenten Konsums? Gründe für Wiederaufnahme des Konsums? Funktion des Konsums?

Klient (in) erstellt am:

Abb. 1: Auszug aus dem Assessmentbogen des IBRP-MV 2006® – Psychiatrische Krankengeschichte und Suchtanamnese

3. Psychopharmakologische und/ oder Substitutionsbehandlung

In welchem Jahr erstmalig pharmakol./ substituionsbehandelt:

- Seitdem behandelt worden mit: (Mehrfachnennungen möglich, alle Stoffgruppen angeben)
- Neuroleptika
 - Antidepressiva
 - derzeit in Umstellung
 - Tranquillizer
 - Lithium/Carbamazepin
 - Methadon/ Polamidon
 - Acamprosat/ Clomethiazol

ggf. aktuelle Medikation:

- Medikament: a) Dosis/Tag:
- b)
- c)

4. Sind bereits Rehabilitationsversuche vorausgegangen?*

* Hier sind alle Maßnahmen mit einer rehabilitativen Zielsetzung anzuführen und soweit bekannt Angaben über Art, Zeitpunkt und Dauer der Maßnahme zu machen. Neben Rehabilitationsversuchen in speziellen Einrichtungen sind hier auch zu berücksichtigen: z.B. Hilfen im Rahmen von betreuten Wohnangeboten; Tagesstätten und (Pflege-) Heimen der Sozialpsychiatrie, Wohnungslosen-, Straffälligen-, Suchtkranken- oder allg. Behinderten- und Altenhilfe; ambulante psychotherapeutische, soziotherapeutische und ergotherapeutische Behandlungs- und Hilfsangebote von Suchtberatungsstellen.

5. Medizinische Angaben

(Infektionskrankheiten, körperliche Erkrankungen z.B. Diabetes, Leberzirrhose, kritischer Ernährungszustand, Hauterkrankungen, extrem schlechter Zahnstatus, komorbide Störungen, Minderbegabung)

Ist eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI bekannt?

- beantragt, wann? anerkannt Pflegestufe

6. Motivationsstatus und Sichtweisen des/ r Klienten /in

(u.a. Angaben zum Selbstkonzept, zur Veränderungsbereitschaft und Compliance):

Klient (n) erstellt am:

Abb. 2: Auszug aus dem Assessmentbogen des IBRP-MV 2006[®] – Substitutionsbehandlung, sozialmed. Angaben und Motivationsstatus

Rechtliche Situation

1. Justitielle Belastung: ist nicht bekannt Stand:

- Aktuell: laufendes Verfahren
 Bewährung
 Kontaktadresse:

- Führungsaufsicht
 Kontaktadresse:

- Inhaftierung
 Maßregelvollzug
 Gerichtliche Schulden titel
 private Insolvenz seit:
 Betreuung beantragt seit:

- Scheidungsverfahren
 Führerscheinentzug

in der Vergangenheit:

- Vorstrafen
 Anzahl bisheriger Inhaftierungen

- Gesamtdauer bisheriger Inhaftierungen in Monaten:
 Enddatum letzte Inhaftierung

- Anzahl bisheriger Unterbringungen im Maßregelvollzug

- Gesamtdauer bisheriger Unterbringungen im Maßregelvollzug in Monaten

- Enddatum der letzten Unterbringung im Maßregelvollzug

2. Ergänzende Angaben zur rechtlichen Situation

(z.B. Bewährungsaufgaben, Haftverfahren, Erfahrungen mit Maßregelvollzug, Deliktsspezifika, Schuldner; Zusammenhänge mit Suchtproblematik, Chronologie eventuell bisheriger justitieller Belastungen)

Klient/in erstellt am:

Abb. 3: Auszug aus dem Assessmentbogen des IBRP-MV 2006[®] – Rechtliche Situation

Eine weitere Intention für diese erweiterte »Umfunktionierung« des Bogens D 2 war die Schaffung eines Instrumentes, das die bisherigen, eher informellen Sozialberichte über die Betreuungsverläufe ablöst und perspektivisch eine strukturierte und wirkungsorientiertere Retrospektive ermöglicht (s. Abb. 4).

Nach den nunmehr mehrjährigen Erfahrungen der Beteiligten in MV sind ein gemeinsames Planungsinstrument und die Durchführung von Hilfeplankonferenzen jedoch sinnvoll, um zu einer Kultur der Vernetzung und Zusammenarbeit von Psychiatrie und Suchthilfe zu gelangen. Auch die 2008 im Auftrag des Sozialministeriums gegründete, institutions- und kostenträgerübergreifende Arbeitsgruppe Hilfeplanung/Hilfeplankonferenz des Landesverbands Sozialpsychiatrie M-V bezieht sich in ihrer Ausrichtung auch ausdrücklich auf Menschen mit einer Suchterkrankung, wenn sie Anspruchsberechtigte nach § 53 SGB XII sind. Hier arbeiten Mitarbeiter der Suchthilfe und Sozialpsychiatrie gemeinsam an der Optimierung der Hilfeplanverfahren und spezifischen Fachthemen zu diesem Gebiet.

Nach den mehrjährigen Erfahrungen in MV kann festgestellt werden, dass, trotz aller Spezifika der jeweiligen Zielgruppe, Strukturen und Prozesse im Suchtkrankenhilfebereich, ein personenzentriertes und lebensfeldorientiertes Hilfeplanverfahren mit Beteiligung der relevanten Akteure und der Klienten hier seinen sinnvollen Platz gefunden hat.

Erfreut stimmt uns, dass der Vorstand der Landesstelle für Suchtfragen MV in seinem Positionspapier zur Anwendung des IBRP MV 2006 im Bereich der Suchtkrankenhilfe »die Einführung eines einheitlichen Hilfeplaninstrumentes, das die Grundsätze der personenzentrierten Hilfeplanung berücksichtigt«, und die Etablierung »landeseinheitlicher Leistungstypen« begrüßt (Positionspapier der Landesstelle für Suchtfragen, Juni 2008).

Im Gegensatz zum Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern kann sich die Landesstelle bislang leider nicht für die Empfehlung einer breiten Anwendung des IBRP-MV[®] entscheiden, was aus unserer Sicht nicht mit der guten Akzeptanz des Instruments an der Basis in der Praxis der Suchtkrankenhilfe korreliert.

Auch die sich in der Konkretion befindliche neue Psychiatrie-Entwicklungsplanung des Landes Mecklenburg-Vorpommern wird eine einheitliche Hilfeplanung für beide Zielgruppen empfehlen, dem die dort beteiligten Vertreter der Suchthilfe ausdrücklich zugestimmt haben. Hier sollen dann auch – wie bereits heute in zahlreichen Regionen üblich – weitere Leistungsträger z. B. aus dem Bereich Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung (ARGEn, Agentur) sowie die Servicestellen nach SGB IX als »Standard der Hilfeplanung« eingebunden werden. Gleiches gilt für den Zusatzbogen 3 a/b zum Thema Arbeit, der in Mecklenburg in Psychiatrie und Suchthilfe bereits eine hohe Verbreitung gefunden hat.

Nachdem die ersten Schritte der Annäherung zwischen Sozialpsychiatrie und Suchtkrankenhilfe in einigen Regionen in Mecklenburg-Vorpommern erfolgreich bewältigt wurden, sind wir der festen Überzeugung, dass der für die Suchthilfe angepasste Individuelle Behandlungs- und Rehabilitationsplan IBRP-MV 2006 eine gute Grundlage für eine integrierte Hilfeplanung auch für suchtkranke Menschen nicht nur darstellt, sondern dass sich darüber hinaus landesweit auf Basis gemeinsamer Hilfeplanungen mit dem Klienten zukünftig mehr Gemeinsamkeiten entwickeln werden.

Weitere Informationen

Download (sämtliche Bögen des IBRP-MV 2006[®] und die Inhalte der Fachtagung vom 02.12.2006) finden Sie auf der Internetpräsenz des Institutes für Sozialpsychiatrie MV e. V. www.sozialpsychiatrie-mv.de unter »Aktuelles«.