

Pro und Kontra: Der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) und die Hilfeplankonferenz (HPK)

For and Against: The Integrated Plan of Treatment and Rehabilitation (IBRP) and the Conference on the Help Plan (HPK)

Pro

Reinhard Peukert, Harald Goldbach

Der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) sei ein bürokratisches Monstrum, das Mitarbeitern und Klienten wichtige Betreuungszeiten raubt, ohne Verbesserung der individuellen Hilfen oder des Versorgungssystems; der IBRP leiste der Ökonomisierung und Vermarktlichung (gemeinde-)psychiatrischer Hilfen Vorschub und statt einer ganzheitlichen Sicht auf die Menschen, deren Zukunft offen sei, wird ihre Kalkulierbarkeit behauptet.

Um es gleich vorweg zu sagen: Diese und weitere Kritik wird oft zu Recht vorgetragen. Es gibt viele, zu viele Regionen, in denen mit dem IBRP in dieser Weise umgegangen wird. So wird er z. B. verwendet, um ein festes Platzkontingent im Betreuten Wohnen zu füllen, und die in der Hilfeplanung (und hinterher auf dem IBRP) erscheinenden Hilfen sind die, die das jeweilige Betreute Wohnen schon immer angeboten hat. Auch die Aufforderung im IBRP, nach alltäglichen Unterstützungen im sozialen Umfeld systematisch Ausschau zu halten, bevor (sozial-)psychiatrische Hilfe vorgeschlagen wird, kann übersehen werden.

Diesen zentralen Vorwurf müssen sich die Konstrukteure des IBRP gefallen lassen: er ist gegen solche Verwendungen nicht immun! Oder anders gesagt: wenn die weiter gehenden Intentionen außen vor bleiben, die für uns IBRP-Befürworter mit diesem Instrument unauflöslich verbunden sind, verkommt der IBRP zu einem überflüssigen, Zeit und Kraft raubenden Ungetüm!

Er wurde im Rahmen des BMG-geförderten Projektes der Aktion Psychisch Kranke „Personalbemessung im komplementär-ambulanten Bereich“ entwickelt, als dessen Ergebnis nicht Anhaltzahlen wie in der PsychPV vorgeschlagen wurden, sondern Grundsätze und Verfahren für eine *personenzentrierte Steuerung*

der Ressourcen und der konkreten Hilfen [1]. Intentionen und Verfahrensweisen der Hilfeplanung mit dem IBRP findet man auch unter www.ibrp-online.de. Der IBRP kann den Beteiligten dabei nützen, eine an den Zielen der Klienten orientierte Hilfeplanung zu kommunizieren.

Erfreulicher Weise müssen wir uns heute nicht mit theoretischen Erwägungen zur personenzentrierten Steuerung begnügen; es gibt in der Bundesrepublik viele Menschen, die sich auf den Weg gemacht haben, und die allen Schwierigkeiten zum Trotz an ihrem Ort versuchen, die Orientierung der Hilfen an den Zielen und Ansprüchen aller potenziellen Klienten der Region zu verwirklichen.

Der Ort, an dem sich dies realisiert, sind die Hilfeplankonferenzen. Diese basieren auf einer Übereinkunft der regionalen Akteure (Leistungserbringer und Leistungsträger) in Bezug auf Verfahren und Qualität. Dazu gehört die ausdrückliche Verantwortungsübernahme für die Versorgung aller Leistungsberechtigten in der Region.

Hilfeplankonferenzen in diesem Sinne sind keine Belegungskonferenzen, die Plätze unter der Schar von Bewerbern verteilen. Sie arbeiten auf der Grundlage von Hilfeplänen, die darstellen, welche Ziele Klienten und professionelle Helfer vereinbart haben und welche Hilfen sie zur Erreichung dieser Ziele für geeignet halten. Hilfebedarfe werden dabei umfassend dargestellt, sie beschränken sich nicht auf einzelne Leistungsarten oder Leistungsträger. Hilfepläne werden eingebracht, wenn sich bei einem Angehörigen der Zielgruppe Bedarf abzeichnet, und nicht, wenn ein Platz zu besetzen ist. Hilfeplankonferenzen verstehen sich nicht nur als Eingangstor in ein Hilfesystem, sondern begleiten Hilfeverläufe durch periodische, etwa jährliche Anpassung der Hilfen an den individuellen Reha-Prozess. Betroffene können an der Hilfeplankonferenz teilnehmen, müssen es aber nicht. Die Konferenz nimmt Stellung zu Hilfeplänen, nicht zu Personen. Die

Bibliografie

Psychiat Prax 2006; 33: 3–5 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2005-915249
ISSN 0303-4259

HPK ist keine zusätzliche Veranstaltung, sie ersetzt bestehende Verfahren.

Heute gelingt es immer besser, mit Hilfeplankonferenzen folgende Funktionen zu erfüllen:

- Sie sorgen für eine abgestimmte und koordinierte Leistungserbringung auf der Ebene des Einzelfalles, indem die beteiligten Leistungserbringer auf einen gemeinsamen Hilfeplan verpflichtet werden und eine koordinierende Bezugsperson benannt wird, die für die Durchführung der Hilfen dem Klienten gegenüber unmittelbar verantwortlich ist.
- Hilfeplankonferenzen helfen, Versorgungsangebote in der Region für alle Leistungsberechtigten sicherzustellen, indem sie (möglichst) alle Leistungsanbieter einbeziehen und somit die Chance erhöhen, gerade auch für die schwächsten und am schwierigsten zu versorgenden Klienten die notwendigen Ressourcen in der passenden Kombination bereitzustellen.
- Beschlüsse der HPK eignen sich zur Beschreibung des Hilfebedarfs und der notwendigen Hilfen, wie § 10 SGB IX Abs. 1 es fordert. Gefasst auf der Grundlage eines integrierten Verfahrens wie dem IBRP, taugen sie als gutachterliche Stellungnahme gegenüber den zuständigen Leistungsträgern und machen in vielen Fällen weitere Überprüfungen überflüssig.
- Hilfeplankonferenzen dienen der Sicherstellung der Finanzierung notwendiger Hilfen entsprechend dem individuellen Bedarf. Evident ist dies dort, wo Leistungsträger sich in das Verfahren eingebunden haben und im Regelfall ihre Kostenentscheidung in direkter zeitlicher Nähe zur Beratung in der HPK fällen und bekannt geben.
- Hilfeplankonferenzen können wichtige Impulse für die Weiterentwicklung des regionalen Versorgungssystems geben. Sie produzieren, entsprechende Dokumentation vorausgesetzt, Daten, die insbesondere über Lücken und Schwachpunkte der regionalen Versorgungsstruktur Auskunft geben.

Mitglieder verschiedener Hilfeplankonferenzen haben rückgemeldet, welche Vorteile sie in diesem Verfahren sehen:

- Entscheider bei den zuständigen Kostenträgern schätzen die umfassende Information, die ihnen eine fachlich fundierte Grundlage und damit mehr Sicherheit gibt.
- Leistungserbringer profitieren von der Verkürzung des Entscheidungs- bzw. Bewilligungsverfahrens.
- Sozialhilfeträger berichten, dass die Häufigkeit von Widersprüchen Leistungsberechtigter gegen Entscheidungen sehr deutlich zurückgegangen sei. Dies kann als Indikator für erhöhte Klientenzufriedenheit angesehen werden.
- Klienten profitieren davon, dass öfter unkonventionelle Lösungen gesucht und gefunden werden, wo vorher trotz dringenden Hilfebedarfs nur ein Platz auf der Warteliste in Aussicht gestellt werden konnte.
- Angehörige äußern sich grundsätzlich positiv – wobei sie nach wie vor auf mehr Einbeziehung pochen.

Mitglieder länger bestehender Hilfeplankonferenzen heben hervor, diese Form der Kooperation habe erheblich dazu beigetragen, Vertrauen zwischen den Beteiligten zu schaffen und so die Kooperation zu erleichtern. Allerdings: ohne einen anfänglichen Vorschuss an Vertrauen geht es auch nicht!

Prof. Dr. Reinhard Peukert
 Fachbereich 11 Sozialwesen
 Kurt-Schumacher-Ring 18
 65197 Wiesbaden
 E-mail: peukert@sozialwesen.fh-wiesbaden.de

Harald Goldbach
 Beratung und Sozialplanung
 Lasinskystraße 21
 54296 Trier
 E-mail: mail@goldbach-beratung.de

Kontra

Ernst-Ulrich Vorbach

Programmatisch betrachtet soll der IBRP den Paradigmenwechsel in der psychiatrischen Versorgung weg vom institutionsbezogenen Denken hin zur personenbezogenen Hilfeleistung einleiten. Vom Personalschlüssel einer Einrichtung (Anzahl versorgter Personen pro Betreuer) wird auf Jahreskontingente an Fachleistungsstunden umgestellt, die einem psychisch oder durch Suchterkrankung Behinderten zustehen. Dafür wird auf der Basis einer individuellen Bedarfsermittlung der IBRP als Gesamtplan erstellt, in die Hilfeplankonferenz (HPK) eingebracht und dort zusammen mit dem Kostenträger verabschiedet. Soweit die Theorie.

Kritik am Instrument

Da ist zunächst dieses ungelenke Abkürzel „IBRP“. Lässt man sich von Psychiatriemitarbeitern zwei Jahre nach der Implementation dieses Begriffes sagen, was diese klanglosen, sperrigen vier Buchstaben bedeuten, so kommen abenteuerliche Antworten – wenn überhaupt mehr als ein ratloses Schulterzucken.

Inhaltlich ist „personenzentriert“ doppeldeutig. Einmal bedeutet dies, dass der Helfer in die Welt des anderen eintritt, „ohne sich dabei zu verlieren“ und den anderen im Fokus hat. „Personenzentriert“ bedeutet aber auch, dass „ein Mensch zum Objekt von Verhandlungen, zum Hilfsobjekt, mit der Stärkung der Experten- und Profisicht“ gerät und dass bei der Anwendung des IBRP – und das ist der kritische Punkt – der Zwang zur Anwendung dieses Instrumentes mit der Frage der Finanzierung der sozialpsychiatrischen Leistungen in Verbindung steht. Dörner [2] hat diese Ambiguität mit Recht sprach- und praxisrelevant erhellt.

Zur eindimensionalen Abbildung des Hilfsbedarfs in den Erhebungsbögen meinte Dörner [2]: „Noch nie ist so systematisch die Person als die Summe ihrer Defizite beschrieben worden“ (S. 39). Der Betroffene werde zumindest anteilig seiner Einmaligkeit beraubt. Defizite erfasse man zumeist als Leistungsdefizite von Aktivitäten. Es interessiere mehr, was eine Person nicht könne als was sie nicht wolle. Passive Fähigkeiten kämen zu kurz. Zudem werde nicht reflektiert, ob ein Defizit nicht auch ein Schutz- oder Selbsthilferversuch der Person sein könne, wo ein Hilfsangebot geradezu schädigend wäre. Anderweitige ambulante, ärztliche oder psychotherapeutische Tätigkeiten werden nicht gewichtet.

Angesichts der Fülle und Detailliertheit personenbezogener Daten, die mit dem IBRP gesammelt werden, können allgemeine Verfahrensregeln datenschutzrechtliche Bedenken insbesondere der Betroffenen nicht völlig ausräumen. Die Darlegung der gesamten Einkommens- und Vermögenssituation der Angehörigen ist demoralisierend, kontraproduktiv, schafft Kooperationsunwilligkeit und hohe Abbruchquoten. Die zeitliche Dimension zur Erhebung dieser Informationen oder auch Beziehungen zum Klienten wird völlig unterschätzt (und auch nicht bezahlt).

Problematisch ist die Bezifferung von Fachleistungsstunden im Vorhinein. Ständig wechselnde Zeiterfassungsinstrumente seitens des Landeswohlfahrtsverbands (zurzeit 4. Version in einem Jahr) und ständig wechselnde Personalbemessungsinstrumente auf schablonisierte Zielvorgaben hin verbürokratisieren die Arbeit.

Kritik an der Hilfeplankonferenz

IBRP und HPK sollen Behandlung und Rehabilitation planen. Die Kostenträger für Behandlung (die Krankenkassen) beteiligen sich aber ebensowenig an der HPK wie wichtige Rehabilitationsträger (z.B. Rentenversicherer, Arbeitsagentur). Es dominieren die (über-)örtlichen Sozialhilfeträger. Kostenträgermonopolisierung widerspricht aber dem Konzept der Rehabilitation gemäß SGB IX und SGB XII als einem komplexen Vorgang mit Beteiligung von mindestens einem halben Dutzend Kostenträgern. Ein institutionsunabhängiger, individueller Genesungsprozess ist bei der Monopolisierung eines Kostenträgers nicht mehr aufweisbar. Theorie des IBRP und Praxis des IBRP schaffen hier Diskrepanzen mit Präformierungen, Präjudizierungen und somit informelle Kostenzuweisungsprozesse, die den prinzipiell guten Gedanken einer individuellen Rehabilitation des Patienten konterkarieren.

Bei der HPK gehen die regionalen Leistungserbringer in ihrer Gesamtheit die Verpflichtung ein, dem Patienten/Klienten Angebote zu machen, die im Vorfeld der Planung der einzelnen koordinierenden Bezugspersonen und dem Klienten nicht zugänglich waren. Wieso bis zu dieser Konferenz einem Klienten gewisse Hilfsangebote nicht zugänglich gewesen sein sollten, bleibt möglicherweise nur in der euphemistischen Selbstüberschätzung dieses besonderen Gremiums erklärbar. In der Praxis werden nämlich im Vorhinein die entsprechenden Rehabilitationsmöglichkeiten sehr konkret und ausgesprochen individuell unter den Sozialarbeitern der interagierenden Institutionen abgesprochen.

Aufgrund der hohen Zahl zu bearbeitender Fälle ist die Darstellung in der HPK nur rudimentär. In unserer Region werden in der monatlichen 6–8-stündigen Sitzung 20 bis 30 Klienten in jeweils 10–15 Minuten vorgestellt. Damit das klappt, erfolgen vorher Absprachen. Konsens aller an der HPK beteiligten Sozialarbeiter ist, dass inhaltlich bei 90% aller Fälle schon vorher alles klar sei. Das Einbringen eines Falles in die HPK wird somit zur Formsache bzw. zur Farce.

Trotzdem ist der Zeitaufwand enorm. Dadurch laufen die Kosten davon. Bei Teilnahme von 20 SozialarbeiterInnen sind die Kosten auf € 5000,- pro Sitzung zu schätzen. Zu diesen direkten Aufwendungen kommen Kosten, die z.B. einer Klinik dadurch entstehen, dass ein Patient mangels Entscheidung der HPK mit ihren starren Sitzungsterminen noch nicht verlegt werden konnte.

Fazit

IBRP und HPK sind zeitaufwändig, hochredundant und gleichzeitig aufgrund der Bürokratisierung störanfällig. IBRP und HPK bilden den Beziehungsaufbau nicht ab. Dokumentation und Kontrolle ersetzen die eigentlichen therapeutischen Parameter. Eine zu starke Vermischung von therapeutischen und pädagogischen Intentionen mit der administrativen Ebene wird beklagt. Die Prüfung eines Falles vor einem fremden Gremium erleben die betroffenen Klienten als unangenehm und belastend. Die minutiöse Kontrolle und Selbstkontrolle aller Beteiligten schwächt die Qualität des therapeutischen Prozesses. Als sich an die Implementation des IBRP das Projekt einer Quantifizierung des Hilfebedarfs in Minuten anschloss, wurde vollends deutlich, dass es in erster Linie um Kostenkontrolle geht. Die Bürokratisierung der Hilfe anhand des IBRP legitimiert Rückzüge aus der Finanzierung.

Der programmatisch verkündete Paradigmenwechsel hat bisher keinen qualitativen Sprung in der Versorgungslandschaft ausgelöst. Es lässt sich aber feststellen, dass auf dem Weg zu einer immer stärker technokratisch geleiteten Beziehungsgestaltung die Markt- und Finanzlogik in der Rehabilitation von psychisch Kranken stärker wird. Als Resultat der bisherigen Erfahrungen sinkt die Verfahrenszufriedenheit der Klienten deutlich. Seit IBRP und Fachleistungsstunden gültig sind, sind wegen der Zahlung 15–20% der Betroffenen ihren Betreuern fortgelaufen. Und dabei handelt es sich oft gerade um diejenigen, die die sozialpsychiatrische Implementierung am Nötigsten gehabt hätten.

Der IBRP ändert nichts am kostentreibenden Doppelsystem kassenfinanzierter Behandlung und sozialhilflich, arbeitsamtlich sowie rentenrechtlich finanzierter Wiedereingliederung. Der stationäre Sektor wird aufgrund der Rigidität von Entscheidungszyklen weiterhin nur verspätet entlastet. Der ambulante Sektor bleibt durch unübersichtliche Mengenausweitung, Unter-, Parallel- und Überversorgung charakterisiert.

Die gewünschte Deinstitutionalisierung des psychiatrischen Hilfesystems ist einer Neoinstitutionalisierung gewichen. Zum einen hat die Geschichte gezeigt, dass ein solches Verfahren nicht lange durchgehalten werden kann. Zum anderen ist eben ein Vertrauens- und Entwicklungsraum mit der Integration in soziale Bezüge ein unverzichtbares therapeutisches Agens, das mit den Mechanismen von Fachleistungsstunden aber schlecht finanziert werden kann.

Dr. Ernst-Ulrich Vorbach
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Evang. Krankenhaus Elisabethenstift gGmbH
Landgraf-Georg-Straße 100
64287 Darmstadt
E-mail: vorbach.ernst-ulrich@eke-da.de

Literatur

- 1 Bundesministerium für Gesundheit. Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Band 116 der Schriftenreihe des BMG. Baden-Baden: Nomos, 1999
- 2 Dörner K. Das Handeln psychosozialer Profis. Soziale Psychiatrie 2004; 3: 37–42