
Hamburger Daten-Service Güstrow GmbH

Anleitung zum **IBRP**

Textautor

Thomas König
Diplom Psychologe
Psychiatrisches Pflegewohnheim
"Schloß Matgendorf"

© Hamburger Daten Service Güstrow GmbH

Inhalt

Was ist der IBRP?	2
Begriff und Entstehung	2
Sinn und Zweck	3
Aufbau / Teile	3
Etwas zum Thema „Problemlösung“	4
Allgemein	4
Was ist eigentlich ein „Problem“?	4
Ausgangssituation	4
Zielbeschreibung	5
Barriere	5
Welche Schritte sind zur Problemlösung notwendig?	7
Der Bogen A des IBRP als Abbildung des Problemlöseprozesses	8
Vorderseite des Bogens A	8
Der Innenteil: Übersichtsbogen	9
Die Spalten	9
Die Zeilen	9
Wie fülle ich den Innenteil des IBRP aus?	10
Rückseite des Bogens A	13

Was ist der IBRP?

Begriff und Entstehung

„IBRP“ steht für Integrierter Behandlungs- und Rehabilitations-Plan.

Der IBRP entstand ursprünglich im Rahmen eines Forschungsprojekts des Bundesministeriums für Gesundheit, welches „Grundlagen zur Personalbemessung und die entsprechenden strukturellen Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte Versorgung im komplementären Bereich“ (Kauder, V., Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.) (1997). Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Bonn. Psychiatrie-Verlag) erarbeitet hat. „Bedarfsgerecht“ meint, „dass - insbesondere chronisch – psychisch kranke Menschen die therapeutischen Hilfen erhalten, die sie benötigen, um in ihrem Heimatkreis bzw. ihrer Heimatstadt auf Dauer leben zu können.“(ebd.). Es wurden Standards wie Personenzentrierung, funktionale Hilfen, Lebensfeldorientierung sowie Integration der Hilfen zu einem Gesamtleistungskomplex in den Mittelpunkt gerückt. Mit Hilfe des IBRP soll es ermöglicht werden, diese Standards in der Versorgung und Rehabilitation chronisch psychisch kranker Menschen zu verwirklichen. Das betrifft neben den eigentlichen Maßnahmen auch die Finanzierung und die Schaffung der notwendigen strukturellen Voraussetzungen.

Inzwischen wurde der IBRP in Mecklenburg-Vorpommern durch das „Modellprojekt Sozialpsychiatrie“ bzw. das „Projekt Kommunale Psychiatrie“ landesweit fast vollständig in die sozialpsychiatrische Praxis implementiert.

Des Weiteren gab es Bestrebungen, auch Leistungen nach SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) in die Planung einzubeziehen, so dass sich die bisherige parallele Pflegeplanung erübrigt. Inzwischen kann der IBRP in Psychiatrischen Pflegewohnheimen zur Planung sowohl von Leistungen der Eingliederungshilfe als auch der Pflege verwendet werden.

Sinn und Zweck

Mit Hilfe des IBRP sollen alle Hilfen geplant, finanziert, umgesetzt und evaluiert werden, die notwendig sind, damit Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung in ihrer gewohnten oder gewünschten Umgebung leben und am Leben der Gemeinschaft teilhaben können. Es geht also nicht um das Ausfüllen eines vorgegebenen Formulars sondern um die *Planung und Umsetzung von Problemlösungen* in einer einheitlichen und transparenten Struktur. Dieses Ziel sollte auch in den Hilfeplangesprächen vermittelt werden.

Die vorliegende Software möchte es erleichtern, IBRP's zu erstellen, über längere Zeiträume zu verwalten und über einen Austausch die Zusammenarbeit der verschiedenen Helfer (einschl. Kostenträger) zu erleichtern.

Aufbau / Teile

Der IBRP besteht aus mehreren Bögen. Für die tägliche Arbeit sind vor allem der Überblicksbogen (Bogen A) und die Anamnesebögen (Bögen D1 und D2) obligatorisch.

Während Bogen D2 ein relativ standardisiertes und unkompliziertes Vorgehen ermöglicht, bereitet die Erarbeitung des Bogens A in der Praxis oft Schwierigkeiten. Daher wird hierauf in den folgenden Punkten besonders eingegangen. Diese Beschreibung ersetzt jedoch nicht eine eingehende Auseinandersetzung mit der Materie. Hierfür gibt es grundlegende Literatur und spezielle Schulungen.

Etwas zum Thema „Problemlösung“

Allgemein

Ein gut erarbeiteter IBRP hilft Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung, die Probleme ihres täglichen Lebens besser zu lösen, trägt damit zur seelischen Gesundheit und zur Besserung der psychischen Erkrankung bei.

Was ist eigentlich ein „Problem“?

Ein Problem besteht aus verschiedenen Teilen:

Jedes dieser Teile sollte möglichst konkret und vorstellbar beschrieben werden.

Ausgangssituation

Wo befinde ich mich? Was tue ich? Wie sieht meine Situation konkret aus?

Beispiele:

- Ich stehe morgens um 10 Uhr in Berlin auf dem Potsdamer Platz.
- Es ist morgens 5 Uhr. Ich liege nach einer durchgrübelten Nacht im Bett, fühle mich wie gerädert. Der Wecker klingelt. Ich werde den Tag über wieder total müde sein. Mein Chef wird wieder meckern, weil ich meine Aufgaben nicht ordentlich erledige. Irgendwann wird er mich entlassen. Das wäre schrecklich.
- Montags und donnerstags saugt Hr. T. sein Zimmer ab. Der Betreuer erinnert ihn daran und schaut hinterher nach, ob alles in Ordnung ist.
- Der Kühlschrank ist leer. Das Wochenende steht vor der Tür.
- Mir ist langweilig.
- Bitte so nicht, weil wertend und zu unkonkret:

- Herr B. ist zu faul zum Aufstehen.
- Kommunikationsprobleme.

Zielbeschreibung

Was genau soll erreicht werden? Woran erkenne ich, dass ich das Ziel erreicht habe?

Beispiele:

- Ich muss um 12 Uhr auf dem Flughafen Schönefeld sein, weil um 13 Uhr mein Flugzeug nach Mallorca abfliegt.
- Ich muss um 8 Uhr an meinem Arbeitsplatz sein und meine Aufgaben so erledigen, dass der Chef zufrieden ist.
- Auf dem Fußboden liegen keine Zigarettenkippen, Papier oder Schmutz von der Straße. Ich überfordere mich nicht beim Reinigen meines Zimmers.
- Ich habe für das Wochenende genug zu essen im Haus. Ich weiß, was ich mittags leckeres kochen werde. Ich lasse es mir so richtig gut schmecken.
- Ich weiß, was ich machen kann, wenn mir langweilig ist. Ich habe eine Liste von Möglichkeiten, mich zu beschäftigen. Wenn mir langweilig ist, nehme ich sie mir vor und wähle mir eine Möglichkeit aus.

Barriere

Wir alle verfügen manchmal nicht oder nicht ausreichend über die Mittel, unsere Ziele selbst oder sofort in die Tat umzusetzen. Im IBRP sind hierfür die (manchmal ungeliebten) Spalten „Fähigkeiten und Fähigkeitsstörungen“ vorgesehen.

Beispiele:

- Ich weiß nicht, welche S-Bahnen zum Flughafen nach Schönefeld fahren.
- Ich bin depressiv, grübele meist die ganze Nacht, bin erschöpft und unausgeschlafen.
- Ich kann mich nicht gut aufraffen (Antrieb) und konzentrieren (arbeite schnell und oberflächlich). Oft fällt mir die Asche meiner Zigarette auf den Boden.
- Die vielen Menschen im Supermarkt – da fühle ich mich schnell genervt. Außerdem weiß ich immer nicht, was ich alles kaufen muss. Das Angebot erschlägt mich. Ich verliere schnell den Überblick über meine finanziellen Möglichkeiten.
- Ich habe keine Hobbys und keine Freunde.

Lösungsschritte / Hilfen / Vorgehen

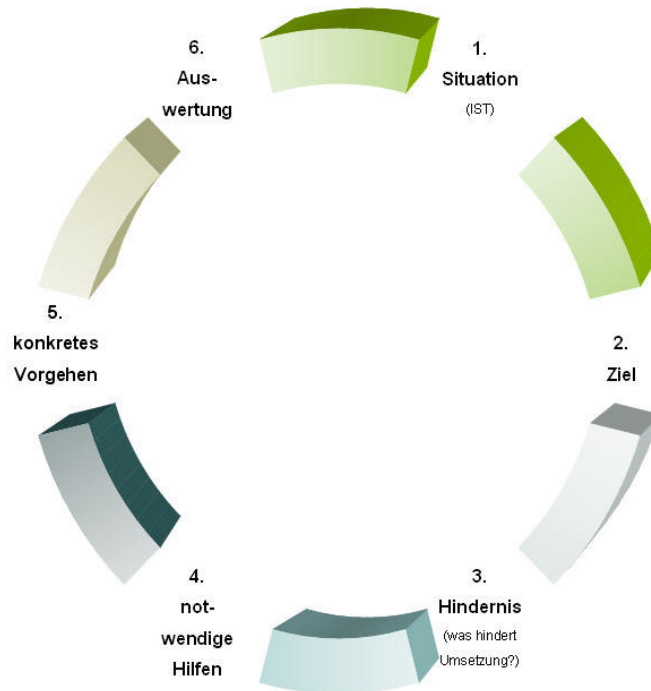
Sie setzen konkret an den Barrieren an, die der Zielerreichung im Wege stehen, helfen also, diese Barrieren zu überwinden. Daher ist es zu kurzfristig, ein Problem nur zu sehen als Ist-Zustand, Zielzustand und Vorgehen. Erst die zu überwindende Barriere macht ein Problem zum Problem. Die Lösung besteht darin, diese Barrieren zu überwinden.

Beispiele:

- Ich gehe zur nächsten S-Bahn-Station und erkundige mich, wie ich am günstigsten zum Flughafen komme.
- Wenn ich im Bett grübele, stehe ich auf und schreibe mein Problem auf. Daneben schreibe ich, wann ich morgen darüber nachdenken werde. Am nächsten Tag beginne ich, das Problem zu lösen und schreibe mir auf, wie ich das geschafft habe.
- Ich spreche laut vor mich hin, was ich tun möchte (z.B. meinen Kaffee eingießen oder die Zigarette abaschen, so dass ich den Aschenbecher treffe). Wenn ich das gut kann, dann mache ich diese Form des „Selbstgesprächs“ leise und später ganz ohne Worte nur im Kopf.
- Ich mache mit meinem Betreuer einen Einkaufsplan und nehme nur so viel Geld mit, wie ich voraussichtlich brauche.
- Ich mache mir mit Hilfe meines Bezugsbetreuers eine Liste möglicher angenehmer Tätigkeiten. Diese hole ich mir vor, wenn ich merke, dass mir langweilig wird. Ich rufe dann meinen Betreuer an und spreche kurz mit ihm darüber, was ich tun kann. Später wähle ich mir die Beschäftigung ohne Hilfe des Betreuers aus.

Welche Schritte sind zur Problemlösung notwendig?

Die Problemlösung mittels IBRP lässt sich durch folgenden Zyklus darstellen:



Die Reihenfolge ist keineswegs beliebig und kein Schritt ist unwichtig und könnte übersprungen werden. Leider ist im IBRP eine Auswertung nicht explizit vorgesehen. Jedoch ist bei der Fortschreibung des IBRP ja immer mit einer neuen Situation / Problemlage zu beginnen. Diese neue Situation ist als das Ergebnis eines vorhergehenden Problemlöseprozesses anzusehen. Die Form des IBRP, die in der vorliegenden Software zur Verfügung gestellt wird, enthält eine extra Spalte zur Überprüfung, ob ein Ziel erreicht wurde oder nicht. Einrichtungen, die auch Leistungen der Pflege nach SGB XI erbringen, können den vorliegenden IBRP somit auch als Pflegelinstrument nutzen.

Der Bogen A des IBRP als Abbildung des Problemlöseprozesses

Vorderseite des Bogens A

Hier werden die üblichen Daten erfasst, die meist auch sonst als „Stammdaten“ verwendet werden:

Dies sind im einzelnen:

- Name und Adresse
- Geburtsdatum
- erlernter Beruf
- Staatsangehörigkeit
- Daten zu Krankenkasse, Rentenversicherung, Sozialversicherung, Arbeitsamt
- nächste Angehörige (Name, Anschrift, Telefonnummer)
- gesetzlicher Betreuer oder Bevollmächtigter (Name, Anschrift, Telefonnummer)
- Aufgabenbereiche Betreuer/Bevollmächtigter

Zusätzlich wird erhoben, wie sich die Betreuung in den vergangenen sechs Monaten gestaltete:

- Welche Dienste wurden in Anspruch genommen?
- Wie erfolgten Abstimmungen zwischen den Diensten?
- Welche Berufsgruppen waren beteiligt?
- Gab es eine koordinierende Bezugsperson?

Der Innenteil: Übersichtsbogen

Hier finden sich die Schritte des Problemlöseprozesses, wie sie im Abschnitt **Etwas zum Thema „Problemlösung“** beschrieben wurden.

Die Spalten

Von links nach rechts können Sie in folgenden Spalten arbeiten:

Aktuelle Situation / Problem- (= Ausgangs-) Lage

Ziele

Störungen und Fähigkeiten zu deren Bewältigung (also die zuvor beschriebenen Barrieren)

Hier können zunächst verschiedene Barrieren verbal beschrieben werden, bevor sie in ihrer Ausprägung (Schwere) quantifiziert werden (nächste Spalte: „Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen“).

Es können (und sollten) aber auch die Möglichkeiten beschrieben werden, die der Klient bereits (erworben) hat, um selbst diese Barrieren zu überwinden bzw. dabei aktiv mitzuwirken

z.B. bisherige erfolgreiche Strategien, sich trotz mangelnder Schriftsprache „durchzuschlagen“

z.B. die Strategie, depressive Stimmung oder Ängste erträglicher zu machen, indem der Klient den Tag im Bett verbringt. Gerade letztere wird oft eher als Problem „kritisiert“, stellt für die Klienten aber eine wichtige Ressource zu Lösung brennender Probleme dar, die ihm hilft, auch wenn sie unerwünschte Nebenwirkungen produziert (z.B. Mangel an befriedigenden sozialen Kontakten, Einsamkeit, Verwahrlosung). Es ist wichtig, diese Strategien zu würdigen. Später kann man auch an den Nebenwirkungen arbeiten und entsprechend bessere Lösungen suchen. Das würde dann in der Spalte „Vorgehen“ stehen.

Der vorliegende IBRP ist lediglich um die Spalte „Ergebnis“ (im Kreismodell oben stellt sie den Schritt „Auswertung“ dar) erweitert, die sich an die Spalten „Situation“ und „Ziele“ anschließt. Es kann später hinter jedem Ziel vermerkt werden, ob es erreicht wurde oder nicht.

Die Zeilen

Probleme und Lösungen existieren nicht im luftleeren Raum, sondern finden sich in konkreten Lebensbereichen. Damit wird deutlich, dass der IBRP eine funktionale Hilfe intendiert, d.h. spezifische „Funktionen“ im Leben eines Menschen (mit z.B. einer psychischen Störung) ermöglichen helfen soll. Es wird mit dem Klienten also immer über konkrete Bereiche der persönlichen Lebensführung und -gestaltung gesprochen, nicht aber über sein Leben selbst (wie er sein oder werden soll)! Diese Unterscheidung erscheint mir sehr wichtig. Sie kennzeichnet den Helfer als Helfer, als Instrument, nicht aber als „Bestimmer“. Der Klient ist und bleibt Herr seiner selbst und gestaltet sein Leben nach seinen Wünschen – nimmt dabei hier und da Hilfen in Anspruch. Diese Grundhaltung der Helfer ist unbedingt zu beachten! Viele Widerstände des Klienten erwachsen daraus, dass er sich fremdbestimmt wähnt.

Folgende Lebensbereiche können unterschieden werden und finden sich als „Zeilen“ in den Spalten „Situation“, „Ziele“ und „Vorgehen“ IBRP wieder:

1. Allgemeines Befinden / Krankheitsbewältigung
2. Wohnen und Selbstversorgung (einschl. der Behandlung der psychischen Erkrankung)
3. Tages- und Kontaktgestaltung
4. Arbeit und Ausbildung

Es fällt auf, dass durch diese Art der Strukturierung gleichzeitig die Funktionen der Helfer deutlich werden. Sie geben Hilfen zur Verbesserung des allgemeinen Befindens oder der Krankheitsbewältigung (z.B. Beratungsstellen, Gesprächspartner, Ärzte, Kliniken), zum Wohnen und zur Selbstversorgung (z.B. Wohnheime, ambulante Hilfen zum Wohnen), zur Tages- und Kontaktgestaltung (z.B. Tages- und Begegnungsstätten) sowie zur beruflichen Arbeit (z.B. Werkstätten, Ausbildungswerke).

Es wird deutlich, dass für die Erstellung eines so komplexen Hilfeplanes eine *koordinierende Bezugsperson* notwendige Bedingung ist.

Wie fülle ich den Innenteil des IBRP aus?

Die wichtigsten Schritte wurden ja bereits beschrieben. Daraus ergibt sich folgendes Vorgehen:

1. Der Klient wird nach seinem allgemeinen Befinden befragt und darüber, wie er mit seiner psychischen Erkrankung zurechtkommt. Diese Informationen werden in die Spalte „Aktuelle Situation / Problemlage“ eingetragen in die Zeile „Allgemeines Befinden / Krankheitsbewältigung“.
2. Aus der (möglicherweise unerwünschten) Ist-Lage wird ein Ziel formuliert und mit dem Klienten verabredet. Am einfachsten ist es, Gegensatzpaare zu bilden.

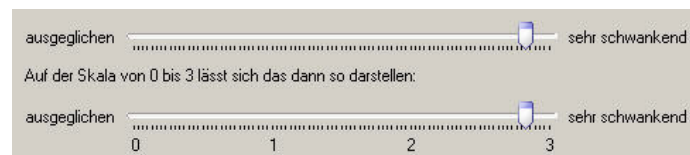
Beispiel:

- Aktuelle Situation: Hr. M. fühlt sich trotz seiner Psychose insgesamt wohl, klagt aber über diverse Nebenwirkungen der verordneten Medikamente (Mundtrockenheit, Gewichtszunahme, Müdigkeit, gedämpfte Gedanken, Teilnahmslosigkeit). Er möchte sie am liebsten nicht mehr einnehmen.
- Ziel: Hr. M. kann gegen die Nebenwirkungen seiner Medikamente etwas tun oder aber sie ertragen, weil er weiß, dass sie im Gegensatz zur Psychose „das kleinere Übel“ sind.

3. Nach und nach werden für alle der vier genannten Lebensbereiche Gegensatzpaare gebildet (Ausnahme: soll etwas so bleiben, wie es ist, dann ist das so zu formulieren). Es ist darauf zu achten, dass keine Wertungen und Verallgemeinerungen vorgenommen werden („Hr. M. ist...“) sondern dass einzelne Probleme ganz konkret formuliert und beschrieben werden. Dabei ist es günstig, möglichst die Formulierung des Klienten zu verwenden. Es ist unwichtig, ob der Plan „perfekt“ ausgefüllt wird. Wichtig ist, inwiefern der Klient in seine eigene Weiterentwicklung / Problemlösung / Lebensplanung einbezogen wird. „Krankheitsuneinsichtige“ Klienten sehen oft ihre Probleme anders als ihre Helfer, es kommt dann darauf an, die Situation auf mögliche Vor- und Nachteile hin zu untersuchen und so am subjektiven Problemempfinden des Klienten zu arbeiten.
4. Im nächsten Schritt wird gemeinsam mit dem Klienten und / oder mit anderen Helfern (auch Angehörigen) erkundet, über welche Fähigkeiten / Möglichkeiten der Klient schon verfügt, um seine Ziele ohne fremde Hilfe zu erreichen bzw. bei der Zielerreichung aktiv mitzuwirken. Danach werden all die Hindernisse aufgelistet und eingeschätzt, die einer selbständigen Zielerreichung im Wege stehen. Es geht also bei den Spalten „Ressourcen“ und „Fähigkeiten / Fähigkeitsstörungen“ nicht um die Beurteilung einer Person sondern um die Einschätzung der Möglichkeiten und Probleme bei der Selbsthilfe / Selbststeuerung des Klienten im Hinblick auf seine persönlichen Ziele. Es ist wichtig, dass der Klient diesen Zusammenhang gut nachvollziehen kann.

Zunächst werden die Möglichkeiten und Fähigkeitsstörungen mit Worten (möglichst denen des Klienten) beschrieben. Anschließend werden sie auf einem Kontinuum von 0 (kein Problem) bis 3 (massives Hindernis) eingeschätzt. Als Hilfe empfiehlt es sich, eine so genannte „Visuelle Analog-Skala“ zu verwenden. Dabei schätzt der Klient die Stärke des Hindernisses im Hinblick auf gegensätzliche Pole ein und macht dort ein Kreuz, wo er sein Problem am ehesten einordnet.

Beispiel: emotionale Instabilität.



Es wäre hier also die „3“ anzukreuzen. Man sollte einfach die Zahl wählen, die am ehesten zutrifft. Wesentlich ist die Aussage darüber, wie viel Hilfe dann der Klient möglicherweise benötigt. Ein Klient mit einer so starken Störung wie in diesem Beispiel benötigt wahrscheinlich auch nicht einfach eine Beratung sondern intensive Übung und Begleitung (was in der Spalte „notwendige psychiatrische Hilfen“ mit „4“ oder „5“ zu kennzeichnen wäre).

5. In der nächsten Spalte ist gemäß dem personenzentrierten Ansatz zunächst für jede Fähigkeitsstörung / Barriere einzuschätzen, ob und in welchem Ausmaß „natürliche“ nicht-psychiatrische Hilfen mobilisiert werden können. „0“ bedeutet dabei, dass keine derartige Hilfe verfügbar gemacht werden kann. „2“ bedeutet, dass in dem betreffenden Bereich andere Personen wie z.B. Angehörige oder gesetzliche Betreuer, Volkshochschulen usw. eine große Hilfe bieten können, so dass der Klient in diesem Bereich ohne oder nur mit wenig psychiatrischer Hilfe auskommen kann. Es könnte jedoch sein, dass der Klient sich diese Hilfen nicht selbst erschließen kann (z.B. aufgrund mangelnder sozialer Fähigkeiten). Dann sind in dem Mangel-Bereich psychiatrische Hilfen zu geben (z.B. bei der Aufnahme und Gestaltung von sozialen Beziehungen im Außenbereich eine „4“ anzukreuzen bzw. eine „2“ für Erschließung von Hilfen im Umfeld, z.B. zur Beschäftigung).
6. Der Übergang zur Einschätzung der notwendigen psychiatrischen Hilfen ist also fließend. Jedoch ist hier ein wichtiger Unterschied in der Bedeutung der Ziffern zu beachten. Es geht um eine Kategorisierung von Hilfen. Daraus geht nicht unmittelbar hervor, „wie viel“ Hilfe man aufwenden muss (das ist Aufgabe der Maßnahmeplanung, die sich an den IBRP anschließt). Eine Information und Beratung kann zeitraubender sein als eine begleitende Übung. Alle Hilfen, die hier geplant („angekreuzt“) werden, müssen dann in der nächsten Spalte
7. „Vorgehen“ genau ausformuliert werden. Ein Beispiel: Ein Klient leidet im Rahmen seiner Psychose (schizophrens Residuum, ICD-10 F 20.5) unter einer Antriebsstörung, die ihn daran hindert, seinen Tag sinnvoll zu verbringen (liegt tagsüber viel im Bett, kann nachts dafür nicht gut schlafen, hat keine Freunde und keine Arbeit, fühlt sich einsam und nutzlos, depressiv). In der Spalte „notwendige psychiatrische Hilfen“ wurde in der Spalte „Antrieb“ eine „5“ angekreuzt („regelmäßiges intensives individuelles Angebot“). In der Spalte „Vorgehen“ wird dann genau beschrieben:

2. Wohnen / Selbstversorgung

- Sich pflegen und kleiden
 - Mitarbeiter bleibt nach dem Aufstehen bei Hr. B. und motiviert ihn, bis er sich das Gesicht gewaschen und angezogen hat.

- Essen und Trinken

- Mitarbeiter frühstückt mit Hr. B.

3. Tages- und Kontaktgestaltung

- Ruhen und Schlafen

- Mitarbeiter weckt Hr. B. werktags morgens um 7.30 Uhr (Licht im Zimmer an machen, Fenster etwas öffnen). Mitarbeiter kommt nach 10 Minuten wieder und motiviert Hr. B. zum Aufstehen.

- Sich beschäftigen

- Mitarbeiter geht mit Hr. B. zusammen aus dem Haus, wenn Hr. morgens zur TS geht.

Natürlich sind diese Festlegungen mit dem Klienten im persönlichen Gespräch vereinbart worden. Es wird auch deutlich, dass eine so intensive Maßnahme zeitlich begrenzt bleibt. Der IBRP sollte hier also etwa für ein viertel Jahr angelegt werden.

8. Wer genau mit „Mitarbeiter“ gemeint ist, wird in der letzten Spalte („Erbringung durch“) festgelegt.

Rückseite des Bogens A

Zunächst kann vermerkt werden, ob es noch offene Probleme gibt, über die sich Klient und Helfer nicht einigen konnten.

Danach wird dokumentiert, wie der aktuelle IBRP erstellt wurde und wie für dessen Dauer die weiteren Absprachen erfolgen sollen. Wichtig ist, dass die Person, die bei Erstellung des IBRP „federführend“ ist, nicht unbedingt identisch ist mit der „koordinierenden Bezugsperson“, die weiter unten unter Punkt „7“ festgelegt wird. Letztere hat die Aufgabe, den festgelegten Rehabilitationsprozess zu begleiten, wirkt also als „Case-manager“, der auch institutionsübergreifend tätig wird und werden darf. Hier laufen alle Informationen zusammen. Seine Leistungen gehören zu den so genannten „psychosozialen Grundleistungen“, die unter „1. Allgemeines / Krankheitsbewältigung“ zu planen sind. Wichtig ist, dass diese Person vom Klienten selbst beauftragt wird, den Rehabilitationsprozess zu begleiten und auch gegenüber anderen Helfern zu vertreten. Leider ist diese zentrale „Institution“ bisher noch unterentwickelt.

Vor dem Hintergrund einer eindeutig definierten koordinierenden Bezugsperson ist auch die Schweigepflichtsentbindung zu sehen, die der Klient bzw. sein gesetzlicher Vertreter erteilen soll. Für den Prozess der Rehabilitation ist ein Austausch der relevanten Informationen unerlässlich. Ist eine koordinierende Bezugsperson installiert, wird auch der Informationsaustausch zentralisiert, so dass ein Missbrauch weniger wahrscheinlich wird.