

**FREIRÄUME SCHAFFEN –
ENTWICKLUNGEN FÖRDERN**

Landesfachtag „Trends und Entwicklungen in der Sozialpsychiatrie“



1. Tag: Wir können (fast) alles ambulant!

Warnemünde, 17. Juni 2015

FREIRÄUME SCHAFFEN –
ENTWICKLUNGEN FÖRDERN

Ambulante Reha hat eine Zukunft!

Thomas Utermark. GGP mbH, Rostock. 2015

Überblick

1. Entwicklung der RPK in M-V
2. RPK- eine kurze Erläuterung
3. Ein Versuch - TeilnehmerInnen in RPK-Maßnahmen
4. Erkenntnisse
5. Schlußbetrachtung

1. Entwicklung der RPK in M-V

- 1992 bis ca. 1995: erste konzeptionelle Arbeiten an einem RPK-Konzept durch das Bundesmodellprojekt „Gemeindenaher Psychiatrie“, Rostock
- 2005: RPK-Empfehlungsvereinbarung für „Ambulante RPK“ erscheint
- 2006: Bildung einer Konzeptgruppe in Rostock
- 2007: Zulassung der 1. RPK für M-V in Schwerin
- 2008- 2014: Verhandlung der RPK-Rostock
- Stand 2010: 52 RPK, davon 14 nur ganztägig ambulant u. 30 arbeiten gemischt (vgl. Stengler et al. 2014)

2.1 An wen richtet sich unser Angebot?

a) *RPK = Verbindung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation als Komplexleistung*

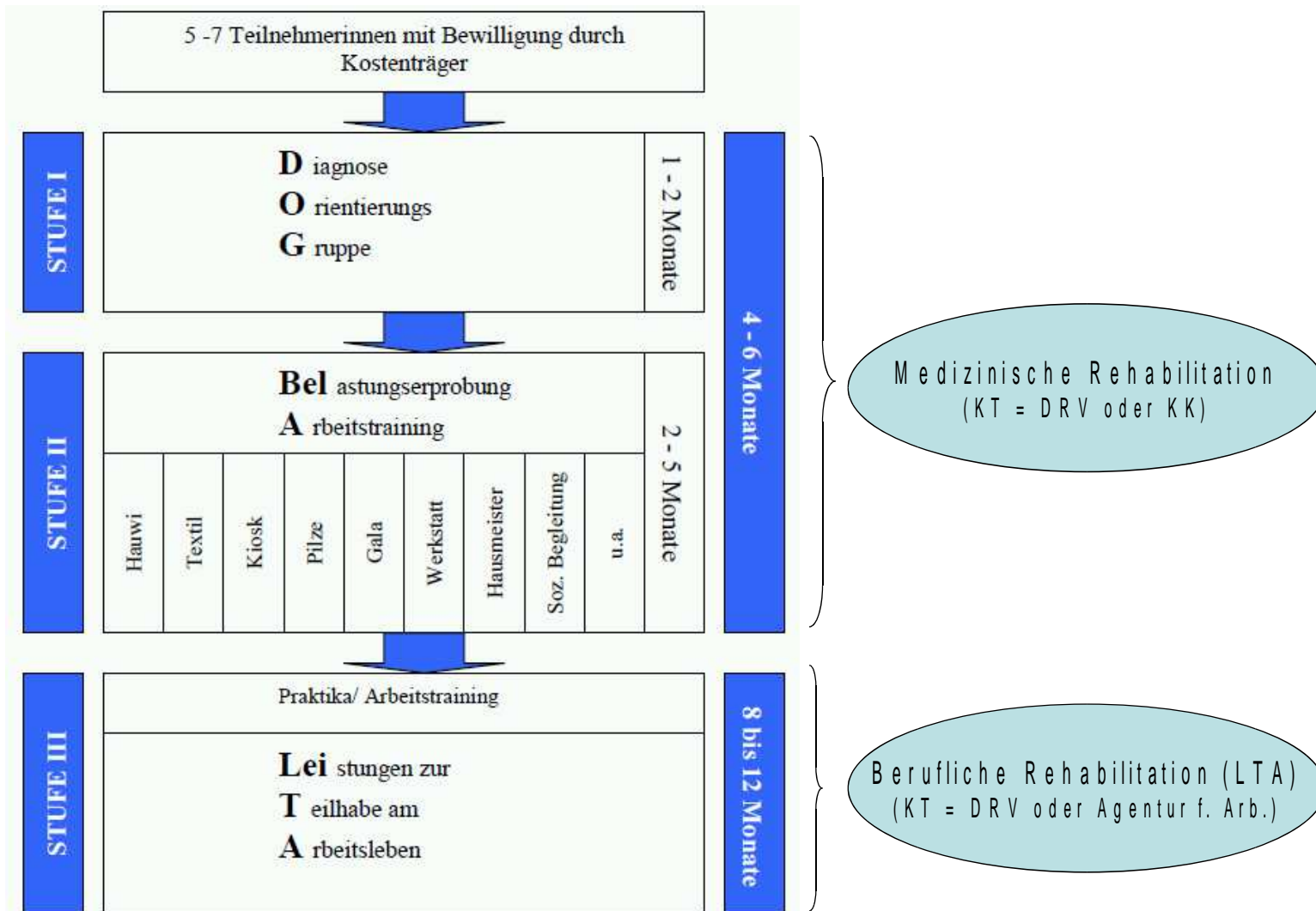
b) *Erkrankte Menschen im Alter von 18 bis 60 Jahren mit folgenden Krankheitsbildern:*

- *Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD 10: F20, F25)*
- *Schwere depressive und bipolare Störungen (ICD 10: F32, F33, F31)*
- *Schwere Ich-strukturelle und Verhaltensstörungen (ICD 10: F60, F61).*

Außerdem können in Einzelfällen behandelt werden:

- *Schwere, chronifizierte Angststörungen (ICD 10: F41)*
- *Schwere, chronifizierte Zwangsstörungen (ICD 10: F42)*
- *Schwere, chronifizierte Belastungs- und Anpassungsstörungen (ICD 10: F43)*
- *Schwere, chronifizierte somatoforme Störungen (ICD 10: F45).*

2.2 Wie läuft die Behandlung ab?



3. TeilnehmerInnen an RPK-Maßnahmen

		Stengler et al. (2014)* BaDo 2010	RPK Rostock 07.14-06.15
TeilnehmerInnen:			
	gesamt	1311	30
	weibl.	39,5% (n=793)	70% (n=21)
	männl.	60,5% (n=518)	30% (n=9)
Verteilung nach Diagnosegruppen:			
	F 20	41% (n=537)	26,67%
	F 30	28% (n=367)	13,33%
	F 40	12% (n=157)	23,33%
	F 60	19% (n=249)	36,67%
Abbrüche/Beendigungen:			
	med. Reha (vorzeitig)	25,40% (n=334)	16,67% (n=5)
	berufl. Reha (LTA)	22,80% (von 39,1% [n=359] mit LTA)	0,00% (von 40,00% [n=12] mit LTA)

* Nervenarzt 2014

4. Erkenntnisse (nach einem Jahr RPK Rostock)

- sehr zähes Zulassungsverfahren
- hohe Anforderungen an die Einrichtungsleitung (Quali, Präsenz)
- hilfreich ist die Vernetzung mit anderen RPK's und dem regionalen Versorgungssystem
- sehr breites Spektrum bei den Zuweisungen (Zielgruppe vs. Prognoseerwartung)
- herausfordernde Gruppenzusammensetzung
- kein Zusammenhang zwischen Dauer der Erkrankung und Erfolg/Prognose erkennbar → eher entscheidend scheinen Umgang mit den Beeinträchtigungen und eine hohe Eigenmotivation
- günstig scheint die sorgfältige Vorbereitung BeLa-Platzierung
 - stützende Struktur bei Enttäuschung/Abbruch (2+2-System)
 - bessere Prognose Übergang berufl. Reha

5.1 Basisstrukturmodell als Drei-Ebenen-Modell

1. Ebene

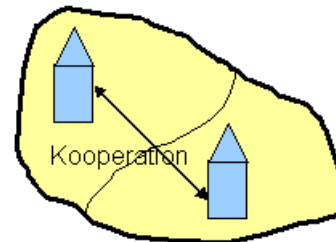
- Subsektoren
~ 40.000 – 60.000 Einwohner
- Basale Hilfen



- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung
- Ambulante sozialpsychiatrische Behandlung
- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung, Kontaktfindung und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

2. Ebene

- Gebietskörperschaft
- Gemeindepsychiatrischer Verbund



- Hilfsangebote der 1. Ebene
- Tagesklinische Behandlung
- Vollversorgung im Bereich Wohnen

3. Ebene

- Versorgungsregion



- Hilfsangebote der 1. und 2. Ebene
- Klinisch-stationäre Versorgung
- Spezielle medizinische/berufliche Reha
- Spezielle Arbeitsangebote

Quelle: LSP M-V e.V. 1999

5.2 Fazit - 1

→ in M-V mind. 3 weitere ganztägig ambulante RPK notwendig
(vgl. MAGS M-V. August 2011)

→ konzeptionelle Weiterentwicklung der RPK absichern (u.a. SE-Ansätze bereits BeLa, Einsatz von GenesungsbegleiterInnen, Einzelaufnahmen) (vgl. LSP M-V e.V. Basisstrukturmodell 1999)

→ vergleichbare Zulassungsbedingungen durch die Leistungsträger (ärztl. Leitung und Präsenz, Nachsorge) erwirken (evtl. durch IG Nord-RPK's und BAG RPK e.V.)

→ frühzeitige und bessere Vorbereitung der TN durch die Akutversorgung und sozialpsychiatrische Behandlungsbausteine anstrengen

→ bessere, einfachere und schnellere Zugangsmöglichkeiten zu gemeindeintegrierten Rehabilitationsangeboten wie die RPK schaffen (vgl. DGGPN-Stellungnahme. März 2015)

→ wir brauchen die Erforschung von Wirkfaktoren in RPK's (vgl. Stengler et al. 2014)

5.2 Fazit – 2

(denkbare Standorte zukünftiger RPK in M-V)



Basis: URL: <http://www.sozialpsychiatrie-mv.de/Psychiatriewegweiser/karte.html> [16.06.2015]



Besten Dank für Ihr Interesse

Thomas Utermark, GGP mbH Rostock

www.ggp-rostock.de • info@ggp-rostock.de • Tel: 0381 12371 0 • Fax: 0381 12371 20