

Workshop 4: Teilhabe-orientierte Ansätze im Sozialraum

Impulsvortrag

MOBILE REHABILITATION IN DER GEMEINDEPSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG IN STUTTGART

Erfahrungen aus dem Projekt „RESET“



DVfR-Kongress

Rehabilitation und selbstbestimmte Teilhabe
von Menschen mit psychischen
Erkrankungen:

Personenzentrierung und Recovery-Orientierung

Berlin,
12./13.09.2023

David Walburg

Sozialarbeiter (M. A.)

ehem. Mitglied im Projekt „RESET“
des Rudolf-Sophien-Stifts gGmbH

Überblick

1. **Hintergrund**
2. **Entstehung**
3. **Rehabilitationskonzept RESET**
4. **Praxisbeispiele**
5. **Erkenntnisse**
6. **Ausblick**

1. Hintergrund

Bisherige psychiatrische Rehabilitationsmöglichkeiten:

- **Spezielle psychosomatische und psychotherapeutische Reha-Kliniken**
 - häufig eher leicht psychisch erkrankten Menschen vorbehalten
 - lehnen schwere psychische und Psychose-Erkrankungen häufig ab
- **Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen (RPK)**
 - Multiprofessionelle Komplexbehandlung für schwer psychisch erkrankte Menschen
 - stationär oder ganztägig ambulant
 - nicht flächendeckend und bedarfsgerecht vorhanden; zu wenige Plätze und lange Wartezeiten
 - Fokus häufig auf jüngere schwer psychisch erkrankte Menschen

1. Hintergrund

Aktuell im Bereich Psychiatrie (nicht Psychosomatik):

- Auftreten einer Krise
- Klinikaufenthalt
- Im Idealfall vollständige Remission
- Ansonsten bleiben häufig nur die Angebote der Eingliederungshilfe (je nach Versorgungsregion unterschiedlich)

Analogie: Beinbruch – Krankenhaus – Pflegeheim

Äquivalent an medizinischen Rehaleistungen bei psychischen Erkrankungen fehlt im Vergleich zu somatischen Erkrankungen (Gleichstellung von psychisch erkrankten mit somatisch erkrankten Menschen nicht erfüllt)

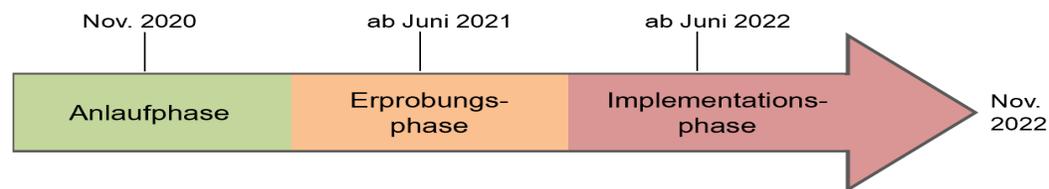
1. Hintergrund

Aktuelle Versorgungssituation:

- Versorgungslücke zwischen Akutbehandlung und rehabilitativer Behandlung
- Adaptation stellt besondere Herausforderung dar (mobiles Setting prädestiniert)
- Lösung für Problem der Drehtürpsychiatrie
- Transferleistung von amb./stat. für psychiatrische Patient:innen oft besondere Herausforderung
- seit Jahrzehnten Sehnsucht nach Angebot für Schwellenübergang von stationär nach Hause
- Verhinderungsgrund von amb./stat. Reha oft im Krankheitsbild verankert (Angst/Zwang/Antriebsstörung)

2. Entstehung

- Mobile Medizinische Rehabilitation bisher v.a. im Bereich Geriatrie etabliert
- Projektidee und Förderung: durch Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg:
„Etablierung von Leistungen der mobilen Reha im GPV (Projekt MoMedReha-GPV)“



- Projektträger: Rudolf Sophien Stift Stuttgart gGmbH (Träger einer RPK)
- Projektlaufzeit: 1.12.2020 – 30.11.2022

2. Entstehung

Rahmengebende Dokumente:

Konzeption angelehnt an RPK-Rahmenempfehlungsvereinbarung und Gemeinsame Empfehlungen für mobile Rehabilitation des GKV-Spitzenverbands

Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation

Walter-Kolb-Straße 9-11 · 60594 Frankfurt am Main



Telefon: (069) 60 50 18 - 0
Telefax: (069) 60 50 18 - 29
E-Mail: info@bar-frankfurt.de
Internet: www.bar-frankfurt.de



Eckpunkte
des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen
auf Bundesebene
für die mobile indikationsspezifische Rehabilitation
vom 05.04.2016

RPK-Empfehlungsvereinbarung
vom 29. September 2005

Seit 06/2021 Gemeinsame
Empfehlungen für mobile
Rehabilitation

Rehabilitationskonzept RESET

Mobile Medizinische Rehabilitation für Seelische Gesundheit und Teilhabe

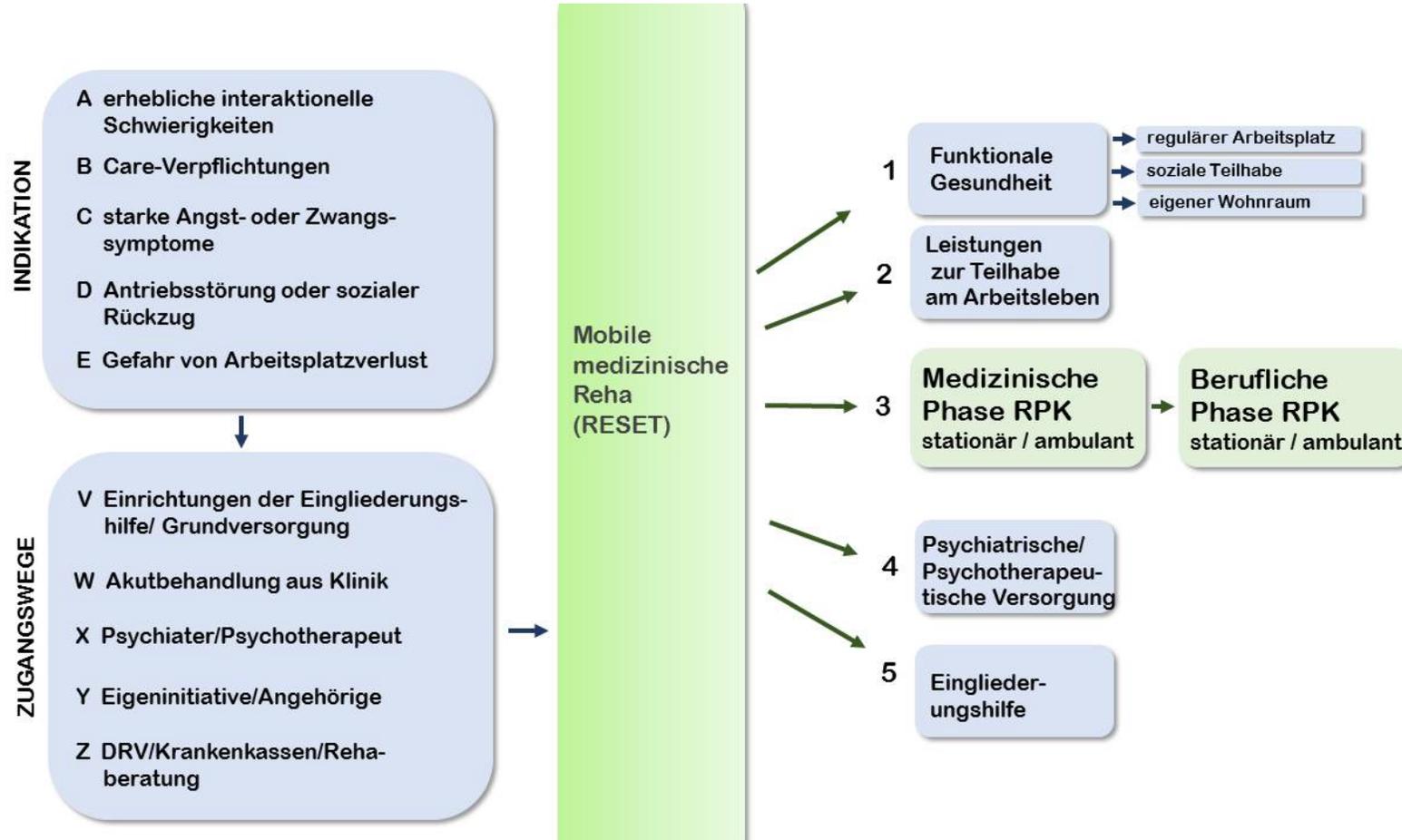
3. Rehabilitationskonzept RESET

Zielgruppe:

- Personen, die von einem medizinischen Reha-Angebot profitieren, die aber aufgrund ihrer persönlichen Situation oder ihrer Erkrankung kein stationäres und ambulantes Angebot wahrnehmen können und bislang ohne jede rehabilitative Versorgung sind
- Personen, die durch eine konzentrierte, kurzzeitige Interventionsmaßnahme nachhaltig profitieren und möglicherweise weniger Betreuung durch die Eingliederungshilfe benötigen, seltener in Akutbehandlung kommen, mehr Teilhabe erfahren, als ohne ein mobiles Rehabilitationsangebot

3. Rehabilitationskonzept RESET

Zugangswege und Anschlussmöglichkeiten



3. Rehabilitationskonzept RESET

Besonderheiten des mobilen Konzepts

- Multiprofessionelles Team behandelt Zuhause
- Optimale Einbeziehung des soz. Umfelds
- Barrieren und Förderfaktoren werden greifbarer
- Angebot für bislang unerreichten Personenkreis
 - Personen mit Arbeitsplatz, Kindern, zu pflegende Angehörige
 - Personen mit schweren Symptomen, die jedoch kein Setting außerhalb der Wohnung aushalten
- Möglichkeit der Anschlussrehabilitation nach Akutbehandlung zur Verhinderung von Chronifizierung
- Clearing-Funktion zur Vermittlung in bestehende Angebote

3. Rehabilitationskonzept RESET

Dauer und Dichte der Maßnahme

in Anlehnung an Gemeinsame Empfehlungen für mobile Rehabilitation des GKV-Spitzenverbands, allerdings spezifiziert auf psychische Erkrankungen:

- Dauer 12 Wochen
- 5 Therapieeinheiten pro Woche [60 insgesamt,]
 - Mind. 3 Reha-Tage pro Woche, mind. 5x45Minuten
 - Doppeltermine möglich (2x90min + 1x 45min z.B.)
- Zu Beginn alle Kontakte im häusl. Umfeld; später Ausweitung in das erweiterte soziale Umfeld (zur Förderung der Aktivität und Teilhabe)
- Fokus auf Einzelkontakte, im Verlauf Gruppenangebote vorgesehen
- Aufnahme und ausführliche Diagnostik zu Beginn

3. Rehabilitationskonzept RESET

Teamzusammensetzung (multiprofessionell-interdisziplinär-intersektoral)

- Ärztliche Leitung aus der RPK
- 2 MA aus der RPK (Psychologie/ Psychotherapie & Ergotherapie)
- 2 MA aus Gemeindepsychiatrischem Zentrum (Psychiatrische Pflege & Sozialpsychiatrischer Dienst)

Enge Kooperationen in Versorgungsregion (GPV) notwendig:

- Nutzung der Expertise von RPK in **rehabitativer** Arbeit und von GPZ in **aufsuchender**, gemeindepsychiatrischer Arbeit
- Synergieeffekte nutzen, gegenseitig voneinander profitieren und Angebote (z.B. Gruppenangebote) im Stadtteil nutzen

Gestaltung eines aufsuchenden aber rehabilitativen Angebots unter Berücksichtigung des Sozialraums unter Beibehaltung einer fordernden und fördernden Reha-Atmosphäre benötigt beide Kernbereiche und engen Austausch!

4. Praxisbeispiele

Fallvignette 1

- 47Jahre alter Mann, alleinlebend, Architekt, F20.0
- immer wieder psychotische Episoden, viele Klinikaufenthalte
- seit 16 Jahren keine Vollbeschäftigung, viele gescheiterte Jobversuche
- lebte völlig zurückgezogen, ein Sozialkontakt, täglich zur selben Zeit einkaufen und spazieren, ansonsten zuhause
- Maßnahmen: Psychoedukation und Selbstreflexion, Tages- und Wochenstrukturierung, Hilfestellungen zur Organisation des Haushalts, Verbesserung der funktionalen Gesundheit, Erweiterung des Aktions- und Lebensraums, Netzwerkgespräche mit Freund und SpDi
- Ergebnis: Befähigung zur Teilhabe durch RESET; Aufnahme einer RPK-Maßnahme; Stellenangebot in Architekturbüro seit März 2023

4. Praxisbeispiele

Fallvignette 2

- Sozialpädagogin Mitte fünfzig, mit Ehemann und 17j. Tochter in Wohnung lebend
- seit 2016 schwere depressive Episode mit psychot. Anteilen, seither Drehtür-Patientin: viele stationäre, teilstationäre und rehabilitative Behandlungen ohne nachhaltige Verbesserungen
- Familie sehr belastet
- Maßnahmen: Verständnis und Umgang mit Erkrankung erlernen, Aktivierung und kognitives Training, Tages- und Wochenstrukturierung, Erarbeitung von Interessen und Fähigkeiten, (begleitete) Haushaltsführung, Findung und Stärkung der Rolle in der Familie durch Familien- und Paargespräche
- Ergebnis: Auseinandersetzung mit der Erkrankung, strukturierter, traut sich wieder mehr zu, Entlastungsmöglichkeiten für Familie (u.a. Unterstützungsangebot für Tochter), schrittweise Nutzung von Angeboten im GPZ (Tagesstätte und SpDi)

5. Erkenntnisse

- **Beobachtung der Entwicklung der bisherigen Teilnehmenden gibt Anlass zur Freude**
- von den Teilnehmenden, Kooperationspartner:innen, Familien ausschließlich positives Feedback; Hoffnung und Aufbruchstimmung spürbar
- Personenkreis wird erreicht, der sonst nicht erreicht wird
- Zeitraum ist herausfordernd
- Hoher Planungsbedarf und Austausch nötig
- Prozesshaftes Arbeiten sehr gewinnbringend
- Positive Entwicklungen bei den „Vergessenen“, „Beheimateten“ und „Schwierigen“

5. Erkenntnisse

RESET in Zahlen

- 2 Jahre Projektzeitraum
- 6 Monate Konzeptentwicklung
- 12 Monate Erprobung
- 6 Monate Arbeit an Implementierung

- 17 Verläufe erprobt
- 801 Behandlungseinheiten an
- 560 Behandlungstagen
- 2 Abbrüche und 2 Verlängerungen

5. Erkenntnisse

- Versorgungsstrukturen in Stuttgart sind prädestiniert für die Implementierung von RESET: GPV mit der Versorgungsverpflichtung für (schwer chronisch) psychisch erkrankte Menschen, PsychKHG, innovative psychiatrische Kliniken mitsamt StäB- und PIA-Angeboten, das Erfahrungswissen einer RPK, sowie die acht regionalen flächendeckenden und gemeindenahen GPZ
- leider keine Gerontopsychiatrische Aufnahme
- Teilnehmende aus Assistenzleistungen der Eingliederungshilfe oft mit Motivationsproblematik; enge Absprachen und Kooperationen notwendig.
- Indikationsverschiebung: Nicht mehr „nur mobil möglich“, sondern „größte Erfolgsmöglichkeiten für die unmittelbare soziale Umgebung“
- Vermittlung von „Reha-Gedanke“ an Kooperationspartner:innen der Sozialpsychiatrie

5. Erkenntnisse

- Individueller, personenzentrierter Charakter
- Minimierung und Verhinderung von Chronizität bei frühzeitiger Intervention; sog. Drehtüreffekte / wiederkehrende Krankheitsepisoden können gestoppt werden
- Mobile Erbringungsform nimmt Beziehungsstörungen im sozialen Umfeld sowie komplexe soziale Beeinträchtigungen in den Blick; bezieht An- und Zugehörige mit ein
- Perfekte Anschlussbehandlung nach Klinikaufenthalt oder StäB für großen Personenkreis (*eigentlich für alle, bis auf die, die explizit von stationärem/einrichtungsbezogenem Setting profitieren*)
- Vorteile gegenüber stationärem Setting: betrachtet Mensch im gesamten Kontext mit all seinen Wechselwirkungen und Beziehungen; Netzwerkgespräche sind vor Ort möglich; individuelle, psychoedukative, zielgerichtete alltags- und wohnortnahe Reha
- Ärztliche und psychologische Leistungen zuhause im Lebensumfeld

6. Aktueller Stand

- Konzept vom Medizinischen Dienst geprüft; Begehung durch Krankenkassenvertreter:innen und Medizinischer Dienst ist erfolgt
- Inhaltliche Verhandlungen abgeschlossen; Angebot einer Ergänzungsvereinbarung erhalten
- aktuell: Vergütungsverhandlungen
- Ausblick: Hoffnung auf Versorgungsvertrag mit auskömmlicher Vergütung; RESET kann Leuchtturmprojekt für viele weitere Regionen und Umsetzungsideen sein (großes Interesse spürbar)

Vielen Dank für Ihr Interesse & Ihre Aufmerksamkeit!

Erreichbarkeit:

Projekt RESET: reset@rrss.de

persönlich: davidwalburg@web.de

David Walburg,

Sozialarbeiter (M. A.)

ehem. Mitglied im Projekt „RESET“ des Rudolf-Sophien-Stifts gGmbH

Berlin, 12./13.09.2023

DVfR-Kongress

Rehabilitation und selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen:

Personenzentrierung und Recovery-Orientierung

Workshop 4: Teilhabe-orientierte Ansätze im Sozialraum

Impulsvortrag: Mobile Rehabilitation in der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Stuttgart –

Erfahrungen aus dem Projekt „RESET“