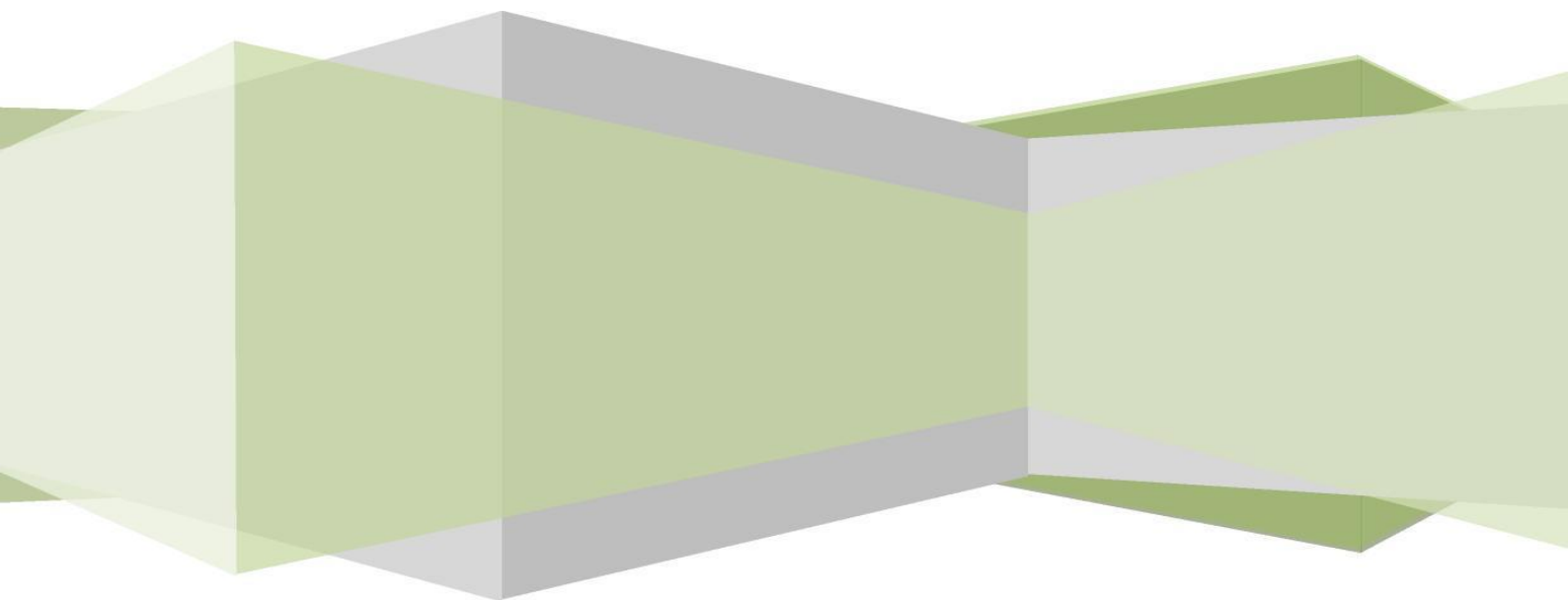




**Club Handicap e.V.**  
Medizinische Rehabilitation  
für psychisch Kranke

# Das Rehabilitations- Konzept



*QM- Zertifiziert*



*Mitglied*



*Autoren: Hr. Bast, Hr.Colato, Fr.Ochsenfahrt*

*Erstellungsdatum: 28.06.2021*

*Version 7.4*

*Club Handicap e.V. | Gesellschaftsstr. 10 | 59423 Unna*

# Inhaltsverzeichnis

---

1. Einleitung.....	3
2. Allgemeines.....	4
3. Beschreibung der Einrichtung.....	5
3.1 RPK Westfalen.....	6
4. Rehabilitationskonzept.....	7
4.1 Theoretische Grundlagen.....	7
4.2 Rehabilitationsindikationen_und -kontraindikationen.....	9
4.3 Rehabilitationsziele.....	10
4.4 Rehabilitationsdauer.....	10
4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung.....	11
4.6 Rehabilitationsprogramm.....	14
4.7 Rehabilitationselemente.....	19
4.7.1 Aufnahmeverfahren.....	19
4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik.....	19
4.7.3 Medizinische Therapie.....	20
4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote.....	21
4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen.....	22
4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken.....	23
4.7.7 Freizeitangebote.....	26
4.7.8 Sozialdienst.....	26
4.7.9 Gesundheitsbildung/ Gesundheitstraining und Ernährung.....	27
4.7.10 Angehörigenarbeit.....	27
4.7.11 Krisenintervention.....	28
4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege.....	28
4.7.13 Wochenendbetreuung.....	29
4.7.14 Weitere Leistungen.....	29
4.7.15 Beendigung der Leistung zur med. Rehabilitation.....	30
5. Personelle Ausstattung.....	31
6. Räumliche Gegebenheiten.....	32
7. Kooperation und Vernetzung.....	33
8. Maßnahmen der Qualitätssicherung.....	33
9. Kommunikationsstruktur, Therapieorganisation.....	35
10. Notfallmanagement.....	36
11. Fortbildung.....	38
12. Supervision.....	38
13. Hausordnung.....	39

Dieses, zwischen der Einrichtung und den Rehabilitationsträgern auf den gesetzlichen Grundlagen und Zielen der Leistungsträger Deutsche Rentenversicherung (DRV) und gesetzliche Krankenversicherung (GKV) abgestimmte Konzept informiert über Behandlungsmöglichkeiten und -grenzen im Club Handicap e.V..

Leistungen der medizinischen Rehabilitation für psychisch Kranke können grundsätzlich in ganztägig ambulanter oder stationärer Form erbracht werden. Unabhängig von der Leistungsform gelten für beide Leistungen zur medizinischen Rehabilitation prinzipiell die gleichen Anforderungen.

Ausgerichtet ist die medizinische Rehabilitation an den verschiedenen Dimensionen des bio-psycho-sozialen Gesundheits- bzw. Krankheitsfolgenmodells der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wie sie in der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) konzipiert wurden. Die Erkrankungen und ihre Folgen werden als Ergebnis sich wechselseitig beeinflussender somatischer, psychischer und sozialer Faktoren verstanden. Zentraler Bestandteil der ICF sind die Kategorien funktionale Gesundheit (Funktionsfähigkeit) und Behinderung. In einer Behinderung spiegelt sich die negative Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren im Hinblick auf die Funktionsfähigkeit wieder.

Für die Durchführung medizinischer Rehabilitationen liegt hiermit ein wissenschaftlich begründetes Rehabilitationskonzept vor. Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft durch frühzeitige Einleitung der erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Schwerpunkt liegt dabei insbesondere auf Zielvorstellungen, die mit der Erhaltung bzw. Wiederherstellung des Leistungsvermögens (Erwerbsfähigkeit) und Förderung der Teilhabe in Beruf und Gesellschaft verbunden sind.

Wir beteiligen uns außerdem auch an Qualitätssicherungsprogrammen einschließlich Effektivitätskontrollen und dokumentieren die durchgeführten Leistungen in angemessenem Umfang.

Während der med. Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger.

*Wir freuen uns, dass Sie sich für unsere inhaltliche Arbeit interessieren und hoffen, Ihnen mit dem vorliegenden Konzept u.a. eine Entscheidungsgrundlage für eine Inanspruchnahme einer Rehabilitation in unserer Einrichtung zur Verfügung stellen zu können.*



**Markus Bast**  
Verwaltungsleiter



**Piero Colato**  
Therapeutischer Leiter



**Angela Ochsenfahrt**  
Ärztliche Leitung

***Rehabilitationskonzept des Club Handicap e.V.  
Medizinische Rehabilitation für psychisch kranke Menschen***

- Gesellschaftsstr. 10
- 59423 Unna
- Telefon: 02303/ 251 21 0
- Telefax: 02303/251 21 28
- [Email: info@clubhandicap.de](mailto:info@clubhandicap.de)
- [www.clubhandicap.de](http://www.clubhandicap.de)
  
- Institutionskennzeichen (IK): 500594246

***Leitende Ärztin***

- Frau Angela Ochsenfahrt / *Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie*
- Telefon: 02303/ 251 21 41
- [Email: angela.ochsenfahrt@clubhandicap.de](mailto:angela.ochsenfahrt@clubhandicap.de)

***Therapeutischer Leiter***

- Herr Piero Colato / *Diplom Sozialarbeiter*
- Telefon: 02303/ 251 21 40
- [Email: piero.colato@clubhandicap.de](mailto:piero.colato@clubhandicap.de)

***Verwaltungsleiter***

- Herr Markus Bast / *Fachwirt für soziale Dienstleistungen*
- Telefon: 02303/ 251 21 49
- [Email: markus.bast@clubhandicap.de](mailto:markus.bast@clubhandicap.de)

*Stand: 17.03.2021 Rev.7.3*

Seit 1980 hat es sich der Club Handicap e.V. unter freier Trägerschaft zur Aufgabe gemacht, psychisch erkrankte Menschen medizinisch zu rehabilitieren. Im Jahr 2017 ist die Einrichtung in das Gebäude in der Gesellschaftsstraße umgezogen und bietet den Patienten mit mehr als dem doppelten an Grundfläche (ca. 2000m<sup>2</sup>) verglichen mit der alten Einrichtung eine optimale Voraussetzung sich wohl zu fühlen, an sich zu arbeiten und sich ganz auf die Therapien und den Gesundheitsprozess zu konzentrieren.

Unsere Zielgruppe sind psychisch erkrankte Menschen jeden Geschlechts im Alter von 18- 55 Jahren aus dem gesamten Bundesgebiet. Es werden folgende Erkrankungen behandelt:

- Psychosen aus dem affektiven/ schizophrenen Formenkreis
- Angsterkrankungen
- Zwangserkrankungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Essstörungen

Ebenfalls in die Behandlung eingeschlossen sind Komorbiditäten der unterschiedlichen hier behandelbaren Krankheitsbilder.

Wir arbeiten mit allen Kostenträgern im Bereich der medizinischen Rehabilitation zusammen und haben Versorgungsverträge mit den Krankenkassen nach § 111 SGB V sowie den deutschen Rentenversicherungen.

Unsere Einrichtung verfügt über 23 stationäre und zwei ambulante Plätze.

Die ambulanten Rehabilitanden nehmen vollumfänglich am therapeutischen Angebot teil, bleiben aber in ihrem gewohnten Umfeld während der Regelbehandlungszeit von 3 - bis max. 12 Monaten wohnen. Während ihres Aufenthalts steht ihnen ein eigener Ruheraum als Rückzugsort zwischen den Therapien zur Verfügung.

Die stationären Rehabilitanden wohnen auf drei Etagen welche barrierefrei über einen Fahrstuhl erreicht werden können. Jede Etage verfügt über eine eigene Küche mit Aufenthaltsraum, sämtliche Zimmer verfügen über eine Notfallklingel- Anlage, mit der im Notfall jederzeit Hilfe gerufen werden kann.

Die Belegung erfolgt ausschließlich in Einzelzimmern, die mit allem Komfort wie eigenes Bad/WC, Boxspringbetten, TV, Telefon und VDSL Internet-Anschluss ausgestattet sind.

Im Außenbereich können sich die Rehabilitanden auf eine große Sonnenterrasse zurückziehen.

Als stationäre und ambulante psychiatrische Rehabilitationseinrichtung sind wir in das Konzept der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung eingebunden und befinden uns im Herzen der Kreisstadt Unna- mit etwa 70.000 Einwohnern Teil der Metropolregion Ruhrgebiet in unmittelbarer Nähe zum Sauer- und Münsterland. Durch die zentrale Lage der Einrichtung in Unna haben unsere Rehabilitanden die Möglichkeit, ihre Freizeit auch im kulturellen Stadtkern zu verbringen. Innerhalb von wenigen Gehminuten sind Bus- und Hauptbahnhof in Unna zu erreichen. Das katholische Krankenhaus der Stadt Unna ist in unmittelbarer Nähe. Kooperierende Einrichtungen sind ortsansässige Betriebe für die Arbeitserprobung sowie die Kontaktstelle „Lichtblicke“ für tagesstrukturierende Maßnahmen.

### ***Die ambulante Rehabilitation***

Die ambulante Therapie beginnt mit dem täglichen Frühstück, umfasst in vollem Umfang unser therapeutisches Angebot innerhalb der Woche und endet mit dem täglichen Abendessen. Die ganztägig ambulanten Rehabilitanden bleiben dabei in ihrem häuslichen Umfeld wohnen. Die Durchführung der ganztägig ambulanten Rehabilitation ist äquivalent zu der stationären Rehabilitation ausgenommen der Unterbringung in der Einrichtung.

1. Die RPK Westfalen bieten den Rehabilitanden eine leitliniengestützte medizinische, psychotherapeutische, sozial- und arbeitstherapeutische Komplexleistung mit den Zielen der Wiederherstellung der psychischen Gesundheit, der Verbesserung der sozialen und beruflichen Teilhabe und der Integration in den Arbeitsmarkt. Die multiprofessionelle Leistungserbringung orientiert sich an den individuellen Fähigkeiten und Zielen der Rehabilitanden und gibt Zeit für deren Gesundung. Zentrales Element ist ein leistungsträgerübergreifendes Rehabilitationsprogramm mit Zielorientierung und beständiger Prozessevaluation. Alle RPK Westfalen sind QM zertifiziert.
2. Für Menschen mit psychischen Erkrankungen gibt es häufig aufgrund langjähriger Krankheitsverläufe keine Chancengerechtigkeit zur sozialen und beruflichen Teilhabe. Die RPK bietet hier geeignete Behandlungs- und Kompensationsmöglichkeiten, um frühzeitig weiterer Chronifizierung und Erwerbsunfähigkeit vorzubeugen und die Lebensqualität nachhaltig zu verbessern. Basierend auf der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit (ICF) bieten die RPK ein zielgruppenspezifisches Rehabilitationsangebot, welches die individuellen Ressourcen fördert und unter Berücksichtigung von Umweltfaktoren Perspektiven und Kompetenzen entwickelt.
3. Die RPK Westfalen arbeiten als regionale Einrichtungen sozialraumorientiert im Lebens- und Arbeitsumfeld der Rehabilitanden. Gleichzeitig werden Schnittstellen zu anderen Helfersystemen aktiviert, um in den regionalen Netzwerken soziale Teilhabe und die Teilhabe am Arbeitsleben zu unterstützen. Ein besonderer Schwerpunkt liegt in einer kooperativen Zusammenarbeit mit regionalen Arbeitgebern. So wird die Inklusion ins Erwerbsleben nachhaltig realisiert.

### Core- Set

#### Das bio-psycho-soziale Modell nach ICF

Der Betrachtung der Krankheit, welche eine Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu Folge hat, wird ein bio-psycho-soziales Modell zugrunde gelegt. Das bio-psycho-soziale Modell beinhaltet, dass die Krankheitsursache, der Krankheitsverlauf und die Folgen einer Erkrankung durch biologische, psychologische und soziale Faktoren bedingt sind, die in unterschiedlicher Ausprägung eine Rolle spielen. Krankheit erscheint somit als Ergebnis einer dynamischen Interaktion zwischen dem medizinisch diagnostizierten Gesundheitsproblem und den so genannten Kontextfaktoren, welche das Gesundheitsproblem beeinflussen.

Die Kontextfaktoren werden in Umwelt- und personenbezogene Faktoren unterteilt. Die Umweltfaktoren erfassen das unmittelbare, persönliche Umfeld eines Menschen sowie die sozialen Strukturen und Systeme in der Gesellschaft. Bei personenbezogenen Faktoren handelt es sich um Eigenschaften einer Person, die nicht Teil ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Verfassung sind; in Betracht kommen Alter, Geschlecht, Bildung, Erfahrung, Persönlichkeit, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, sozialer Hintergrund, Beruf, sowie vergangene oder gegenwärtige Erlebnisse.





## **Die Grundsätze der Therapie**

Das therapeutische Setting in unserer Einrichtung basiert auf folgenden Grundsätzen:

In unserer Einrichtung erfolgt die Therapie schulenübergreifend. Wir nutzen psychologische, soziotherapeutische und verhaltenstherapeutische Methoden. Die Therapieansätze werden durch lösungsorientierte Methoden ergänzt. Es hat sich außerdem gezeigt, dass bei schwer psychisch Kranken die Familie starken Einfluss hat, sowohl im negativen als auch im positiven Sinne. Deshalb arbeitet unsere Einrichtung zielgerichtet darauf hin, dass die Ressourcen der Herkunftsfamilien für die Rehabilitanden nutzbar werden bzw. familieninduzierte Probleme bearbeitet werden können.

Ein wesentlicher Wirkfaktor des Rehabilitationsangebotes ist das therapeutische Milieu der Einrichtung, das durch das Konzept der so genannten „sicheren Distanz“ geprägt ist. Damit ist ein psychoökologisches Klima gemeint, welches durch Respekt und Empathie gekennzeichnet ist. Dieses Klima ist als Rahmen für unsere im Sinne des Vulnerabilitätskonzeptes sensiblen Rehabilitanden besonders wichtig.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil des therapeutischen Milieus ist der ressourcenorientierte Ansatz: Unter der Fokussierung auf die vorhandenen Ressourcen wird gemeinsam mit den Rehabilitanden eine realistische Zielplanung entwickelt und versucht, auf vorhandene Fähigkeiten zurückzugreifen. Es wird versucht, zu verstehen, was dem Rehabilitanden bisher bereits geholfen hat, die schwierige Vergangenheit zu ertragen. Durch diese Fokussierung auf bereits bestehende Bewältigungsstile kann sich der Patient als kompetent wahrnehmen.

Durch diese verschiedenen Elemente unserer therapeutischen Grundhaltung wird die Selbstständigkeit gefördert. Gleichzeitig wird durch die Begegnung auf „Augenhöhe“ dafür gesorgt, dass der Patient Hilfe annehmen kann. Eigenständigkeit und Selbstachtung verhelfen auch zu einer Wertschätzung und Akzeptanz der Mitmenschen. Diese Haltung kann dazu beitragen, frühzeitig die Voraussetzungen für die berufliche Integration zu schaffen.

Die berufliche Wiedereingliederung besitzt in unserer Einrichtung eine hohe Priorität.

Zur Klärung der Notwendigkeit und der Zielsetzung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind folgende Voraussetzungen sozialmedizinisch zu prüfen:

### **Rehabilitationsbedürftigkeit**

Rehabilitationsbedürftigkeit bezieht sich auf eine gesundheitlich bedingte drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe, die über die kurative Versorgung hinaus den mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich macht.

Dabei bezieht sich das gesundheitliche Problem auf die Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen) und die Beeinträchtigung der Aktivitäten unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren.

### **Rehabilitationsfähigkeit**

Der Begriff der Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (z. B. Motivation bzw. Motivierbarkeit und Belastbarkeit) für die Teilnahme an einer geeigneten Rehabilitation.

## **Rehabilitationsprognose**

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Rehabilitation

- auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials/der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen (Rehabilitationspotential einschließlich psychosozialer Faktoren)
- über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels
- durch eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme
- in einem notwendigen Zeitraum
  
- bei Berücksichtigung der individuellen Ausgangssituation.

## Rehabilitationsindikationen und –kontraindikationen

4.2

### ***Die Rehabilitationsindikationen***

Der Club Handicap nimmt Menschen jeden Geschlechts im erwerbsfähigen Alter ab dem 18. Lebensjahr mit einer bestehenden Kostenzusage auf, die bereits einen oder mehrere stationäre Aufenthalte in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie hinter sich haben und aufgrund ihrer psychischen Gesundheitsprobleme Maßnahmen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation bedürfen und die in einem ambulanten Vorstellungsgespräch ärztlich evaluierte Bereitschaft zur Gesundung haben und die Fähigkeit besitzen, konstruktiv mitzuwirken, um die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und der selbstständigen Lebensführung zu erreichen.

Es sind Rehabilitanden, die wegen ihrer Erkrankung in ihrem seelischen Empfinden und in ihrer psychischen Leistungsfähigkeit, in ihrer selbstständigen Lebensführung, im schulischen/beruflichen Alltag und bei sozialen Kontakten so beeinträchtigt sind, dass sie einer gezielten rehabilitativen Förderung im stationären Setting bedürfen. Diagnostisch handelt es sich hierbei um Menschen mit affektiven und schizophrenen Psychosen, Angst- und Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen (z.B. dependente und emotional-instabile Persönlichkeitsstörungen), schweren Neurosen und hyperkinetischen Störungen nach ICD 10: F20, F30, F40, F60, F90. Die Störungsbilder müssen die ICD-10-Kriterien erfüllen.

Ebenfalls in die Behandlung eingeschlossen sind Komorbiditäten der unterschiedlichen hier behandelbaren Krankheitsbilder.

### ***Die Rehabilitationskontraindikationen***

Nicht aufgenommen werden können Rehabilitanden mit primären Süchten, Essstörungen mit einem BMI unter 20, Geistig- und Körperbehinderte und Menschen mit erheblichen Verhaltensstörungen, für die andere Einrichtungen der psychosozialen Versorgung existieren.

Ziel der medizinischen Rehabilitation muss es sein, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft durch frühzeitige Einleitung der erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe abzuwenden, zu mindern und ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Der Rehabilitand soll durch die Rehabilitation wieder eine Erwerbstätigkeit und/ oder bestimmte Aktivitäten des alltäglichen Lebens in „normalen“ Umfang nachgehen können.

Zu den Zielen gehören insbesondere:

- Behebung und Ausgleich psychischer und körperlicher Störungen
- Möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft
- Erkennung von Frühwarnsymptomen und somit Vermeidung und Bewältigung von neuen Krankheitsepisoden

Bei Rehabilitanden unter der Kostenträgerschaft der Krankenkassen steht die medizinische Stabilisierung im Vordergrund, bei den Rehabilitanden unter der Kostenträgerschaft der Rentenversicherungen steht eine berufliche Wiedereingliederung im Vordergrund.

Die gemeinsam mit dem Rehabilitanden vereinbarten Therapieziele werden regelmäßig in den „Reha-Teams“ überprüft und ggf. angepasst

## Rehabilitationsdauer

Die Rehabilitationsdauer beträgt in der Regel drei bis zwölf Monate. Die Dauer der Behandlung ist von der Schwere der Erkrankung und dem Chronifizierungsgrad des Rehabilitanden abhängig.

Im Verlauf der Rehabilitationsmaßnahme finden in regelmäßigen Abständen „Rehateams“ (Einzelgespräche mit dem Rehabilitanden sowie der ärztlichen und therapeutischen Leitung jeweils zum Ende der ersten und zweiten Behandlungsphase) statt, worin die kurz- und mittelfristigen persönlichen und therapeutischen Ziele erörtert werden und daraus abgeleitet der weitere Therapieverlauf geplant wird.

Eine Überprüfung der Rehabilitationsnotwendigkeit und der Rehabilitationsfähigkeit erfolgt alle 3 Monate. Vor Ablauf der aktuellen Kostenzusage wird von der ärztlichen und therapeutischen Leitung in Rücksprache mit dem Rehabilitanden der Krankenverlauf überprüft und ggf. ein Verlängerungsantrag in Form eines ausführlichen Befundberichtes bei dem zuständigen Kostenträger gestellt. Darin wird dargestellt, wie sich der Rehabilitand im letzten Bewilligungszeitraum im Hinblick auf seine psychische Stabilität sowie auf seine psychosozialen Fähigkeiten entwickelt hat sowie welche weiteren Therapiemaßnahmen zur Erreichung der Rehabilitationsziele notwendig sind. Des Weiteren wird in dem Befundbericht auch die Erfolgsprognose auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aus sozialmedizinischer Sicht beurteilt.

Eine individuelle Rehabilitationsgestaltung ist bei stationären und ganztägig ambulanten Leistungen gegeben. Dies gilt gleichermaßen für Maßnahmen bei Leistungszuständigkeit der Krankenkassen.

Die Rehabilitationsplanung beginnt am Tag der Aufnahme des Rehabilitanden. Der Rehabilitand füllt zu Beginn der Rehabilitation einen umfangreichen „Zielbogen vor Reha“ anhand von Kriterien (z. B. aus dem Bereich der Alltagsbewältigung und der psychischen Befindlichkeit) und einer vierstufigen Beurteilungsskala (noch nicht, zum Teil, gut, sehr gut) aus, worin er eigene Rehabilitationsziele formuliert. Innerhalb der ersten Wochen erfolgen zusätzlich psychologische Testungen (z. B. D2, SCL-90 etc.) zur Beurteilung des kognitiven Leistungsniveaus sowie des subjektiven Krankheitserlebens.

Auf der Grundlage der Ergebnisse der Patientendiagnostik unter Beteiligung des Rehabilitanden erstellen die Ärztin, der therapeutische Leiter in Zusammenarbeit mit dem zuständigen Bezugstherapeuten den individuellen Rehabilitationsplan. Rehabilitationsziele bzw. –teilziele werden gemeinsam in Zielvereinbarungsgesprächen (Rehateams) definiert.

Die einzelnen Phasen und Therapiebausteine des Rehabilitationsplans werden auch gemäß unserem Rehabilitationskonzept und unter Berücksichtigung der ICF-Kriterien erstellt. Besondere Berücksichtigung kommt dabei der Störung des einzelnen Rehabilitanden als auch seinen individuellen Neigungen zu. Entsprechend der Entwicklung des Rehabilitanden wird diese Planung regelmäßig fortgeschrieben.

### **Die Phase I**

In der ersten Phase, die 2-4 Wochen dauert, liegt der Schwerpunkt der Therapien auf der Abklärung der individuellen Voraussetzungen und Motivation inklusive einer sorgfältigen psychiatrischen und körperlichen Diagnostik.

Wir nutzen die Möglichkeit der intensiven und längerfristigen Beobachtung durch ein multiprofessionelles Team. Dadurch ist es unserer Ärztin möglich, die Aufnahmediagnosen der Rehabilitanden zu konkretisieren, zu vertiefen und manchmal auch zu revidieren.

Darauf basiert ein individueller Rehabilitationsplan, der unter Leitung der Ärztin und des therapeutischen Leiters unter Einbeziehung des Rehabilitanden und des Teams erstellt wird. Hier fließen die Ergebnisse aus allen Therapiebereichen ein.

Der Rehabilitationsplan fasst medizinische, berufliche und soziale Aspekte zusammen und wird mit Hilfe der „Rehateams“ und einem engen Informationsaustausch zwischen den Mitarbeitern und den Rehabilitanden regelmäßig überprüft sowie überarbeitet.

Im Vordergrund stehen ein Aktivierungsprogramm sowie ein Aufbau einer Tagesstruktur, welche den Rehabilitanden helfen, die Antriebstörungen zu überwinden.

## **Die Phase II**

Die zweite Phase dient zum einen der Konsolidierung und Stabilisierung der Rehabilitanden sowie ersten Belastungserprobungen im psychosozialen und beruflichen Bereich.

Es werden verstärkt individuell abgestimmte psychotherapeutische Behandlungen durchgeführt und die Basisfähigkeiten für die berufliche Zukunft entwickelt.

In dieser Phase arbeiten wir verstärkt indikationsspezifisch:

- Bei den schizophrenen Rehabilitanden steht die fortwährende Arbeit an der Compliance im Vordergrund und findet Psychoedukation auf verschiedenen Ebenen statt:
  - ✓ Zunächst wird der Wissensstand bezüglich schizophrener Psychosen im ärztlichen Einzelgespräch abgeklärt
  - ✓ Dann wird ebenfalls im ärztlichen Einzelgespräch der Weg vorbereitet für die psychoedukative Gruppenarbeit, die von unserer Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie durchgeführt wird
  - ✓ Daneben werden die spezifischen Probleme in den Einzeltherapien psychosegemäß, d.h. unter Beachtung der besonderen Verletzlichkeit, psychotherapeutisch aufgearbeitet
- Bei traumatischen Störungen (PTBS) sorgen wir dafür, dass die Rehabilitanden verschiedene Stabilisierungstechniken erlernen. Eine besondere Stellung hat hierbei der Umgang einer möglichen Suizidalität, um die nötige Sicherheit für die Rehabilitanden in unserer Einrichtung zu gewährleisten.
- Bei persönlichkeitsgestörten Menschen sind erfahrungsgemäß die Beziehungen im privaten und beruflichen Bereich gestört. Deshalb gehört neben einer bereits frühzeitig einsetzenden kognitiven Therapie das verhaltenstherapeutische Trainieren von angemessenen Beziehungsgestaltungen zum therapeutischen Programm.
- Menschen mit affektiven Störungen erhalten neben einer eventuellen medikamentösen Therapie individuell ausgerichtete psychotherapeutische Verfahren sowie psychoedukative Hilfemaßnahmen. Dann werden nach verhaltenstherapeutischen Gesichtspunkten individuelle Trainingsprogramme installiert und durchgeführt.

### **Die Phase III**

In der dritten Phase wird unter Berücksichtigung der psychischen Belastbarkeit die Arbeitsfähigkeit der Rehabilitanden geprüft und trainiert.

Die Belastungsanforderungen werden schrittweise gesteigert, um die Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden zu ermitteln. Dadurch kann entschieden werden, ob eine berufliche Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt möglich ist oder eine Beschäftigung auf dem geschützten Arbeitsmarkt (z. B. Werkstätten für Behinderte, etc.) als Weiterführung der Rehabilitation realisiert wird. Sollte keine berufliche Reintegration möglich sein, werden dem Rehabilitanden soziotherapeutische Maßnahmen der Tagesstrukturierung (wie z. B. Tagesstätte etc.) vorgestellt und gemeinsam mit dem Rehabilitanden entsprechende Anträge gestellt. Für Versicherte der Rentenversicherungsträger liegt der Fokus jedoch auf der beruflichen Reintegration.

Die Maßnahmen werden entweder in der Rehabilitationseinrichtung oder bei kooperierenden Trägern z. B.:

- Berufstrainingszentrum Dortmund (BTZ)
- Berufsförderungswerk Hamm (BFW)
- Werkstätten für psychisch behinderte Menschen
- Industrie- und Handwerksbetrieben in der Region
- Einzelhandel oder
- Büro durchgeführt

Die letzte Phase dient der Ablösung von der Einrichtung und der Beurteilung des Erreichten. Es wird der Fokus auf die Zukunftsplanung und weitere psychische Stabilisierung gerichtet. Dazu gehören Empfehlungen für die weitere berufliche und soziale Integration. Dabei wird von uns auf einen möglichst nahtlosen Übergang geachtet.

Die Gesamtdauer der Rehabilitationsmaßnahme (Phase I bis III) richtet sich nach den individuellen Voraussetzungen und beträgt maximal 12 Monate.

Ein Übergang in die nächste Therapiephase erfolgt nach gründlicher Überprüfung der psychiatrischen und körperlichen Diagnosen mit Hilfe von ausführlichen Gesprächen zwischen dem therapeutischen Team und dem Rehabilitanden sowie einem fachspezifischen Austausch zwischen den Mitarbeitern über psychische und körperliche Auffälligkeiten auf Seiten des Rehabilitanden. Bei Bedarf werden zur Diagnosesicherung psychologische Testverfahren eingesetzt, wie beispielsweise der PD-S (Psychose-Depressions-Skala) zur Differenzierung einer Depression von einer Psychose oder der HASE (Homburger ADHAS-Skalen für Erwachsene).

Neben der Diagnostik ist für den Übergang in die zweite Therapiephase eine hinreichende Tagesstrukturierung notwendig. Der Patient ist am Ende der ersten Phase in der Lage, regelmäßig und selbstständig an den Therapien teilzunehmen und ohne Erinnerung von Seiten der Therapeuten morgens aufzustehen.

### Allgemeines Rehabilitationsprogramm

- Medizinische Behandlung
- Ärztliche psychotherapeutische Behandlung
- Psychologische Testungen
- Sozialtherapeutische Behandlung
- Positive Konfliktberatung
- Soziales Kompetenztraining
- Außenorientierungsgruppe
- Ergotherapie
- Arbeitstherapie
- Sporttherapeutische Behandlung

### Individualisiertes Rehabilitationsprogramm

- Medizinische Behandlung
- Psychologische Einzelgespräche
- Kognitives Training Verhaltenstherapie
- Psychoedukative Gruppen
- STEPPS
- Metakognitives Training
- Ausdruckszentrierte Gestaltungstherapie
- Lebenspraktisches Training
- Physiotherapeutische Behandlung
- Wellnesstherapie
- Gesundheitstraining
- Raucherentwöhnung

Die Therapien werden durch das multiprofessionelle Team durchgeführt (Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie, Krankenschwestern, Psychologe, Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen, Pädagoginnen, Ergotherapeutinnen, Arbeitstherapeutin, Physiotherapeutin)

Bei der Durchführung der Therapien werden grundsätzlich die neuesten Behandlungsmethoden sowie die aktuellen Rehabilitationsstandards berücksichtigt. Die Therapien werden im Bedarfsfall individuell durch z. B. Umfang, Sprach- und Methodenauswahl etc. auf die Bedürfnisse der Rehabilitanden angepasst.



Unser Basis-Therapieplan für die erste Woche nach Aufnahme setzt sich zunächst aus folgenden Behandlungsinhalten zusammen:

- Aufnahmegespräch Ärztin
- Körperliche Untersuchung
- Aufnahmegespräch Bezugstherapeut (BZT)
- Visite
- Psychologische Testungen (D2 / LGT)
- Lebenspraktische Förderung (LPF) oder Lebenspraktisches Training (LPT)
- Etagenmeeting
- Medikamentenausgabe
- Alkoholtest
- Ergotherapie (ET)
- Erstgespräch Casemanager
- Ruhe / Belastungs- EKG (R/B EKG)
- Arbeitsanamnese
- Frühstück
- Mittagessen
- Abendessen
- Freizeitgruppen

Im Anschluss wird ein individueller Therapieplan erstellt, der wöchentlich fortgeschrieben wird und aus folgenden Therapieeinheiten bestehen kann.

- Soziales- Kompetenz- Training (SKT)
- Sporttherapie
- Progressive Muskel-Entspannung (PME)
- Wochenreflexion
- Positive Konfliktberatung
- Außensport
- Wahrnehmung am Hund (WAH)
- Außen-Orientierungs-Gruppe (AO)
- Outdoor- Gruppe
- Psychoedukative Gruppe (PE)
- Psychologisches Einzelgespräch
- Psychotherapeutisches Einzelgespräch
- Verhaltenstherapie (Einzel/Gruppe)
- Schuldnerberatung
- Freizeit-Gruppen
- Krankengymnastik
- Massage
- Wellnesstherapie
- Gesundheitsgruppe
- Spiele-Gruppen (Brett-, Karten-, Strategiespiele, Playstation)
- Kognitives Training (KT)
- Interne Arbeitstherapie (IAT)
- Externe Arbeitstherapie (EAT)
- Kegeln
- Nähgruppe
- Tischtennis
- Wochenend-Betreuung (WE)

Zur Überprüfung der Rehabilitationsziele und zur Fortschreibung der individuellen Therapiepläne werden in regelmäßigen, festgelegten Abständen Zielvereinbarungsgespräche durchgeführt. Darüber hinaus können die Therapiepläne jederzeit unter Absprache mit der ärztlichen- und der therapeutischen Leitung kurzfristig angepasst werden.

**Rehateam erste Phase:**

BZT, Patient (in der 2. Woche nach Aufnahme)

**Rehateam zweite Phase:**

BZT, Patient (in der 7. Woche nach Aufnahme)

**Rehateam dritte Phase:**

BZT, Patient (in der 29. Woche nach Aufnahme)

Ein Standard Wochentherapieplan kann wie folgt aussehen:

### Termine 10.12. - 16.12.2018

HEK, Arzt/Therapeut: Angela Ochsenfahrt

#### Montag, 10. Dezember 2018

07:30 - 08:30	<b>Frühstück</b>		<input type="checkbox"/>
		Speiseraum	<input type="checkbox"/>
08:30 - 08:45	<b>Alkoholtest/Medikamentenausgabe</b>		<input type="checkbox"/>
	Frau Scheppmann	Schwesternzimmer, 43	<input type="checkbox"/>
09:00 - 10:00	<b>Aktivierungsgruppe</b>		<input type="checkbox"/>
	Frau Neuhaus	Freizeitraum	<input type="checkbox"/>
10:00 - 10:30	<b>Ausdauertraining</b>		<input type="checkbox"/>
	Frau Lenc	Sportraum	<input type="checkbox"/>
11:00 - 11:30	<b>Etage meeting</b>		<input type="checkbox"/>
	Frau Sippel	2.Etage	<input type="checkbox"/>
12:00 - 12:30	<b>Mittagessen</b>		<input type="checkbox"/>
		Speiseraum	<input type="checkbox"/>
14:00 - 14:30	<b>Spaziergang</b>		<input type="checkbox"/>
	Frau John	Außer Haus	<input type="checkbox"/>
15:00 - 16:15	<b>KS-Gruppe</b>		<input type="checkbox"/>
	Frau Kutzke	Verschieden	<input type="checkbox"/>
17:30 - 18:15	<b>Abendessen</b>		<input type="checkbox"/>
		Speiseraum	<input type="checkbox"/>

#### Dienstag, 11. Dezember 2018

07:30 - 08:30	<b>Frühstück</b>		<input type="checkbox"/>
		Speiseraum	<input type="checkbox"/>
08:30 - 08:45	<b>Alkoholtest/Medikamentenausgabe</b>		<input type="checkbox"/>
	Frau Scheppmann	Schwesternzimmer, 43	<input type="checkbox"/>
09:00 - 10:00	<b>Ergotherapie</b>		<input type="checkbox"/>
	Frau Neuhaus	Ergotherapieaum	<input type="checkbox"/>
10:00 - 10:45	<b>Outdoor</b>		<input type="checkbox"/>
	Frau Kutzke	Außer Haus	<input type="checkbox"/>
11:15 - 12:00	<b>SKT</b>		<input type="checkbox"/>
	Herr Gundel	Büro Hr. Gundel, 47	<input type="checkbox"/>
12:00 - 12:30	<b>Mittagessen</b>		<input type="checkbox"/>
		Speiseraum	<input type="checkbox"/>
13:00 - 16:00	<b>VT Aktiv + Gruppe</b>		<input type="checkbox"/>
	Frau Kutzke	Verschieden	<input type="checkbox"/>
17:30 - 18:00	<b>Abendessen</b>		<input type="checkbox"/>
		Speiseraum	<input type="checkbox"/>
18:00 - 20:00	<b>WaH</b>		<input type="checkbox"/>
	Frau Wöller	Außer Haus	<input type="checkbox"/>

#### Mittwoch, 12. Dezember 2018

07:30 - 08:30	<b>Frühstück</b>		<input type="checkbox"/>
		Speiseraum	<input type="checkbox"/>
08:30 - 08:45	<b>Alkoholtest/Medikamentenausgabe</b>		<input type="checkbox"/>
	Frau Scheppmann	Schwesternzimmer, 43	<input type="checkbox"/>
09:00 - 11:00	<b>LPF</b>		<input type="checkbox"/>
	Frau Kutzke	Küche 3.Etage	<input type="checkbox"/>
11:30 - 12:00	<b>Visite</b>		<input type="checkbox"/>
		Büro Fr. Ochsenfahrt, 41	<input type="checkbox"/>
12:00 - 12:30	<b>Mittagessen</b>		<input type="checkbox"/>
		Speiseraum	<input type="checkbox"/>

15:00 - 15:30	<b>Spaziergang</b> Frau Sippel	Außer Haus	<input type="checkbox"/>
17:30 - 18:15	<b>Abendessen</b>	Speiseraum	<input type="checkbox"/>
<b>Donnerstag, 13. Dezember 2018</b>			
07:30 - 08:30	<b>Frühstück</b>	Speiseraum	<input type="checkbox"/>
08:30 - 08:45	<b>Alkoholtest/Medikamentenausgabe</b> Frau Scheppmann	Schwesternzimmer, 43	<input type="checkbox"/>
09:00 - 09:30	<b>Rückentraining</b> Frau Lenc	Sportraum	<input type="checkbox"/>
09:30 - 10:00	<b>Wochenreflexion</b> Frau Kutzke	Büro Fr. Kutzke, 46	<input type="checkbox"/>
10:00 - 10:30	<b>Spaziergang</b> Herr Sudhues	Außer Haus	<input type="checkbox"/>
11:00 - 12:00	<b>KT Gruppe</b> Herr Sudhues	Freizeitraum	<input type="checkbox"/>
12:00 - 12:30	<b>Mittagessen</b>	Speiseraum	<input type="checkbox"/>
13:30 - 14:00	<b>Spaziergang</b> Herr Wrycza	Außer Haus	<input type="checkbox"/>
14:00 - 16:00	<b>LPF Backen</b> Frau Kutzke	Küche 3.Etage	<input type="checkbox"/>
16:30 - 17:00	<b>Kognitives Training</b> Herr Wrycza	Computerraum	<input type="checkbox"/>
17:30 - 18:00	<b>Abendessen</b>	Speiseraum	<input type="checkbox"/>
18:00 - 20:00	<b>WaH</b> Frau Wöller	Außer Haus	<input type="checkbox"/>
<b>Freitag, 14. Dezember 2018</b>			
07:30 - 08:30	<b>Frühstück</b>	Speiseraum	<input type="checkbox"/>
08:30 - 08:45	<b>Alkoholtest/Medikamentenausgabe</b> Frau Scheppmann	Schwesternzimmer, 43	<input type="checkbox"/>
09:00 - 10:00	<b>Ergotherapie</b> Frau Neuhaus	Ergotherapieaum	<input type="checkbox"/>
10:30 - 11:00	<b>Krafttraining</b> Frau Lenc	Sportraum	<input type="checkbox"/>
11:00 - 12:00	<b>Putzdienst/Zimmerhygiene</b>	2.Etage	<input type="checkbox"/>
12:00 - 12:30	<b>Mittagessen</b>	Speiseraum	<input type="checkbox"/>
13:00 - 15:00	<b>Außensport</b> Frau Lenc	Außer Haus	<input type="checkbox"/>
17:30 - 18:15	<b>Abendessen</b>	Speiseraum	<input type="checkbox"/>
<b>Samstag, 15. Dezember 2018</b>			
Ⓜ	<b>Wochendbetreuung siehe Aushang</b>		
<b>Sonntag, 16. Dezember 2018</b>			
Ⓜ	<b>Wochendbetreuung siehe Aushang</b>		

Am Tag der Aufnahme wird der Rehabilitand durch den/die Bezugstherapeut-in begrüßt und in die hausinternen Abläufe eingeführt. Dabei lernt der Rehabilitand den Rehabilitationsablauf, die Mitarbeiter und erste Mitrehabilitanden kennen.

Anschließend erfolgt die medizinische Erstdiagnostik und körperliche Untersuchung durch eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie mit ausführlicher Anamnese, woraus weitere wichtige Behandlungsaspekte (wie Medikationsstellung, ggf. Drogenscreening, Anforderung weitergehender Befunde etc.) angeordnet und dokumentiert werden.

## Rehabilitationsdiagnostik

### Eingangsdiagnostik:

- Erstdiagnostik: Psychopathologischer Befund, Körperliche Untersuchung, ggf. Weiterleitung an Fachärzte, Bestimmung von Routinelaborparameter
- Ruhe- und Belastungs-EKG durch externen Internisten
- Psychologische kognitive Leistungstests (d2-R, LGT-3)
- Arbeitsanamnese durch die Ergotherapeutin

### Verlaufsdagnostik:

- Berufsinteressenstest (AIST-R)
- Intelligenztest (WAIS IV oder IST-2000-R)
- IST-Screening
- Lern- und Gedächtnistest (LGT-3, d2-R)
- EEG durch externen Neurologen
- Schädel-MRT durch externen Radiologen
- MELBA-Auswertung
- SCL-90-S (misst die subjektive physische psychische Belastung)
- Beck Depression Inventory (BDI)
- FERUS (erfasst gesundheitsrelevante Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeit)

### Je nach Krankheitsbild:

- HASE (Hamburger ADHS-Skalen für Erwachsene)
- PD-S
- Autismustest

### Abschlussdiagnostik:

- Praktikumsbeurteilung nach MELBA
- O-AFP (Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofil)

Die standardisierten Testverfahren werden von unserem Psychologen durchgeführt und ausgewertet. Eine entsprechende Auswertung wird von dem Psychologen sowohl dem Rehabilitanden als auch dem therapeutischen Team mitgeteilt.

Die Rehabilitationsdiagnostik bietet die Grundlage für die Entwicklung des Therapieplans, der individuell in Absprache mit jedem Rehabilitanden erstellt wird. Für die Verlaufsdiagnostik werden dem Rehabilitanden während seines Aufenthaltes viermal je einen Fragebogen des SCL-90-S und ein FERUS zum selbstständigen Ausfüllen gegeben: Jeweils eines zum Anfang und gegen Ende der Rehabilitation und zwei in gleichmäßigem Abstand zueinander. Diese werden dann von unserem Psychologen ausgewertet. Daraus abgeleitet werden mit der therapeutischen und der ärztlichen Leitung ggf. die Rehabilitationsziele angepasst, welche dann in einem Zielvereinbarungsgespräch (Rehateam) mit dem Rehabilitanden besprochen und eine Umsetzung geplant wird. Die defizitären Bereiche werden in den dafür geeigneten Therapien im weiteren Verlauf bearbeitet.

Die im Rahmen der Verlaufsdiagnostik erforderlichen medizinischen Untersuchungen, wie das EEG und das Schädel-MRT, gehören dabei nicht zum Aufgabenkatalog der Rehabilitation. Sie erfolgen nach Überweisung von einem niedergelassenen Hausarzt bzw. Neurologen und gehen zu Lasten der Krankenversicherung des Rehabilitanden.

## Medizinische Therapie

4.7.3

Die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Frau Ochsenfahrt, übernimmt die ärztliche Leitung und Verantwortung für den gesamten Behandlungsplan.

Zu ihren Aufgaben gehören:

- Sorgfältige psychiatrische und körperliche Diagnostik incl. Verordnung von Konsilen (z.B.: Ruhe- und Belastungs-EKG, EEG, Schädel-MRT, Laboruntersuchungen, externe Kooperation mit niedergelassenen Ärzten)
- Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung, individueller Gestaltung der psychopharmakologischen Medikation incl. Überwachung der somatisch verordneten Medikation/ Therapien
- Ärztliche Sprechstunde (1 x wöchtl. 15-30 Min. und bei Bedarf/ Krisenintervention)
- Aufstellung des wöchentlichen Behandlungsplanes und dessen Fortschreibung
- Visiten
- Psychoedukation zum besseren Verständnis der Erkrankung und Entwicklung von adäquaten Lösungsstrategien
- Verordnung und Überwachung von weiteren medizinischen Therapieangeboten wie Lichttherapie, Massagen, Physiotherapie, Entspannungsgruppe, Gesundheitserziehung und verschiedene Sportaktivitäten
- Gesprächsgruppen
- Reflexionsgespräche mit den therapeutischen Mitarbeitern
- Angehörigengespräche
- Mitverantwortlichkeit für das Berichtswesen und Dokumentation, Erstellen von Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussberichten

Zusätzlich zu den Präsenzzeiten der Ärztinnen besteht ein telefonischer,therapeutischer und ärztlicher Bereitschaftsdienst in den Nacht- und Wochenendstunden.

## Interkurrente Erkrankungen

Unter interkurrenten Erkrankungen sind Erkrankungen zu verstehen, die während einer stationären Rehabilitationsmaßnahme auftreten und einer sofortigen ärztlichen Behandlung außerhalb der hiesigen Einrichtung bedürfen. Bei körperlichen Erkrankungen erfolgen Konsile bei den umliegenden Fachärzten, bei notwendigen akuten stationären Behandlungen übernimmt das Christliche Klinikum Unna, welches nur wenige hundert Meter entfernt liegt, die Behandlung.

Bei psychischen Dekompensationen, bei denen die hiesige Kriseninterventionen nicht ausreichen, erfolgt die Verlegung in die LWL Klinik Dortmund.

## Psychotherapeutisch orientierte

### Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

4.7.4

Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche auf der Grundlage einer wissenschaftlich abgesicherten Psychotherapiemethode sind Kernelemente unserer Behandlung. Bei der Planung und Durchführung der Rehabilitation ist in aller Regel eine Kombination aus therapeutischen Einzel- und Gruppenangeboten vorgesehen:

Die einzeltherapeutischen Kontakte werden von den Ärztinnen, dem Psychologen, sowie den Bezugstherapeuten durchgeführt. Die Dauer der Einzelgespräche reichen je nach Gesprächsangebot und -bedarf von 30 Minuten bis 60 Minuten. Während der Einzelgespräche werden verhaltenstherapeutische und gesprächstherapeutische Inhalte berücksichtigt.

In unserer Einrichtung gibt es folgende gruppentherapeutische Angebote:

#### INDIKATIVE GRUPPEN

Psychoedukative Gruppen	45 Minuten, 1x wöchentlich, maximale Gruppengröße 9 Rehabilitanden, halboffene Gruppe
STEPPS (Fertigkeitstraining zur Therapie von Borderline-	45 Minuten, 1x wöchentlich, maximale Gruppengröße 4 Rehabilitanden, geschlossene Gruppe über 20 Einheiten
Stresstoleranzgruppe	60 Minuten, 1x wöchentlich, maximale Gruppengröße 6 Rehabilitanden, geschlossene Gruppe über 10 Einheiten
Raucherentwöhnung	60 Minuten, 1x wöchentlich, maximale Gruppengröße 6 Rehabilitanden, geschlossene Gruppe über 6 Einheiten
Meta-Kognitives Training für Psychose-Erkrankte	60 Minuten, 1x wöchentlich, maximale Gruppengröße 6 Rehabilitanden, geschlossene Gruppe über 10 Einheiten

## THEMENZENTRIERTE GRUPPEN

Gesundheitsgruppe	45 Minuten, 1x wöchentlich, maximale Gruppengröße 9 Rehabilitanden, halboffene Gruppe
Soziales Kompetenztraining	45 Minuten, 1x wöchentlich, maximale Gruppengröße 4 Rehabilitanden, geschlossene Gruppe über 15 Einheiten
Lebenspraktische Förderung	120 Minuten, 4x wöchentlich, maximale Gruppengröße 6 Rehabilitanden, halboffene Gruppe
Lebenspraktisches Training	120 Minuten, 2x wöchentlich, maximale Gruppengröße 6 Rehabilitanden, halboffene Gruppe
Außenorientierungsgruppe	45 Minuten, 1x wöchentlich, maximale Gruppengröße 4 Rehabilitanden, geschlossene Gruppe über 6 Einheiten

Die Einzel- und Gruppenzuordnung geschieht nach krankheitsspezifischen, bedarfsgerechten Gesichtspunkten, ebenso werden Wünsche der Rehabilitanden berücksichtigt. Die Durchführung sämtlicher Einzel- und Gruppengespräche von festem therapeutisch-qualifiziertem Mitarbeiter, der sich stets an den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert. Bei den Gruppenangeboten wird nicht geschlechtsspezifisch differenziert.

### Arbeitsbezogene Intervention

4.7.5

Mögliche Ziele der Rehabilitation sind die Förderung der Grundarbeitsfähigkeiten, sozialer Fähigkeiten und des Selbstbilds. Je nach Zielgruppe und beruflicher Problemlage (z. B. Konflikte am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit) sind unterschiedliche Schwerpunktesetzungen erforderlich. Die individuelle Bedarfslage wird gemeinsam mit dem Rehabilitanden zu Beginn der entsprechenden Therapie geplant und kann durch folgende Anpassungsmöglichkeiten umgesetzt werden:

- Kompetenzzentrierte, interaktionelle oder ausdruckszentrierte Aufgabenstellungen während der Ergotherapie sowie der internen und externen Arbeitstherapie
- Einzel- und Gruppenarbeiten
- Zeitpunkt des Wechsels zwischen der Ergotherapie und der Arbeitstherapie
- Stufenweise Steigerung der Belastungen (z. B. Schwierigkeitsgrad der Tätigkeiten, zeitliche Vorgaben, Erhöhung der umgebungsspezifischen Parameter etc.) während der Therapien

Die Hauptaufgabe der **Ergotherapie** ist die Entwicklung, der Erhalt und die Verbesserung von psychischen, körperlichen und geistigen Grundleistungsfunktionen – der Selbsterfahrungsaspekt steht dabei im Vordergrund. Dazu muss die Motivation, die Belastbarkeit und die Ausdauer gestärkt werden. Emotionale Fähigkeiten werden gefördert und der Rehabilitanden soll lernen, seine Gefühle auszudrücken.

Ein weiteres Ziel der Ergotherapie ist die Verbesserung der eigenen Körperwahrnehmung. Der Rehabilitand soll lernen, seine Bedürfnisse und Wünsche zu erkennen und zu äußern. Eine realistische Selbstwahrnehmung wird angestrebt und die Rehabilitanden werden ermutigt eigene Grenzen wahrzunehmen.

Die Förderung der kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration, Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit ist ein weiteres zentrales Ziel der Ergotherapie.

Die Ergotherapie kann darüber hinaus dazu beitragen, eine berufliche Wiedereingliederung vorzubereiten. Dabei ist die Ergotherapie unter anderem als Vorbereitung auf die Arbeitstherapie zu sehen.



Die **interne Arbeitstherapie (IAT)** dient als Vorbereitung auf die externe Arbeitstherapie. Die Rehabilitanden bewältigen im Regelfall in 10 Wochen die interne Arbeitstherapie innerhalb der Einrichtung in verschiedenen Bereichen (Holzwerkstatt, Küche, EDV), die gemeinsam mit unserer Ergotherapeutin anhand von Neigungen und Vorerfahrungen gewählt werden.

Dabei wird der Patient schrittweise an die Grundanforderungen des Arbeitslebens/Arbeitsumfelds herangeführt.

In Gruppenarbeit werden dabei einfachere Arbeiten verrichtet, wobei der Schwierigkeitsgrad vorgegeben und stufenweise gesteigert wird.

Durch Arbeitsleistungen sollen Eigenschaften wie z. B. Selbstvertrauen, Übernahme von Verantwortung, Belastbarkeit und Konzentration, Anpassungs- und Ausdauerfähigkeiten, Gewöhnung an Zeitstrukturen, Teamarbeit und das Erfassen von Arbeitsvorschriften gefördert und gefestigt werden.

Die Leistungen in der internen Arbeitstherapie werden anhand eines Fähigkeitsprofils mit dem MELBA-Verfahren ausgewertet.

In der manualisierten Gruppe „Problembewältigung am Arbeitsplatz“, welches parallel zur internen Arbeitstherapie absolviert wird, werden Verhaltensstrategien zur Sicherung des Arbeitsplatzes erprobt und Kompetenzen zum Umgang mit Kompetenzen, Kritik, Über- und Unterforderung und in der Kommunikation erlernt und erprobt.

Nach dem Durchlaufen der internen Arbeitstherapie absolvieren die Rehabilitanden die **externe Arbeitstherapie (EAT)**. Die Aufgabe der externen Belastungserprobung sind die Abklärung und die Entwicklung von realistischen beruflichen Perspektiven sowie die Stabilisierung für eine Arbeitsaufnahme auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Berücksichtigt werden die aktuellen Fähigkeiten von den Rehabilitanden, wobei die Lern- und Leistungsfähigkeit durch praxisbezogene, systematisch aufbauende Arbeitsaufgaben kontinuierlich gesteigert werden.

Es erfolgt die Vermittlung von Praktika in ortsansässigen Betrieben, in Berufstrainingszentren, in Berufsförderungswerken oder in Werkstätten für psychisch behinderte Menschen zur Belastungserprobung, Diagnostik und Abklärung einer möglichen beruflichen Eingliederung. Zur Ergebnisorientierung der Arbeitsdiagnostik wird das MELBA-System eingesetzt.

Körperliche Bewegung bessert nachweislich viele psychische Erkrankungen und ist daher wichtiger Bestandteil unseres Rehabilitationskonzeptes. Mit bewegungstherapeutischen Maßnahmen können zudem teilhaberelevante Ziele der verbesserten körperlichen Leistungsfähigkeit erreicht werden. Sport- und Bewegungstherapie und Entspannungstechniken sollen dazu beitragen, die Körperwahrnehmung zu verbessern sowie die körperliche Belastbarkeit und physische Funktionen zu fördern und zu trainieren.

Die Sport- und Bewegungstherapie gehört zu den Basistherapien, die jeder Rehabilitand von Beginn der Rehabilitationsmaßnahme an absolviert. Die physiotherapeutischen und wellnesstherapeutischen Maßnahmen werden bei Bedarf individuell in Rücksprache mit der ärztlichen Leitung und der Physiotherapeutin angesetzt. Alle folgenden Therapien werden von unserer Physiotherapeutin durchgeführt.

- *Sporttherapie intern*

- Medizinische Trainingstherapie/ Medizinisches Aufbautraining, Krafttraining an professionellen Fitnessgeräten
- Ausdauertraining auf dem Laufband, Ergometer, Crosstrainer oder Rudergerät
- Koordinationstraining
- Beweglichkeitstraining
- Beckenbodentraining
- Core Training für den Rücken
- Gerätegestützte Krankengymnastik
- Atemgymnastik
- Tischtennis

Die interne Sporttherapie findet zwischen 3- und 5-mal wöchentlich mit einer Dauer von 30- 60 Minuten statt.

- *Sporttherapie extern*

- Schwimmen
- Aquagymnastik
- Badminton
- Squash
- Basketball
- Volleyball
- Fußball
- Minigolf
- Walken

Die externen Sporttherapie-Gruppen finden 3x wöchentlich mit einer Dauer von 2-3 Stunden statt.

- ***Physiotherapeutische Behandlung***

- Allgemeine Krankengymnastik
- Manuelle Therapie
- Massagen (Klassisch, Bindegewebemassage, Sportmassage, Schröpfkopfmassage)
- Kinesio Tape
- Entspannungstherapien (Progressive Relaxion, Autogenes Training, Fantasiereisen)
- Aromatherapie

Die physiotherapeutischen Behandlungen finden wöchentlich mit einer Dauer von 30 Minuten statt.

- ***Wellnesstherapeutische Behandlung***

- Ayurvedische Massage
- Ayurvedische Garshan Seidenhandschuhmassage
- Traditionelle Balinesische Massage
- Aromamassage
- Hot Stone Massage
- Fußreflexzonenmassage
- Sauna (Infrarot)

Die wellnesstherapeutischen Behandlungen finden einmal wöchentlich mit einer Dauer von 60 Minuten über 4 Wochen statt.

Die Freizeitangebote dienen der Tagesstrukturierung und des Aufbaus neuer Ideen für die Freizeitgestaltung. Dabei wird die körperliche Leistungsfähigkeit gesteigert sowie Ressourcen der Rehabilitanden aktiviert und/oder wiederentdeckt werden. Durch die Teilnahme an den Freizeitangeboten soll das soziale Miteinander innerhalb der Rehabilitanden- Gruppe gestärkt werden und die Lebensfreude gesteigert werden.

Unter anderem stehen den Rehabilitanden zwei hausinterne Kegelbahnen, Tischkicker, Tischtennisplatte, Dartscheibe etc. zur Verfügung.

Es werden therapeutisch begleitete und auch selbstständige Freizeitaktivitäten angeboten.

Unser Sozialdienst berät nach §13 Abs. 2 SGB IX umfassend und ganzheitlich mit dem Ziel, durch Informationen gezielte Interventionen und Unterstützung zu ermöglichen. Dadurch wird dem Rehabilitanden die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglicht. Als integraler Bestandteil unserer Gesamtleistungen sind diese Dienste rehabilitanden- und lösungsorientiert jederzeit erreichbar.

Darüber hinaus werden im Verlauf der Rehabilitation dem Rehabilitanden verschiedene Möglichkeiten der beruflichen und sozialen Rehabilitation (z. B. Berufsförderungswerke, Integrationsfachdienst, Kontaktstelle etc.) vorgestellt und gemeinsam mit dem Rehabilitanden besichtigt.

Sämtliche Angebote werden individuell von den entsprechenden fachspezifischen Therapeuten (z. B. Arbeitstherapeutin, Ergotherapeutin, Psychologe, Dipl. Sozialpädagogen, Krankenschwester) geplant.

Patientenschulungen und Gesundheitsbildung bilden eine wichtige Grundlage zum Verständnis des Zusammenhanges der körperlichen und seelischen Gesundheit.

Wir arbeiten in der Regel in Gruppen mit maximal 9 Rehabilitanden. Die Gruppen werden, je nach Fachgebiet, von der leitenden Ärztin, des Psychologen oder der Physiotherapeutin geleitet. Alle Gruppen finden mindestens einmal wöchentlich statt.

Zur Gesundheitsbildung bieten wir folgende Gruppen an:

- Anti- Stressgruppe
- Tabakentwöhnung
- Gesundheitsgruppe
- Psychoedukation (PE) - Gruppen
- Ernährungsberatung
- Gemeinsames Kochen (LPF) in der Lehrküche

Auch nutzen wir in der Gesundheitsgruppe das Gesundheitsbildungsprogramm „Aktiv Gesundheit fördern“ (KTL- Code C591- 595), in die psychologischen und sozialen Aspekte in einem Modell einbezogen werden.

Die Gesundheitsbildung erschöpft sich nicht in Informationsveranstaltungen und Trainingskursen, sondern die Themen sind auch Bestandteil der übrigen bereits vorher genannten Therapieelemente, z.B. im Freizeitbereich oder der Arbeitstherapie.

## Angehörigenarbeit

### 4.7.10

Die Einbeziehung von Angehörigen ist für den Therapieprozess unerlässlich. Wohnortnähe erleichtert die Einbeziehung von Angehörigen in die therapeutische Arbeit. Daher sind wir bemüht, Rehabilitanden aus der Region aufzunehmen.

Eine gute Angehörigenarbeit mit flexiblen Gesprächszeiten und Möglichkeiten des gegenseitigen Austausches wirkt entlastend für die Rehabilitanden und deren Angehörigen.

Angehörige sind für uns eine wichtige Informationsquelle im Hinblick auf die Gewohnheiten, biografisch prägende Erfahrungen und Ressourcen unserer Rehabilitanden. Sofern es dem Wohlbefinden des Rehabilitanden förderlich und er damit einverstanden ist, werden die Angehörigen aktiv in die Therapie einbezogen.

Darüber hinaus wird das Wissen der Angehörigen über die Erkrankung und über den adäquaten Umgang mit den krankheitsbedingten Einschränkungen vertieft. Sie lernen, ihren kranken Angehörigen realistischer einzuschätzen. Dadurch können auch die Angehörigen die Ressourcen unserer Rehabilitanden stärken und fördern. Darüber hinaus werden durch regelmäßige Kontakte die Hilflosigkeit sowie die oftmals vorhandenen Schuldgefühle der Angehörigen reduziert. Auch die Einbeziehung in die Zukunftsplanung nach der hiesigen Rehabilitation ist notwendig.

Krisen und erneute Verschlechterung der psychischen Befindlichkeit gehören zum Wesen jeder psychischen Erkrankung. Aufgrund der engmaschigen ärztlichen und therapeutischen Betreuung wird sichergestellt, dass Frühwarnsymptome rechtzeitig erkannt und Interventionsmaßnahmen eingeleitet werden können.

Bei einer drohenden psychischen Dekompensation werden folgende Maßnahmen von der leitenden Ärztin eingeleitet:

- Erhöhung der Arzt- Rehabilitanden- Kontakte
- Erhöhung der Therapeuten- Kontakte
- Einschätzung des Ausmaßes der Krise
- Anpassung von Medikamentenverordnungen
- Anpassung von therapeutischen Maßnahmen
- Entscheidung, ob die Behandlung in dem hiesigen Setting weitergeführt werden kann oder ob eine externe Krisenintervention in einer Fachklinik nötig ist

Es ist ein detaillierter Ablauf des Krisenintervention- Prozesses im QM- Handbuch (Teil II - R 07) vorhanden.

## Gesundheits- und Krankenpflege

Die Arbeit unserer Krankenschwestern ist ein wichtiger Bestandteil bei der Gestaltung des rehabilitativen Milieus, indem sie durch mehrmals tägliche Kurzkontakte frühzeitig Stimmungsveränderungen der Rehabilitanden wahrnehmen. Dadurch können z. B. frühzeitig Krisen erkannt werden und entsprechend darauf reagiert werden.

Darüber hinaus setzen sie die ärztlichen Anordnungen- und Verschreibungen um, koordinieren Konsiliartermine, Stellung der Medikamente, erheben, kontrollieren und dokumentieren Gesundheitsparameter wie z. B. Vitalwerte, Gewicht etc.

Des Weiteren können wir Aroma- und manuelle Körpertherapie anbieten.

Es werden regelmäßig Drogenscreenings und Alkoholkontrollen durchgeführt.

An Wochenenden stellen wir die Betreuung der Rehabilitanden sicher, indem wir verschiedene therapeutisch begleitete Freizeitangebote vorhalten. Es finden zum Beispiel Spaziergänge mit unseren Therapiehunden, gemeinsames Kochen oder Aktivitäten in der Stadt statt.

## Weitere Leistungen

In Zusammenarbeit mit dem Rehabilitanden wird während der Entlassplanung eine bedarfsgerechte Nachsorge veranlasst. Bei Bedarf wird dies in Zusammenarbeit mit den Angehörigen/Bezugspersonen erarbeitet. Diese besteht kann bestehen aus:

- Terminvereinbarung am Entlasstag bei einem niedergelassenen Psychiater am Heimatort
- Herstellung eines Kontaktes zu ambulanten Psychotherapeuten bei Bedarf
- Anbindung an das ambulant betreute Wohnen am Heimatort
- Anbindung an eine Kontaktstelle für psychisch Kranke bei Bedarf
- Unterstützung bei der Stellung eines Antrags zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Bedarf
- Anbindung an eine Tagesstätte für psychisch Kranke bei Bedarf
- Herstellung eines Kontaktes zu dem Integrationsfachdienst am Heimatort
- Herstellung von Kontakten zu Selbsthilfegruppen

Sollten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich werden, werden diese während der Rehabilitation rechtzeitig unter Einschaltung der Reha-Fachberater der Rentenversicherung und der zuständigen Agentur für Arbeit eingeleitet.

Sämtliche Angebote werden individuell von den entsprechenden fachspezifischen Therapeuten (z. B. Arbeitstherapeutin, Ergotherapeutin, Psychologe, Dipl. Sozialpädagogen, Krankenschwester) geplant.

Die Rehabilitanden werden frühzeitig auf die Beendigung der medizinischen Rehabilitation vorbereitet, um eine möglichst reibungslose Entlassung zu gewährleisten. Dazu gehört, dass dem Rehabilitanden die Inhalte und Ziele der entlassvorbereitenden Therapien transparent gemacht werden. Zu unseren entlassvorbereitenden Therapien gehören unter anderem das gezielte lebenspraktische Training (LPT) zur Haushaltsbewältigung, sowie die Außenorientierungsgruppe, in der der Rehabilitand z. B. den Umgang mit Ämtern, die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel und den sinnvollen Einsatz von Geld lernt. Darüber hinaus können wir in der Entlassphase bei Bedarf ein Wohntraining anbieten, mit welchem wir folgende Ziele verfolgen:

- Selbstständige Haushaltsführung und Haushaltsorganisation
- Gesundheitsgerechte Selbstversorgung
- Selbstsicherheit im Umgang mit alltäglichen Problemen
- Tagesstrukturierung
- Zeitmanagement
- Monetäre Eigenverantwortlichkeit

Am Entlasstag findet ein ärztliches Abschlussgespräch inklusive Erhebung eines aktuellen psychischen Befundes und einer sozialmedizinischen Beurteilung statt. Der Entlassbericht für den weiterbehandelnden ambulanten Psychiater wird dem Rehabilitanden ausgehändigt.

Der Entlassbericht für den zuständigen Kostenträger wird zeitnah erstellt, in der Regel spätestens nach sieben Werktagen.

Bei einer regulären Entlassung müssen folgende Beendigungskriterien erfüllt sein:

- Die berufliche Arbeitsfähigkeit ist hergestellt bzw. die Voraussetzung für die Teilnahme an einer beruflichen Rehabilitation ist hergestellt
- Die Arbeitsfähigkeit ist mittelfristig nicht zu erreichen, jedoch die längerfristige medizinische Stabilisierung ist erfolgt

Eine vorzeitige Entlassung kann erfolgen, wenn die Rehabilitationsfähigkeit des Rehabilitanden aufgrund seiner fehlenden Compliance nicht gegeben oder mittelfristig erreichbar ist. Bei gravierenden disziplinarischen Verstößen gegen die Hausordnung (siehe Punkt 13 des Konzeptes) erfolgt ebenfalls eine vorzeitige Entlassung.

Die Rehabilitanden werden an niedergelassene Psychiater am Heimatort zur medizinischen Weiterbehandlung angebunden. Bei somatischen Begleiterkrankungen erfolgt ebenso eine Anbindung an wohnortnahe Fachärzte für weitere Kontrolluntersuchungen, sofern diese ärztlich empfohlen sind.

Darüber hinaus kümmern wir uns um individuelle Nachsorge- Kontakte, wie z.B. ABW, SPD, Tagesstätten und berufliche Träger.



Das für die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes notwendige Personal ist mit dem federführenden Kostenträger vereinbart und kann auf einem getrennt vom Konzept geführten und regelmäßig überprüften, aktuellen Personalplan eingesehen werden.

- **Frau Angela Ochsenfahrt**
  - Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitende Ärztin, Aufnahmeleitung
- **Frau Anne Johansson**
  - Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
- **Herr Markus Bast**
  - Fachwirt für soziale Dienstleistungen, Verwaltungsleiter, Beauftragter der obersten Leitung, QMB, Lauftherapeut
- **Herr Piero Colato**
  - Diplom-Sozialarbeiter, Therapeutischer Leiter, Belegungskordinator
- **Herr Marian Baston**
  - Diplom-Psychologe
- **Frau Nadine Kutzke**
  - Diplom-Sozialpädagogin, Bezugstherapeutin, Ansprechpartnerin für Rehabilitandenvorstellungen
- **Herr Dominik von Reppert**
  - BA Sozialarbeiter, Bezugstherapeut
- **Frau Regina Sippel**
  - Diplom Pädagogin, Bezugstherapeutin
- **Frau Jutta Schinkelewitz**
  - Arbeitstherapeutin
- **Frau Tina Neuhaus**
  - Ergotherapeutinn
- **Frau Kamila Lenc**
  - M.Sc. Physiotherapeutin
- **Frau Barbara Scheppmann**
  - Krankenschwester

Neben den fest angestellten Mitarbeitern ergänzen wir indikationsspezifisch unser therapeutisches Angebot durch interdisziplinäre Kooperationen mit fachlich ausgewiesenen Therapeuten. Zudem stellen wir sicher, dass sich unsere Mitarbeiter über ihre Grundqualifikationen im Bereich Psychiatrie hinaus ständig entsprechend den aktuellen Erkenntnissen der wissenschaftlichen Forschung fortbilden.

Unsere Einrichtung verfügt über 23 stationäre Einzelzimmer sowie zwei ambulante Plätze. Die Rehabilitanden wohnen in drei verschiedenen Wohngruppen, die jeweils mit Küche/ Gemeinschaftsraum und Waschküche ausgestattet sind. Die Belegung erfolgt in voll möblierten Einzelzimmern mit Bad, Telefon, Internetanschluss und TV.

Zusätzliche Räume sind:

- *Arztzimmer*
- *Schwesternzimmer (Notfallkoffer, tragb. EKG, Alkoholmessgerät)*
- *Einzelbüros aller Mitarbeiter*
- *Ergotherapie Raum*
- *Arbeitstherapie Raum (Holzwerkstatt)*
- *Sportraum (Laufband, Crosstrainer, Ergometer, Rudergeräte, versch. Kraftstationen, Freihanteln)*
- *Physiotherapieraum (Massageliege, Infrarot- Behandlung)*
- *Wellnesstherapieraum (Sauna, Lichttherapie, Entspannungsbereich)*
- *Gruppentherapieräume zur Durchführung therapeutischer Kleingruppen*
- *Aufenthaltsräume*
- *Konferenz- und Schulungsraum*
- *Computerraum (kognitive Testungen, Bewerbungstraining)*
- *Zentralküche*
- *Hauswirtschaftsräume*
- *Kegelbahnen*

Für unsere ganztägig ambulanten Rehabilitanden halten wir einen Umkleideraum mit Spinden, WC und einem Ruheraum mit TV und Musikanlage vor.

Der Club Handicap ist Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV) und nimmt an den kreisweiten psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG) Arbeit und PSAG Psychiatrie sowie dem gemeindepsychiatrischen Team teil.

Im medizinischen Bereich arbeiten wir eng mit dem Neurologen Dr. Skondras, den ansässigen Hausärzten Dr. Bansi/ Dr. Schmidt und dem Radiologen Dr. Schulze zusammen. Darüber hinaus organisieren unsere Krankenschwestern bei dem Vorliegen anderer somatischer Beschwerden Termine bei ortsnahen Fachärzten.

Im arbeitstherapeutischen Bereich kooperieren wir mit Integrationsfachdiensten, sowie mit Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, wie Berufsförderungswerke (besonders BFW Dortmund und Hamm), Berufsbildungswerke (besonders CJD Dortmund), Berufliche Trainingszentren (besonders BTZ Dortmund). Darüber hinaus arbeiten wir mit unterschiedlichen ortsnahen Wirtschaftsunternehmen (z. B. Handwerksbetriebe, Einzelhandel, Büro/Verwaltung etc.) zusammen, wo die Rehabilitanden im Rahmen der externen Belastungserprobung Praktika absolvieren.

## Maßnahmen der Qualitätssicherung

Wir arbeiten mit dem von dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV) entwickelten Qualitätsmanagement- System PQ-SYS. Es orientiert sich an den BAR-Kriterien für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 20 SGB IX.

**Die aktuelle Zertifizierung ist bis zum 13.05.2024 gültig.**

Die Förderung des Qualitätsbewusstseins ist für die Einrichtungsleitung eine wichtige Aufgabe. Die ständige Verbesserung der Qualifikation, Kompetenz und Motivation / Zufriedenheit der Mitarbeiter stellt dafür die grundlegende Voraussetzung dar. Die Einrichtungsleitung schafft hierfür die erforderlichen Rahmenbedingungen.

Neben der Einrichtungsleitung haben alle leitenden Mitarbeiter die Verantwortung, dass sich die Bemühungen aller Mitarbeiter an den sich aus den Therapiezielen ergebenden Bedürfnissen und Erwartungen der Patienten und ihrer Kostenträger ausrichten und zur Zufriedenheit erfüllt werden. Dies schließt den gesamten Zeitraum von der Anmeldung bis zur Entlassung und ggf. erforderlicher Nachbetreuung des Patienten und des Kostenträgers ein. Dieser Verantwortung werden Einrichtungsleitung und Mitarbeiter gerecht, indem sie die entsprechenden Prozesse überwachen und steuern.

Die Einrichtungsleitung legt die Qualitätspolitik fest, in der allgemeine Forderungen und Verpflichtungen formuliert werden. Aus den allgemeinen Forderungen der Qualitätspolitik werden von der Einrichtungsleitung in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern

- Messbare bzw. nachprüfbar Qualitätsziele abgeleitet
- Maßnahmen zur Umsetzung in entsprechenden Protokollen festgelegt
- und deren Zielerreichung durch die Einrichtungsleitung in festgelegten Zeitabständen überprüft (Managementbewertung)

Im Rahmen des Qualitätsmanagements wird gewährleistet, dass die Mitarbeiter in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) einbezogen werden. Dies geschieht durch regelmäßige Kommunikation mit dem Qualitäts- Management- Beauftragten. Außerdem sind die Mitarbeiter an der Entwicklung von Qualitätszielen, Verfahrensanweisungen, Regelungen, Dokumenten in ihren Bereichen stets beteiligt.

Des Weiteren beteiligt sich die Einrichtung an der Reha-Qualitätssicherung der Rehabilitationsträger und wirkt darüber hinaus auch an der Weiterentwicklung der Reha-Qualitätssicherung mit.

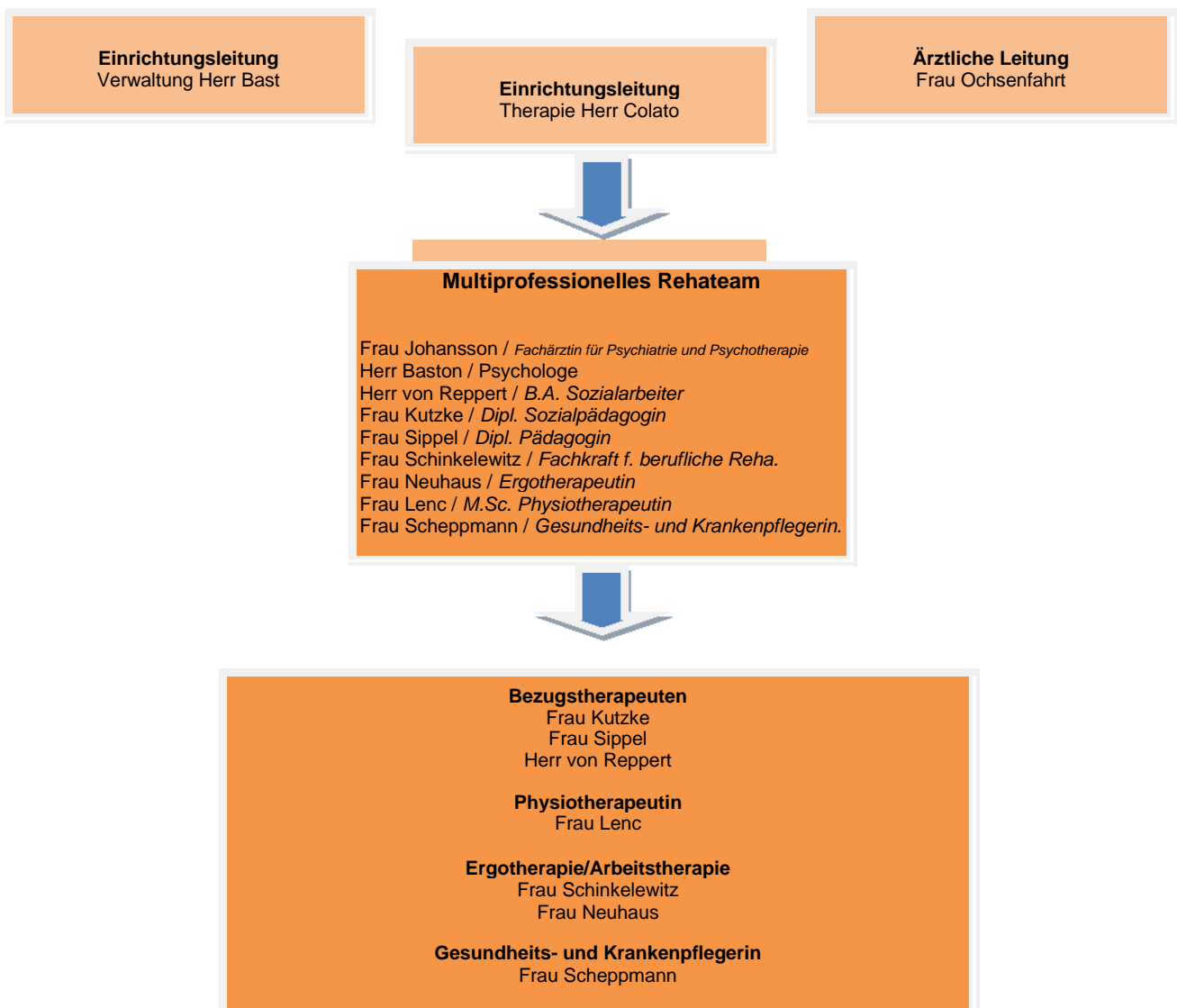
Die Dokumentation aller therapeutischen/ medizinischen Abläufe während der Rehabilitation ist eine wichtige Voraussetzung zur Ergebnisevaluation, aber auch zur täglichen Informationsquelle für unsere Mitarbeiter und wird mit einer speziellen Software (Tikanis© Therapieplaner und Tikanis© KIS) sichergestellt.

Der Entlassbericht wird unter Verantwortung der leitenden Ärztin zeitnah nach dem Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der DRV erstellt, d.h. in der Regel spätestens nach 2 Werktagen.

Die Therapeuten arbeiten regelmäßig, verantwortungsbewusst und rehabilitandenorientiert im multiprofessionellen Team unter ärztlicher Gesamtverantwortung interdisziplinär zusammen. Der Austausch im Team erfolgt einmal wöchentlich und wird ebenfalls in der internen Dokumentationsmatrix erfasst. Die Patientendokumentation wird über ein Intranet gestütztes Programm (Tikanis KIS) geführt.

Der Datenschutz wird nach den aktuellen gesetzlichen Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) eingehalten und durch einen externen Datenschutzbeauftragten sowie im Qualitätsmanagement System ständig überprüft und auf dem neuesten Stand gehalten.

Organigramm/Leistungsstruktur:



Das Notfallmanagement des Club Handicap gibt den Mitarbeitern durch klare Handlungsanweisungen im Falle eines medizinischen oder nicht-medizinischen Notfalls Sicherheit und gewährleistet damit eine optimale Versorgung in Notfall- und Krisensituationen für den Rehabilitanden. Unterschieden werden medizinische Notfälle, die von akut lebensbedrohlichen Situationen bis zu psychischen Krisen reichen, und nicht medizinischen Notfällen, die vom Stromausfall bis zum Ausbruch eines Feuers reichen.

Bei dem Verdacht eines akuten, lebensbedrohlichen medizinischen Notfalls ist die Rettungsleitstelle unverzüglich zu benachrichtigen. Notfallnummern von nächstliegenden (Unfall-) Ärzten und des naheliegenden Krankenhauses (Christliches Klinikum Unna) befinden sich in den Küchen, den Aufenthaltsräumen, den Fluren und in der Ergotherapie / Arbeitstherapie. An diesen Orten befinden sich auch Verbandskästen, die für eine Erstversorgung bereitstehen. Entnahmen und Versorgungen sind im Verbandsbuch einzutragen.

Es sind Notrufknöpfe in allen von Rehabilitanden allein genutzten Zimmern angebracht, mit deren Hilfe der Rehabilitand jederzeit im Notfall medizinisch geschultes Personal erreichen kann.

Der ärztliche Notfallkoffer, die Blutdruck- und Blutzuckermessgeräte befinden sich im Schwesternzimmer in der medizinischen Abteilung. Zum Selbstschutz vor potentiell infektiösem Material ist das Tragen von Einmalhandschuhen bei der Versorgung des Verletzten empfohlen. Ebenso ist zum Schutz des Verletzten eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen. Die Information an die leitende Ärztin sowie die therapeutische Leitung erfolgt schnellstmöglich nach der Akutversorgung. Dabei werden der Vorfall und die ergriffenen Maßnahmen mitgeteilt.

Das weitere Vorgehen erfolgt situationsbedingt und gemäß der ärztlichen Anweisung. Anschließend erfolgt ein Eintrag in die elektronische Patientenakte mit Angabe von Datum und Uhrzeit sowie Ablauf und ergriffenen Maßnahmen.

Tritt eine akute psychische Krise bei dem Rehabilitanden auf, informiert der betreuende Mitarbeiter nach dem ersten Gesprächskontakt die leitende Ärztin oder ihren Stellvertreter. Die ärztliche Abteilung entscheidet über das weitere Vorgehen. Dieses wird entsprechend der Bedürfnisse des Rehabilitanden individuell gehandhabt, wie z. B. durch Anpassung der Medikation, Vereinbarung bestimmter (Verhaltens)- Regeln mit dem Rehabilitanden, intensive Begleitung durch Gespräche oder durch eine interkurente Klinikeinweisung zur Krisenintervention.

Die Betriebsersthelfer werden in regelmäßigen Abständen (alle zwei Jahre) gemäß dem Schulungsplan über die Berufsgenossenschaft in erster Hilfe geschult.

Beim Eintreten eines potentiell lebensbedrohlichen nichtmedizinischen Notfalls, wie Feuer oder Gasaustritt, ist die Rettungsleitstelle zu benachrichtigen. Die Mitarbeiter gehen gemäß dem Brandschutzplan vor, der jedem Mitarbeiter bekannt ist und der auf allen Ebenen des Hauses aushängt.

Bei nicht lebensbedrohlichen technischen Mängeln werden der Hausmeister sowie die Leitung informiert. Reparaturen werden zeitnah nach Möglichkeit intern durchgeführt. Bleiben die Versuche zur Behebung der Probleme erfolglos, wird durch die Geschäftsführung eine entsprechende Fremdfirma beauftragt.

Wartungspflichtige Anlagen, wie z. B. Feuerlöscher, Fahrstuhl oder Heizung, sowie die DGUV V3 Prüfungen aller elektronischen Geräte werden in angemessenen Intervallen durch externe Wartungsfirmen überprüft.

Zur Einhaltung der Hygienevorschriften hat eine externe Hygienefachkraft entsprechende Hygiene- und Desinfektionspläne gemäß der Hygieneordnung für alle vorgesehenen Bereiche ausgestellt. Diese Pläne entsprechen den Richtlinien des Robert-Koch-Instituts. Die Reinigungs- und Desinfektionspläne werden den verantwortlichen Bereichsmitarbeitern zur Anbringung an den Kontrollpunkten und zur Überwachung übergeben. Die Hygienefachkraft nimmt unvermutete Kontrollen der Reinigung vor. Eine Infektionsstatistik wird vierteljährlich vom Bereichsmitarbeiter durchgeführt und der Hygienefachkraft zugeschickt.

Im Küchenbereich werden die Waren nach dem Eingang artgerecht und entsprechend der Vorschriften gelagert, wie z. B. Kühlschrank, Konservenlager etc. Das Mittagessen wird über eine Catering-Firma bezogen. Probeentnahmen werden aus der Mittagsverpflegung täglich vorgenommen, protokolliert und zur Kontrolle bei eventuell auftauchendem bakteriellem Befall für 14 Tage nachweislich tiefgekühlt aufbewahrt. Stichprobenkontrollen können unvermutet durch das Gesundheitsamt vorgenommen werden.

Bei der Erkennung einer Infektion eines Rehabilitanden werden von der zuständigen Ärztin die notwendigen Schritte angeordnet. Außerdem wird der Rehabilitand in einem persönlichen Gespräch von der Ärztin informiert. Hochinfektiöse Rehabilitanden werden so isoliert, dass eine Infektion anderer Rehabilitanden durch das behandelnde Personal behindert wird. Dabei wird individuell geklärt, ob eine Zimmerisolation ausreichend ist oder der Rehabilitand ggf. in ein entsprechendes Krankenhaus verlegt wird. Dies entscheidet die leitende Ärztin. Bei der Verlegung des Rehabilitanden muss das Krankentransportunternehmen von der Ärztin über die Art der Infektion aufgeklärt werden.

Schulungen werden zielgerichtet und an den aktuellen strategischen Bedürfnissen der Einrichtung orientiert, zentral geplant, umgesetzt und dokumentiert.

Schulungsbedarf kann ausgelöst werden durch Mitarbeiter, strategische Planungen, Kostenträgererwartungen, interne Audits, Veränderungen in der Einrichtungskonzeption und gesetzliche Vorgaben. Themen der Patientenorientierung oder Wirtschaftlichkeit können dabei ebenso im Vordergrund stehen wie die aktuellen Therapiekonzepte und neue Forschungsergebnisse. Motivierte Mitarbeiter werden im Rahmen von Schulungen individuell gefördert.

Die finanziellen Mittel (Budget) für Fortbildung werden in den jährlichen Wirtschaftsplan eingestellt. Der Schulungsplan sichert die personelle und finanzielle Möglichkeit, im Jahresverlauf auch kurzfristige Schulungsmaßnahmen zu realisieren.

Zudem stellen wir sicher, dass sich unsere Mitarbeiter über ihre Grundqualifikationen im Bereich Psychiatrie hinaus ständig entsprechend den aktuellen Erkenntnissen der wissenschaftlichen Forschung fortbilden.

Wir legen Wert auf eine qualifizierte Rehabilitandenbehandlung und –betreuung. Dazu ist eine geplante, kontinuierliche Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter/innen nicht nur wünschenswert, sondern erforderlich.

Supervision dient der Reflektion und Verbesserung des professionellen Handelns und erfolgt regelmäßig und kontinuierlich intern durch die leitende Ärztin sowie zusätzlich durch einen externen qualifizierten Supervisor.

Die externe Supervision richtet sich auf Fall- und Teamsupervision - die Supervisionstermine sind verbindlich für das gesamte therapeutische Team und finden 1x monatlich statt.

Die Teamsupervision zielt dabei auf die Verbesserung der Kommunikationsprozesse in der Rehabilitationseinrichtung ab und befasst sich mit Rollenverhalten und Zusammenarbeit im Rehabilitationsteam.



Diese Hausordnung regelt nur die wesentlichen Grundlagen des Zusammenlebens während der Rehabilitation. Im Einzelfall auftretende Fragen können gerne mit den jeweiligen Bezugstherapeuten besprochen werden.

1. Alle Patienten haben aufeinander Rücksicht zu nehmen, den Hausfrieden zu wahren und das Inventar sorgsam und sachgemäß zu behandeln.
2. Der Konsum und/oder Besitz von Alkohol oder anderen Drogen ist strengstens verboten! Das Rauchen ist im gesamten Gebäude der Rehabilitationseinrichtung nicht erlaubt. Auf dem Außengelände der Einrichtung ist maximal nur das Rauchen von legalen Zigaretten (und E-Zigaretten) erlaubt.
3. Musikanlagen und Fernseher sind in ihrer Lautstärke immer so anzupassen, dass keine Belästigung anderer Personen (innerhalb und außerhalb des Hauses) eintritt. Dies gilt insbesondere während der Mittagszeit von 12 bis 13 Uhr und täglich nach 22 Uhr. Gegebenenfalls sind Kopfhörer zu benutzen.
4. Der anvertraute Haus/Zimmerschlüssel darf keinesfalls außenstehenden Personen ausgehändigt werden. Bei Verlust oder Beschädigung des Schlüssels wird zur Ersatzbeschaffung ein Betrag von 30,- Euro erhoben.
5. Alle Patienten sind für ihre Wertgegenstände selbst verantwortlich und müssen für ihre sichere Aufbewahrung Sorge tragen. Die Einrichtung übernimmt keinerlei Haftung für private Wertgegenstände.
6. Die Übernachtung fremder Personen in der Einrichtung ist ohne ausdrückliche Genehmigung der Geschäftsführung nicht gestattet. Besucher sind den Mitarbeitern immer anzumelden.

Die Geschäftsführung des Club Handicap e.V. behält sich jederzeit das Recht vor, bei gravierenden Verstößen gegen die Hausordnung mit einer sofortigen Entlassung des Patienten aus der Einrichtung zu reagieren.

