

Vortrag IBRP in der Arbeit mit CMA“ des Instituts für Sozialpsychiatrie (ISP):

Herr Paulaeck:

Sehr geehrte Damen und Herren,

Der nächste Beitrag wird Ihnen von einem Trio präsentiert. Diese gemischte Präsentation ist zurückzuführen auf den Projektverlauf, an dem die nun Vortragenden maßgeblich beteiligt waren.

Wir möchten Ihnen die Intentionen, Überlegungen, und Ergebnisse des Projektes „Weiterentwicklung des IBRP für das Arbeitsfeld der Suchtkrankenhilfe“ vorstellen. Dabei setzten wir in Ermangelung zeitlicher Ressourcen voraus, dass der überwiegende Teil, der hier Anwesenden bereits mit dem IBRP gearbeitet hat, ihn durch interdisziplinäre Tätigkeit kennt oder zumindest von ihm gehört hat.

Der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan ist ein Instrument bestehend aus mehreren Bögen, das im Zuge der Psychiatriereform zwischen 1992 und 1996 von einer Expertenkommission im BMG entwickelt wurde und heute bundesweit als personenzentriertes Hilfeplanungsinstrument in der Sozialpsychiatrie eingesetzt wird. In vielen Bundesländern hat der IBRP bereits den Status eines Gesamtplanes und wird etwas modifiziert sogar zielgruppenübergreifend eingesetzt.

Hintergrund unseres Projektes ist das Fehlen einer geeigneten Hilfeplanung in den Angeboten für chronisch Suchtkranke

gem. Landesrahmenvertrag (LRV) M-V nach § 79 SGB XII (1) Alg. C. Ein Umstand, der das Sozialministerium Ende 2005 bewogen hatte, das Institut für Sozialpsychiatrie an der Universität Greifswald (EMAU) mit der Weiterentwicklung des IBRP zu beauftragen.

Während für die Zielgruppen der geistig und psychisch behinderten Menschen im LRV bereits die vom Gesetzgeber geforderten standardisierten Hilfeplanungsverfahren festgelegt sind und flächendeckend implementiert wurden, gibt es ein solches Verfahren für die Leistungstypen im Bereich der Hilfen für Suchtkranke noch nicht. Tatsächlich ist es so, dass landesweit mit unterschiedlichen teilweise fachlich bedenklichen Eigenproduktionen gearbeitet wird, deren Logik konsequenter Weise fast immer eine institutionszentrierte ist, was eine einrichtungsübergreifende kontinuierliche Rehabilitation nicht gerade erleichtert

Andererseits wird der IBRP in einigen Einrichtungen unseres Landes bereits seit Jahren mit mehr oder weniger Erfolg eingesetzt und in bestimmten Regionen sogar von den Kostenträgern abgefordert.

Von diesen Anwendern wurden seit geraumer Zeit Veränderungen angesprochen und in einigen Regionen sogar selbst vorgenommen.

Weiterhin standen die unzureichende evaluative Ausrichtung des IBRP vor dem Hintergrund wirkungsorientierter Hilfen und das bestehende Curriculum, welches spezifische Inhalte der Suchtkrankenhilfe nur ungenügend berücksichtigt in Kritik. Frau Nerlich erläutert Ihnen nun die Ergebnisse der projektstartenden Recherche.

Frau Nerlich:

Verehrte Damen und Herren, guten Tag,

die Recherche des Institutes ist eine Kombination aus auf den Erfahrungen, welche mit dem IBRP im Suchtbereich gesammelt wurden, und von Empfehlungen, welche Experten zum IBRP und zum Suchtbereich gegeben haben. Folglich wurden in die Recherche einbezogen: Empfehlungen von Experten, welche den IBRP mit entwickelt haben und Empfehlungen von Suchtexperten, es wurden Mitarbeiter der Einrichtungen und Dienste des Suchthilfebereichs in M-V befragt, welche seit 2002 mit dem IBRP arbeiten, dies in der Hansestadt Stralsund, den Versorgungsregionen Demmin, Nordvorpommern, Rügen und der Hansestadt Rostock und. Darüber hinaus wurden Kostenträger-Vertreter des Sozialhilfebereichs befragt. Aus anderen Bundesländern erhielten wir dort bereits modifizierte Instrumente, diese konnten uns wichtige Anregungen zur konkreten Ausgestaltung des neuen IBRP geben. Auch bereits bewährte Instrumente der Suchthilfeplanung und –dokumentation, wie z.B. das in den Suchthilfeberatungsstellen bundesweit angewendete Programm EBIS, wurden hinzugezogen.

Aufgrund der gebotenen Kürze werde ich Ihnen ausschließlich die wesentlichen, für unseren Projektverlauf maßgeblichen Rechercheergebnisse vorstellen.

Zunächst erläutere ich Ihnen, worauf sich die inhaltlichen Änderungswünsche der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Einrichtungen und Dienste beziehen.

Zunächst ist zu bemerken, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den IBRP in seinen fachlichen Grundlagen sehr schätzen. Dies bezieht sich auf die Möglichkeit, mit ihm eine an der einzelnen Person orientierte, transparente und zielorientierte Planung der Hilfen zu gestalten. Darüber hinaus wird geschätzt, dass er eine formale Orientierung gibt, um mit dem Klienten prozesshaft zu arbeiten. Auch der ganzheitliche Blick, die Berücksichtigung der verschiedenen Lebensbereiche im IBRP, wird durch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen geschätzt. Der Einrichtungs- und Dienste übergreifende Austausch, welcher mittels IBRP möglich ist, ist ein weiterer positiv bemerkter Punkt.

Zu den Veränderungswünschen:

Insgesamt ist der IBRP aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu sehr auf allgemeinspsychiatrische Fragestellungen ausgerichtet und repräsentiert wenig die Bedarfe suchterkrankter Menschen. Hierzu gehört besonders, dass die Suchtanamnese (Suchtgeschichte, Trinkverhalten, Anzahl der Entwöhnungen, Trinkanlässe etc.) als zentraler Teil der Hilfeplanung für suchterkrankte Menschen fehlt. Auch die Berücksichtigung der sozialmedizinischen Sicht, wie es meine Vorredner bereits mehrfach erwähnt haben, ist mit dem IBRP nach den Erfahrungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht ausreichend möglich. Die Behandlungsmotivation, welche die Therapieplanung und den Verlauf sehr mit beeinflusst, sollte ebenfalls verstärkt notiert werden können. Da sich Veränderungen gerade bei Menschen mit Suchterkrankungen besonders schnell in allen relevanten Bereichen (somatisch / psychisch / rechtlich / sozial) vollziehen können, sollte die Veränderungsdokumentation mehr Raum erhalten. Auch die rechtliche Situation des Klienten sollte detaillierter erfasst werden können.

Ich komme nun zu den Empfehlungen der Sucht- und IBRP-Experten.

Zu der nicht inhaltlichen sondern formalen Ausgestaltung des modifizierten Instrumentes existieren bei den IBRP-Experten zwei verschiedene Ansichten: zum

einen könnte der IBRP selbst verändert werden, oder aber es wird ein Zusatzbogen für den Bereich Sucht entwickelt.

Hinsichtlich der inhaltlichen Änderungen und Ergänzungen empfehlen die IBRP- und Suchtexperten folgendes: Die gesellschaftliche und soziokulturelle Ebene muss im Therapieplan mit bedacht werden, da ein Fehlen des Gefühls sozialer Einbindung und Sinnhaftigkeit bei dem Einzelnen das Rückfallrisiko erhöhen kann. Die Dreiteilung des IBRP sollte unbedingt erhalten bleiben (Problemanalyse / Zielsetzung / Vorgehen). Den IBRP dessen zu berauben käme einem „Herztod“ gleich, denn das finale Prinzip und die Ressourcenorientierung, welche sich durch die Struktur des Bogens berücksichtigen lässt, ist der Kerngedanke der Hilfeplanung mit dem IBRP (und jeder qualifizierten Hilfeplanung). Die Ziele sollen auch weiterhin kleinschrittig und konkret, offen und individuell formuliert werden können. Die Abstinenz ist zwar das „oberste“ der Ziele, diesem sind jedoch viele kleine, individuelle Schritte vorgelagert, die mit dem IBRP strukturiert erfasst werden können. Des Weiteren wird eine koordinierende konstante Bezugs- und Vertrauensperson empfohlen, welche die verschiedenen Maßnahmen koordiniert und an welche sich der Klient und beteiligte Mitarbeiter wenden können.

Am 24. März fand ein Workshop statt, bei welchem die Rechercheergebnisse zunächst präsentiert wurden und anschließend eine gemeinsame Entscheidung zu den notwendigen Ergänzungen und der Form, in welcher diese einzuarbeiten sind, getroffen wurde. Hieran nahmen die befragten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, Kostenträger-Vertreter und Projektmitarbeiter des Institutes teil.

Als zu integrierende Bereiche wurden beschlossen:

- Die Delinquenz, rechtliche Aspekte
- Die sozialmedizinischen Aspekte
- Die Suchtanamnese
- Die Behandlungsmotivation#
- Eine detailliertere Veränderungsdokumentation

Außerdem wurde beschlossen, das Schlüsselverzeichnis der Dienste und Einrichtungen um die Bausteine der Suchtkrankenhilfe zu erweitern.

Bezüglich der formalen Änderungen beschloss der Arbeitskreis nicht die Veränderung des Übersichts bogens, jedoch auch nicht die Entwicklung eines Zusatz bogens. Der Übersichts bogen A1 sollte nicht verändert werden, er bildet eine Art „Rumpf-IBRP“. Die zu integrierenden Bereiche sollten in die bereits vorhandenen Zusatzbögen D1 (Anamnesebogen) und D2 (eingetretene Veränderungen) eingearbeitet werden. Die Änderungen finden zum einen in den Zusatzbögen ihren optimalen Platz, und zum anderen wird hierdurch eine Einheitlichkeit und gemeinsame Kommunikationsgrundlage für alle Beteiligten im Hilfeprozess des IBRP gewahrt.

Hiermit beschließe ich die Darstellung der Recherche und übergebe wieder an Herrn Paulaeck, der Ihnen den weiteren Verlauf des Projektes erläutern wird.

Herr Paulaeck:

Wie ist das Projekt nun konkret verlaufen? Nach der Recherche zu Projektbeginn und einer Startveranstaltung mit Vertretern von Trägern und Kostenträgern, die an der Recherche beteiligt waren, haben wir begonnen, das Projektterrain wissenschaftlich zu sondieren, d.h. wir haben uns bereits vorhandene Weiterentwicklungen des IBRP angeschaut und uns mit Dokumentationssystemen aus der Suchtkrankenhilfe auseinandergesetzt. Einmal wollten wir das viel bemühte „Rad“ nicht neu erfinden, aber auch bereits vorhandene Systeme einbinden. So sind in unsere neuen Bögen 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 eingeflossen. Zudem haben wir versucht, suchtspezifische Fragestellungen aus EBIS zu berücksichtigen.

Ende Mai Anfang Juni 2006 haben wir dann einen ersten Entwurf in Form an die Projekt-begleitenden Einrichtungen zur kritischen Prüfung gegeben. Parallel dazu gingen die Bögen durch die strenge Zensur der Väter des IBRP bei der Aktion Psychisch Kranke.

So dass wir Ende Juno die ersten Ergänzungen und Korrekturen einarbeiten konnten. Gleichzeitig begannen wir mit der Neuentwicklung und Überarbeitung der Curricula. Im August haben wir dann für alle IBRP- unerfahrenen Mitarbeiter aus Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe eine große IBRP- Schulung über drei Tage in Rostock angeboten.

Zwei Aufbauschulungen für Fortgeschrittene konnten wir im Oktober in Demmin und Stralsund durchführen.

Stärker als erwartet, erwiesen sich die Schulungen als Instanzen in der formativen Evaluation unserer neuen Instrumente, so dass nach der Erprobung am 17. November bereits eine 3. überarbeitete Version der neuen Bögen präsentiert werden konnte.

Ich darf auch sagen, dass wir heute froh sind die Schulungen während der Projektlaufzeit gehabt zu haben. Eine bessere Möglichkeit zur kollegialen Beratung in einem multiprofessionellen Kontext hätte sich wohl sonst kaum geboten.

Ich will nun noch auf einige zentrale konzeptionelle Fragestellungen des Projektes eingehen.

Wie so häufig in unserem Arbeitsfeld stand am Anfang des Projektes die Frage: Spezialisierung oder Integration des Instrumentes?

Insbesondere der zunehmende Anteil an multimorbiden Patienten in der Versorgung schwer Abhängigkeitskranker und psychisch behinderter Menschen, erforderte aber aus unserer Sicht eher ein Planungsinventar, welches die holistische Betrachtungsweise des IBRP aufnimmt, statt bestimmte Störungsanteile durch eine noch ausdifferenziertere Betrachtung abzuspalten. Auch stand zu befürchten, das bei Doppeldiagnosen im Zweifel zwei Instrumente zur Anwendung kommen könnten und damit der Arbeitsaufwand weiter zunimmt.

Einigkeit bestand auch darüber, von einer Konkretisierung der Zielvorgaben abzusehen, da hierbei ohnehin nur einrichtungsbezogene Perspektiven einzufließen drohten.

Der Projektidee war daher, bei unverändertem Übersichtbogen, eine Erweiterung der ehemaligen Anamnesebögen D1 und D2 um suchtspezifische Fragestellungen

vorzunehmen. Der neue Assessment- und Evaluationsbogen M-V sollte dann später leistungsarten- und zielgruppenübergreifend Anwendung finden. Außerdem bleibt zu hoffen, dass einhergehend mit der neuen Wirkungsorientierung des Evaluationsbogens bestimmte Dokumentationen wie z.B. Entwicklungs- und Sozialberichte entbehrlich werden.

Bei der Überarbeitung des bestehenden Curriculums ließen wir uns von dem Gedanken eines nutzerorientierten Bildungsangebotes leiten, was sowohl den vielen Anwendern mit Vorerfahrung aber auch Newcomern voll gerecht werden sollte. Das Ergebnis waren am Ende zwei Curricula. Eine große für drei Tage konzipierte IBRP-Schulung inklusive der Vermittlung des Maßnahmeplanungsinstrumentes und damit der personenbezogenen Personalbemessung und eine Aufbauschulung für einen Tag, welche eine versierte Praxis mit dem IBRP voraussetzt. Die Curricula können, wie die Bögen, sowohl im gemeindepsychiatrischen als auch im Kontext der Suchtkrankenhilfe eingesetzt werden. Besondere Aufmerksamkeit haben wir dem personenzentrierten Ansatz und daraus resultierenden Fragen für die Strukturqualität von Versorgungssystemen und für die Haltung von Helfern gewidmet.

Im Anschluss stellt Herr Utermark die neuen Bögen vor.