

## **Persönliches Budget und IBRP - zwei Ideen, eine Intention (Alternative: aus zwei Wegen wird einer)**

### **Vorwort**

Mit der Einführung des Persönlichen Budgets verlieren alle Versuche, die Klienten zu einer bestimmten Hilfe zu drängen, tendenziell ihre Wirksamkeit. Ein freier Platz in einer Einrichtung oder freie Kapazitäten in einem Dienst spielen tendenziell keine Rolle mehr. Alle Beteiligten sind auf Überzeugung, auf Auseinandersetzung, auf Verhandlung verwiesen. Erfahrungen mit der personenorientierte Hilfeplanung nach dem Integrierten Behandlungs-Rehabilitationsplan (IBRP) zeigen, über welche Schritte der gewünschte Zuwachs an Klientenautonomie mit professioneller Hilfeerbringung verbunden werden kann - trotz Verlagerung der Einkaufsmacht vom Leistungsträger zum Budgetempfänger.

Mit der Einführung bzw. Gewährung eines persönlichen Budgets werden zwangsläufig Fragen aufgeworfen:

Wie hoch soll es veranschlagt werden?

Welche Hilfen wird der Klient damit einkaufen? Und vor allem: Bei wem wird er einkaufen?

Ist das Persönliche Budget überhaupt einer Sachleistung (z.B. einem bestimmten Betreuungsumfang im Betreuten Wohnen) vorzuziehen?

Diese Fragen beschäftigen und beunruhigen die Soziale Arbeit, auch in der Gemeindepsychiatrie - obwohl gerade dort schon lange eine Praxis geübt wird, die den Intentionen des Persönlichen Budgets entgegen kommt.

Die zentrale, vorgelagerte Frage lautet nämlich:

Wozu sollen die Hilfen eigentlich dienen? Was sind die Wünsche des Klienten, wie erlebt er seine Lebenssituation, in welchen Aspekten soll sie gleich bleiben, wo erhofft er sich Veränderungen?

### **Des Pudels Kern I:**

#### **Von der Lebenssituation zu den Lebens- und Hilfezielen**

Die mit der Einführung des Persönlichen Budgets (PB) verbundenen Intentionen müssen hier nicht ausgeführt werden, sie kreisen um zwei zentrale Gesichtspunkte:

1. die Stärkung der Selbstbestimmung und
2. die Beantwortung der für die Einzelperson spezifischen Bedürfnisse, soweit sie mit der Einschränkung von Partizipation an gesellschaftlichen Aktivitäten (einschließlich der Arbeitswelt), und/oder mit dem Bedarf an Rehabilitations- und/oder Pflegeleistungen verbunden sind.

Damit gewinnt die Auseinandersetzung mit den subjektiven Bedürfnissen und der subjektiven Lebenssituation des Klienten Vorrang vor dem Anbieten von Hilfen, die die Institutionen „vorhalten“: mit jedem einzelnen Klienten müssen seine je aktuelle Lebenssituation, seine subjektiven Perspektiven in dieser Situation und seine Sicht seiner unmittelbaren sowie fernerer Zukunft, seine Ängste und Wünsche nach Veränderung und/oder Beibehaltung des Status Quo, die ihn besonders belastenden eigene Lebensereignisse bzw. solche in seinem sozialen Umfeld etc. besprochen werden.

Dies setzt eine aktive Auseinandersetzung voraus - mit dem Ziel einer gemeinsamen Einschätzung der Lebenssituation sowie der Wünsche, Bedürfnisse und Befürchtungen, die mit ihr verbunden sind. In dieser Auseinandersetzung finden die beiden Gesprächspartner zu einer gemeinsamen Sprache, obwohl sie von nahezu entgegengesetzten Positionen ausgehen: die alltagspraktische Konfusion der sich überlagernden Realitäts- und Handlungsebenen beim

Klienten, eine professionell aufgeklärte Verkürzung der Komplexität auf Seiten des Professionellen. Die gefundene Sprache wird der des Klienten näher sein müssen als dem professionellen Jargon: der Klient muss sich in den formulierten Einschätzungen erkennen können und dies explizit bestätigen, ansonsten ist dieser Schritt noch nicht gelungen.

Aus dieser gemeinsamen Einschätzung können Ziele herausgelesen werden, sowohl langfristige Lebensziele als auch Ziele für die nächsten Monate. Diese Ziele können auf Veränderung gerichtet sein, aber auch auf Bemühungen, die gegenwärtige Situation möglichst vor Verschlechterungen zu bewahren. So kommt es zur Formulierung solcher Ziele, die aus Sicht des Klienten aufgrund seiner Lebenssituation wert sind, sich dafür einzusetzen. Diese Ziele sind aber auch aus fachlicher Sicht des Gegenübers wert, öffentliche Mittel einzusetzen für den Weg, der zu ihnen führt.

### **Folgen für die Fachkräfte**

Man könnte annehmen, dieser Verhandlungsweg zu gemeinsamen Einschätzungen der Lebenssituation sowie zu Zielen des Klienten sei schon immer die Praxis sozialer Arbeit gewesen. Das ist aber weitestgehend ein Irrtum: Nach wie vor wird Professionalität in der fachlichen Diagnosefähigkeit sozialer Verhältnisse und in dem auf beruflicher Erfahrung beruhenden Wissen, was dem Klienten nutzen könne, gesehen.

Der angesprochene „Verhandlungsweg“ abstrahiert nicht von diesen professionellen Kompetenzen, verweist aber auf die Notwendigkeit, sie in den Dienst der Klientenperspektiven zu stellen, und das erfordert prozessuale Kompetenzen, deren Vorhandensein nicht unbedingt vorausgesetzt werden kann.

Für viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mag das nicht neu sein, aber mit dem Persönlichen Budget wird diese Haltung und Praxis unabdingbar! Ein nur vordergründiges „Eingehen auf die Interessen der Betroffenen“ wird unter den Rahmenbedingungen des Persönlichen Budgets sehr schnell erkannt und zieht Scheitern beim Abschluss eines Betreuungsvertrages nach sich.

Beiläufig werden damit auch alle bisher gefundenen institutionellen Hilfeformen suspekt: die individuelle Konkretion der Lebenssituation und die individuelle Zielfindung zieht individualisierte Hilfen nach sich, doch dazu weiter hinten.

Die angesprochene Auseinandersetzung, das Verhandeln einer gemeinsamen Einschätzung und daraus resultierender Ziele sind zwei der methodischen Schritte bei der Integrierten Hilfeplanung mit dem IBRP. Der IBRP als Bogen bietet zwei Spalten an, in denen die Ergebnisse der Verhandlung protokolliert und für das weitere Vorgehen festgehalten werden.

### **Hier die Kopfbezeichnungen des Bogens einfügen, Anlage 1 leider ist es mir nicht gelungen, von einer Vorlage einzukopieren!**

Auch die Protokollierung der Ergebnisse stellt eine Veränderung bisheriger Praxis dar: alle Gesprächsergebnisse und Vereinbarungen werden den Verhandlungspartnern (potentiellem Klient und professionellem Leistungsanbieter) in gleichem Umfang verfügbar.

### **Des Pudels Kern II:**

#### **Von den Ressourcen zur Vereinbarung von Hilfen**

Nun stellen sich drei Fragen:

1. Über welche Kompetenzen bzw. Ressourcen verfügt der Klient, diese Ziele zu erreichen?
2. Welche Ressourcen können in seinem Lebensumfeld aktiviert werden, die dem Erreichen der vereinbarten Ziele dienlich sein können? Gibt es Freunde und Verwandte, die unterstützend tätig sein können? Gibt es in der Nachbarschaft oder auch näheren Umgebung

bereits Angebote, an denen sich der Klient beteiligen kann (z.B. Altenclub, Sportverein, Allgemeine Lebensberatung, ...)?

3. Für welche Aspekte von Beeinträchtigungen bei der Verfolgung der vereinbarten Ziele halten der Klient und sein Gegenüber dann noch zusätzliche professionelle Hilfen für hilfreich?

Auch hier gilt wieder die Maxime der Auseinandersetzung, der Verhandlung: nur in einem auf wechselseitiges Verstehen ausgerichteten Dialog, in den beide Parteien ihr Wissen und Können einbringen, sind die Ressourcen und der verbleibende Unterstützungsbedarf zu klären, um ihn anschließend im IBRP zu protokollieren.

Dieser Protokoll-Teil des IBRP ist der meist kritisierte und der mit den meisten Missverständnissen behaftete, so dass er häufig einfach unbearbeitet bei Seite gelegt wird, denn die Vorgaben auf diesem Übersichtsbogen werden häufig nicht so verstanden, wie oben unter 1., 2. und 3. kurz angesprochen.

Es wird übersehen, dass es bei dieser Seite um die Klärung der Fragen geht, was zum Erreichen der Ziele an Ressourcen vorhanden ist - um sich danach darüber zu verständigen, was denn dem eigenständigen Erreichen der Ziele im Wege steht. Erst aus diesen Hemmnissen wird nachvollziehbar, warum Hilfe und der Einsatz öffentlicher Mittel überhaupt erforderlich ist.

Um den an der Hilfeplanung Beteiligten diese schwierige Aufgabe zu erleichtern wurde für Menschen mit seelischen Behinderungen drei Gruppen von Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen gebildet, in denen sowohl Ressourcen vorhanden sein können („Fähigkeiten“), aber auch Hemmnisse („Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen“) bei der Erreichung der verhandelten Ziele.

In der ersten Gruppe werden Aspekte psychischer Erkrankung angesprochen und die Beteiligten müssen miteinander klären, welche dieser Aspekte für diesen Klienten bei diesen seinen Zielen relevant sind, sie wählen also aus der Liste einige bedeutsame Gesichtspunkte aus.

Jeder relevante Gesichtspunkt wird zunächst gemeinsam danach beurteilt, ob eine besondere Stärke vorliegt oder eine leichte, ausgeprägte oder starke Beeinträchtigung. Auch hier gilt selbstverständlich wieder das Verhandlungsgebot. Konsens steht vor „professionell-objektiver“ Beurteilung, und in drastisch abweichenden Beurteilungen, die für die zu planenden Hilfen relevant sind, wird dies protokolliert (z.B. bei nicht zugestandenem Suchtproblemen).

**Hier die Anlage 3 als Kasten einfügen, ggf. mit der Bezifferung aus Anlage 2**

Dann klären sie für jeden der so eingeschätzten Gesichtspunkte,

1. über welche Fähigkeiten bzw. Ressourcen zu deren Bewältigung der Klient selbst verfügt,
2. welche in seinem Umfeld aktivierbar sind und
3. welcher Art sozialpsychiatrischer Hilfen dann noch erforderlich sind - auf der Basis einer gemeinsamen Einschätzung der Ausprägung der Beeinträchtigung.

In der zweiten Gruppe wird nach den Fähigkeiten und Beeinträchtigungen in der Aufnahme und Gestaltung sozialer Beziehungen, und in der dritten Gruppe nach Fähigkeiten und Beeinträchtigungen in sozialen Lebensfeldern gefragt. Die Klärungen bezüglich der Ressourcen und Beeinträchtigungen erfolgen in den drei für die erste Gruppe aufgezählten Schritten.

Aspekte von Fähigkeiten und /oder Ressourcen bzw. Beeinträchtigungen und/oder Fähigkeitsstörungen

**Hier die Kategorien einfügen- oder in einen Kasten, siehe Anlage 2**

Trotz aller Kritik im Blätterwald an der vermeintlichen Defizitorientierung des IBRP sollte deutlich geworden sein: die Ressourcen stehen im Vordergrund, aber die Beeinträchtigungen werden auch ausdrücklich angesprochen, denn sie motivieren die Hilfeleistung und deren Finanzierung. Nur wenn sie explizit gemacht werden kann ihre Kompensation, Besserung oder Überwindung auch für den Klienten zu nachvollziehbaren Kategorien der Wirksamkeit der mit dem persönlichen Budget eingekauften (und das heißt von ihm bezahlten!) Leistungen werden.

Leider muss man immer wieder beobachten, dass diese drei wichtigen Fragen nicht in der mit dem IBRP implizierten Haltung in freier Auseinandersetzung bearbeitet werden, um sie anschließend im Übersichtsbogen gemeinsam zu protokollieren. Stattdessen werden die als Erinnerungshilfen gedachten Felder systematisch und vollständig und eines nach dem anderen abgearbeitet. Bei dieser Herangehensweise ist hinterher nicht nur der Klient, sondern auch sein Gegenüber mehr als abgearbeitet! Verständlicherweise werden bei einem solchen Vorgehen die Fähigkeiten und Ressourcen des Klienten häufig völlig außer Acht gelassen oder nur minimal berücksichtigt.

Bis zu diesem Zeitpunkt im Prozess der Hilfeplanung ist von konkreten Hilfen noch gar nicht die Rede. Die Situation des Klienten ist unter verschiedenen Perspektiven intensiv gemeinsam betrachtet worden:

Seine Lebensziele, seine soziale Situation, seine Ziele für die Veränderung bzw. Beibehaltung seiner Lebenssituation sowie die Ressourcen (seine eigenen und die seines sozialen Umfelds) und Beeinträchtigungen - sowohl im sozialen Umgang, als auch für seine gesundheitliche, psychische und „psychopathologische“ Situation.

Dies Alles dient u.a. dem Zweck, sich nun der Erfindung von hilfreichen Hilfen zuzuwenden: solcher Hilfen, die auf dem Hintergrund der gemeinsam definierten komplexen Beschreibungen

- dem Erreichen der gemeinsam formulierten Ziele dienlich sein können,
- der gewünschten Lebenssituation des Klienten angemessen sind

Für jemanden, der möglichst selbständig in einem soweit als möglich „normalen“ Umfeld leben möchte sind voraussichtlich alle Formen stationärer Hilfen unangemessen; sieht jemand hingegen seine Lebenssituation als gefährdet an und geht davon aus, auf häufige bis permanente Möglichkeiten der Beziehungsaufnahme angewiesen zu sein, wird die Struktur der Hilfen deutlich anders aussehen.

- und die er bereit ist, anzunehmen.

So lauten schon immer die Intentionen der Hilfeplanung mit dem IBRP, mit dem Persönlichen Budget kommen sie zu ihrer vollen Geltung:

Sobald die Klienten die eigene Verfügungsmacht über das Budget realisieren werden sie keine Hilfen annehmen, die nicht zumindest diesen drei Bewertungen standhalten.

Es versteht sich von selbst, dass die zu vereinbarenden Hilfen - ebenso wie bereits die Ziele - vorrangig in der Sprache der Klienten zu formulieren sind.

Außerdem sind alle nur erdenkbaren Unterstützungen möglich, soweit sie den drei obigen Kriterien genügen. U.a. war vom Nutzen der Ressourcen des sozialen Umfeldes die Rede - und dazu gehört selbstredend die Anschaffung eines Fahrrades, soweit es der zielbezogenen Mobilität dient, oder die Übernahme von Kursgebühren, oder die Übernahme der Kosten für eine Haushaltshilfe - immer vorausgesetzt, es kam über den vorgestellten Weg der Auseinandersetzung

- über die Lebenssituation,
  - über die Ziele,
  - über die Ressourcen,
  - über den verbleibenden Unterstützungsbedarf
- zur Formulierung der Hilfen - denn dann sind sie gut motiviert und begründet, sowohl für den Klienten, aus fachlicher Sicht und auch für den bzw. die Leistungsträger. Hilfen mögen auf den ersten Blick exotisch erscheinen, z.B. der Zuschuss zur Novemberreise in die Sonne; in einem angemessenen Kontext wird die Reise als „logische Folge“ wahrgenommen. Auch die für eine psychosoziale Fachkraft verbleibenden Hilfen sind alltagssprachlich zu formulieren, z.B. Gespräche zur Klärung der Belastungssituation mit dem Sohn, zunächst zu zweit, später unter Einbeziehung des Sohnes; Übungen zur eigenständigen Geldverwaltung und Haushaltsführung etc.
- „Betreutes Wohnen“, oder „Besuch einer Tagesstätte“ findet sich niemals in der Spalte „Vorgehen“, in der die Hilfen protokolliert werden. Betreutes Wohnen ist keine Hilfe und keine Leistung, sondern ein Ort, an dem eine zu benennende Hilfe bzw. Leistung erbracht wird, so wie die Tagesstätte oder das Heim ein solcher Ort sein kann, aber niemals selbst die eigentliche Hilfe darstellt. Davon unbenommen ist die Tatsache, dass ggf. bestimmte Hilfen an bestimmte Orte gebunden sein könnten.

### **Folgen für die Fachkräfte**

Auch mit diesem Schritt ist eine deutliche Veränderung der Praxis sozialer Arbeit verbunden, denn die Vermeidung der Begriffe „Betreutes Wohnen“, „Tagesstätte“ etc. ist kein sprachliches Problem: es werden konkrete Hilfen vereinbart und protokolliert - mit vielfältigen Konsequenzen:

- der Klient weiß, was ihm zusteht und kann dies kontrollieren;
- die Mitarbeiterschaft, vor allem aber der Träger kann nicht mehr in Plätzen und/oder Personalrelationen denken und Rechnen; sie müssen sich auf eine hochflexible Hilfeerbringung einstellen;
- und bereits am Beginn der Klärung etwaiger Hilfen sind die drei Bewertungskategorien von oben aus Seiten des Klienten zu berücksichtigen: Dient die Hilfe meinen Ziele? Sind sie meiner Lebenssituation angemessen? Bin ich bereit, sie anzunehmen?.

### **Die ungewohnte Last:**

#### **von vielen kleinen Hilfen zu deren Finanzierung**

Eine neue Ebene wird betreten, sobald es um die notwendige Klärung der Leistungsträgerschaft sowie die ebenfalls notwendige Bewertung der Hilfen in Geldbeträgen geht. In dem Moment entsteht die Notwendigkeit, die in Alltagssprache formulierten Hilfen in Fachtermini zu reformulieren.

Wohlgemerkt: bisher sind funktionell-sozialrechtliche Zusammenhänge in keiner Weise berücksichtigt worden, und das ist gut so. Nur auf diese Weise konnte bis hier, einschließlich dem Erfinden der Hilfen, von der Lebenssituation des Klienten aus gedacht und gehandelt werden, und nur so kann die Einmaligkeit des jeweiligen Klienten in den angesprochenen Prozessen zur Geltung kommen und gewahrt bleiben: alle sozialrechtlichen Zuordnungen haben bis hier hin keinen Raum.

Genauso sollte auf alle Erwägungen zu dem, was in der Region bereits an sozialpsychiatrischen Hilfen institutionell angeboten wird, unbedingt verzichtet werden. Beides würde zu einer sachfremden Beschränkung des Blickes und zu einem Verlust des besonderen Blickes auf den je individuellen „Fall“ führen.

Aber nun, nachdem die Hilfen einvernehmlich benannt wurden, wird es administrativ:

- Wie hoch ist das Budget anzusetzen?
- Welcher Träger ist zu welchem Anteil leistungspflichtig?

Auch hier bieten die Erfahrungen mit dem IBRP Antworten.

Die Hilfen können zu funktionellen Einheiten zusammengefasst werden, z.B. zu

- Hilfen zur Selbstsorge,
- Hilfen zur Gestaltung des Tages,
- Hilfen zur Wahrung von Ansprüchen gegenüber der Sozialadministration,
- Hilfen zur Vorbereitung auf eine und/oder zur Erlangung einer Beschäftigung,
- Hilfen zur Kompensation von Gesundheitsschäden,
- etc.

Die Kategorien dieser funktionellen Einheiten verbinden einen Lebensbereich (z.B. Selbstsorge: Ernährung, Körperpflege, Wohnraumgestaltung und -Reinigung ...) mit der sozialrechtlich relevanten Zuordnung zu einem funktionellen Ziel: geht es um

- Partizipation bzw. Teilhabe,
- berufliche Eingliederung bzw. Förderung,
- Hinführung zu und Koordination ärztlich zu verordnender Leistungen,
- Kompensation und Ausgleich verloren gegangener Fähigkeiten und Kompetenzen,
- Wiederherstellung von Gesundheit bzw. Vermeidung einer Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes,
- etc.

Sie sehen, bei der Liste der sozialrechtlichen Zuordnungen können und sollten alle sozialrechtlich relevanten Leistungsaspekte abgetragen werden, auf der anderen Liste alle sinnvoll voneinander abzugrenzenden Lebensbereiche.

Die Konstruktion der Hilfen zu funktionellen Einheiten ist kein administrativer, sondern ein schöpferischer Akt, denn die Definition des funktionellen Zieles (als Basis der sozialrechtlichen Zuordnung) ergibt sich nicht aus der einzelnen Hilfe, nicht aus dem mit dem Klienten formulierten Ziel oder einem sonstigen Einzeldatum; auch kann sie nicht aus einer Liste abgelesen werden, aber sie ergibt sich schlüssig aus der Betrachtung der Protokollaufzeichnungen im IBRP!

Der zusammenfassende Blick auf die Lebenssituation, die Hilfeziele, die Beeinträchtigungen incl. ihres Grades und des jeweiligen Lebensbereiches gibt Auskunft, welche der verabredeten Hilfen eine funktionelle Einheit bilden und auf welches funktionelle Ziel (Teilhabe, Rehabilitation, Behandlung, Pflege) sie gerichtet sind.

Ist die Lebenssituation des Klienten z.B. durch starke Ängste, wenig bestehende soziale Kontakte und Befürchtungen zu Kontaktaufnahmen, starken Beeinträchtigungen in allen sozialen Beziehungen und vielen weiteren ausgeprägten Beeinträchtigungen aufgrund der psychischen Erkrankung geprägt, sehen er und sein Gegenüber so gut wie keine Möglichkeiten einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation und ist deren Stabilisierung eines der Ziele, werden die sich darauf beziehenden vereinbarten Hilfen Pflegeleistungen sein.

Ist die Lebenssituation eines anderen jüngeren Klienten bei allen Einschränkungen und nur mit viel Unterstützung zur Reaktivierung von Ressourcen auf Zukunft und Wiedererlangen von Selbstständigkeit in mehreren Lebensbereichen gerichtet, werden die vereinbarten Hilfen voraussichtlich funktionell unter medizinischer und/oder beruflicher Rehabilitation und/oder unter Hilfen zur Partizipation zusammenzufassen sein.

### **Folgen für die Fachkräfte**

Auch beim Handeln auf dieser Ebene wachsen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ganz offensichtlich zusätzliche Kompetenzen zu: es ist ausschließlich ihrer Fachlichkeit geschuldet, die funktionellen Einheiten zu bestimmen und dies ggf. gegenüber den Leistungsträgern zu

vertreten - denn die Bestimmung der Einheiten ist alles andere als ein administrativer Akt, der durch ankreuzen auf irgendeiner Checkliste bewerkstelligt werden könnte.

Für die Bestimmung der geldwerten Höhe wurde eine leicht zugängliche Veröffentlichung vorgelegt, daher kann hier auf eine detailliert Beschreibung verzichtet werden; die Basis ist die Bestimmung der Zeit, die für die professionelle Erbringung der Leistungen innerhalb einer funktionellen Einheit erforderlich sind.

#### Literatur

Kruckenberg, P. u.a (1999): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung; Bericht zum Forschungsprojekte des BMG „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“; Band 116 der Schriftenreihe des BMG, Baden-Baden: Nomos-Verlag

Schmidt-Zadel, R., Kunze, H., APK (Hrsg.) 2004: Die Zukunft hat begonnen.

Personenzentrierte Hilfen - Erfahrungen und Perspektiven, Bonn: Psychiatrie-Verlag  
(unentgeltlich zu beziehen über: [apk-bonn@netcologne.de](mailto:apk-bonn@netcologne.de))

Die Kerbe 4 2004: Themenschwerpunkt: Personenzentrierung in der Praxis

Peukert, R. und Goldbach, H (2006): Pro und Kontra: der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) und die Hilfeplankonferenz (HPK) - Pro. Kontra: Vorbach, E-U; in: Psychiatrische Praxis 33, S. 3-5

Armbruster, J.; Schulte-Kemna, G., Widmaier-Berthold, Ch.; Hg. (2006): Kommunale Steuerung und Vernetzung im Gemeindepsychiatrischen Verbund, Bonn: Psychiatrie-Verlag