



Konzept psychiatrische Rehabilitation



Dr. von Ehrenwall'sche Klinik, Ahrweiler
Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Neurologie



Deckblatt

Name der Einrichtung:

Dr. von Ehrenwall'sche Klinik, Ahrweiler

Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie

Datum der Erstellung:

Februar 2019

Verfasser:

Chefärztin Dr. med. Christiane Tholen-Rudolph

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Oberarzt Dr. med. Marius Poersch

Facharzt für Psychiatrie

Facharzt für Neurologie

Zusatzbezeichnung Rehawesen

Zusatzbezeichnung spezielle Schmerztherapie



Präambel

Carl von Ehrenwall hatte die Vision eines „in jeder Beziehung vollendeten Heims“ für seine Patienten. Wir fühlen uns der Tradition unseres Gründers verpflichtet, dessen Verständnis psychisch kranker Menschen durch Achtung und Respekt gekennzeichnet war.

Seine Ideen haben bis heute Bestand und werden von uns durch folgende Grundsätze verwirklicht: *Innovation* - Durch den Einsatz moderner Rehabilitationskonzepte sorgen wir für eine bestmögliche Versorgung unserer Rehabilitanden. Mit Respekt vor den Menschen und der Umwelt streben wir danach, in allen Bereichen neueste Erkenntnisse der Wissenschaft umzusetzen und sind dabei offen für neue Ideen und Vorschläge.

Integration - beziehen wir auf alle, mit denen wir zusammenarbeiten. Sie ist geprägt durch Annäherung, gegenseitiger Auseinandersetzung, Kommunikation, Finden von Gemeinsamkeiten, Feststellen von Unterschieden und letztlich der Übernahme gemeinschaftlicher Verantwortung.

Individualität - Jeder Mensch wird von uns in seiner Einzigartigkeit respektiert. Für den Rehabilitanden erstellen wir aus unserem umfangreichen Behandlungsangebot einen individuellen Behandlungsplan, basierend auf seinen Ressourcen und Zielen. Eine ausführliche Darstellung unserer Grundsätze verfasst in einem Leitbild finden Sie auf unserer Internetseite.

Das multiprofessionelle Team bestehend aus Ärzten, Psychologen, dem Pflorgeteam, dem Ergotherapeuten und Sozialarbeiter sowie Mitarbeitern der Sport-, Physio- und Körpertherapie engagiert sich für die Umsetzung eines modernen Rehabilitationskonzeptes und berücksichtigt hierbei die besondere sozialmedizinische Situation unserer Rehabilitanden.



Basis unseres ganzheitlichen Behandlungsansatzes ist ein biopsychosoziales Krankheitsmodell, das für jeden Rehabilitanden individuell angepasst wird. Ergänzend wird auf nachhaltige und gesunde Ernährung ebenso geachtet, wie auf gesundheitsfördernde



körperliche Aktivitäten. In diesem Sinne erfolgt auch die individuelle Rehazielabsprache mit dem Rehabilitanden.

Zahlreiche Freizeitangebote der Gesundheitsregion fördern den Rehabilitationsprozess. Historische Gebäude stehen mit modernen, funktionalen Räumlichkeiten im Einklang.

Bei Dokumenten der Reha-Abteilung nutzen wir den Terminus „Rehabilitand“, um eine klare Abgrenzung zum kurativen Bereich zu schaffen. Bei abteilungsübergreifenden Dokumenten sprechen wir der Einfachheit halber von „Patienten“; dies kann je nach Kontext auch Rehabilitanden umfassen.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit verwenden wir grundsätzlich die männliche Form. Frauen und Männer sind selbstverständlich gleichermaßen gemeint.



Die Krankenhausleitung, vertreten durch Frau Dr. Christiane Tholen-Rudolph, ist verantwortlich für das Konzept der psychiatrischen Rehabilitation in der Dr. von Ehrenwall'schen Klinik.

Ahrweiler, den 22.03.2019

Kontakt - ärztliche Leitung:

Dr. med. Christiane Tholen-Rudolph

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Chefärztin der Abteilungen Psychiatrie II, Neurologie und Rehabilitation

Chefarztsekretariat II Tel. 02641-386-119

Weitere Informationen erhalten Sie auf unserer Website www.ehrenwall.de. Auf Anfrage senden wir Ihnen gerne unseren Klinikflyer sowie diagnosebezogenes Informationsmaterial gebührenfrei zu.

Träger:

Marx GmbH & Co. KG

Geschäftsführer Dr. Christoph Smolenski



Inhaltsverzeichnis

Präambel	3
1. Allgemeine Angaben zur psychiatrischen Rehabilitation in der Dr. v. Ehrenwall'schen Klinik.....	7
1.1 zur Einrichtung.....	7
1.2 zur Fachabteilung	8
2. Struktur der Fachabteilung psychiatrische Rehabilitation	9
2.1 Räumliches Angebot	9
2.2 Medizinisch – technische Ausstattung	11
2.3 Personelle Besetzung.....	12
2.4 Öffnungszeiten der Einrichtung und Therapiezeiten der Rehabilitanden.....	13
2.5 Organisation der Verpflegung	13
3. Medizinisch – konzeptionelle Grundlagen	15
3.1 Indikationen / Kontraindikationen	15
3.2 Rehabilitationsziele	17
3.3 Abteilungsspezifische Therapieausrichtung.....	18
3.4 Rehabilitationsdauer und Kriterien der Modifikation.....	20
4. Rehabilitationsablauf und -inhalte	22
4.1 Aufnahmeverfahren	22
4.2 Rehabilitationsdiagnostik	23
4.3 Das interdisziplinäre Reha-Team.....	23
4.4 Ärztliche Aufgaben	25
4.5 Behandlungselemente.....	26
4.5.1 Therapeutische Bereiche mit ihren Aufgaben und Angeboten	26
4.5.1.1 Psychologen	26
4.5.1.2 Leistungen durch den Pflegedienst	27
4.5.1.3 Ergotherapie	29
4.5.1.4 Sozialdienst.....	30
4.5.1.5 Sport-, Physio- und Körpertherapie	31
4.5.1.6 Ernährungsberatung und Coaching	32



4.5.2 Darstellung medizinisch-beruflicher Angebote	32
4.5.3 Gesundheitstraining und Patientenschulung	33
4.5.4 Einbeziehung der Angehörigen.....	35
4.6 Entlassungsmanagement	35
4.7 Notfallmanagement.....	36
4.7.1 Organmedizinisches Notfallmanagement:	36
4.7.2 Psychiatrischer Notfall:.....	40
4.7.3 Möglichkeiten der Alarmierung	40
4.8 Angaben zur Hygiene	41
5. Dokumentation	44
6. Angaben zum Datenschutz.....	45
7. Qualitätssicherung	46
8. Forschungsaktivitäten	47
9. Abkürzungsverzeichnis	49
10.Literaturverzeichnis.....	50
11. Mustertherapiepläne.....	51
Teil II: Besondere Konzepte:	69
1.1 Reha-spezifisches Leitbildverständnis.....	69
1.2 Verfahrensanweisung Entlassmanagement.....	71
1.3 Behandlungskonzept Rehabilitation: Affektive und phobische Störungen	75
1.4 Behandlungskonzept Rehabilitation: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	82
1.5 Behandlungskonzept Rehabilitation: Schizophrenie/ schizoaffektive Psychose	89



1. Allgemeine Angaben zur psychiatrischen Rehabilitation in der Dr. v. Ehrenwall'schen Klinik

1.1 zur Einrichtung

Die 1877 von Dr. Carl von Ehrenwall gegründete Klinik wird heute in der vierten Generation vom Geschäftsführer der Marx GmbH & Co. KG und Ärztlichen Direktor Dr. Christoph Smolenski erfolgreich geführt. Dem Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie ist eine Abteilung für psychiatrische Rehabilitation mit 30 Plätzen angegliedert. Die Abteilung für psychiatrische Rehabilitation befindet sich seit 2015 in einem Nebengebäude der Hauptklinik, im sogenannten Haus E. Das Gebäude wurde 1972 errichtet und zuletzt 2015 umfassend renoviert. Haus E verfügt über eigene Therapieräume für Ergotherapie und Gruppen, die Therapien der Sport – Physikalischen - und Körpertherapie finden im Hauptgebäude der Klinik statt.

Die Dr. von Ehrenwall'sche Klinik bietet beste Voraussetzungen für die Rehabilitanden: Eingebunden in die Infrastruktur der Gesundheitsregion Rhein-Ahr-Eifel liegt die Klinik in der Stadt Ahrweiler im reizvollen Ahrtal und in den östlichen Ausläufern des Ahrgebirges. Die Ahr fließt am südlichen Stadtteilrand durch Ahrweiler, nach weiteren 10 Kilometern mündet die Ahr in den Rhein. Die nächstliegenden größeren Städte sind das ca. 35 Kilometer entfernte Bonn im Norden, Koblenz, das ca. 55 Kilometer weiter südlich liegt und Köln ca. 55 Kilometer nördlich von Ahrweiler. Die Klinik ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen, der Bahnhof Ahrweiler und der Haltepunkt Ahrweiler Markt (nahe dem historischen Stadtzentrum) liegen an der Ahrtalbahn (KBS 477[3]) Remagen–Ahrbrück, auf der im Personennahverkehr die „Rhein-Ahr-Bahn“ (RB 30) und die „Ahrtalbahn“ (RB 39) verkehren.

Die Rehabilitanden erhalten vor der Aufnahme einen Informationsflyer, in dem der Weg von der Bahn zur Klinik erklärt ist:

Anfahrt mit der Bahn:

„Von Richtung Köln/ Koblenz kommend steigen Sie in Remagen in einen Zug der Ahrtalbahn um. An der Haltestelle Ahrweiler Markt steigen Sie bitte aus. Der Alveradisstrasse nach rechts, entlang der Stadtmauer sind es etwa 1000 m zur Dr. von Ehrenwall'schen Klinik.“

Obwohl die Klinik an das Fernstraßennetz über die Autobahnzubringer 571 und 573 an die Bundesautobahn 61 angeschlossen ist, empfehlen wir aufgrund der Parkplatzsituation in Ahrweiler die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel. Auch diese Information erhalten die Rehabilitanden vor Aufnahme durch einen Infolyer:

„Parkplätze vor der Klinik und im Ort sind nur in sehr begrenzter Zahl vorhanden und kostenpflichtig. Besucher haben die Möglichkeit auf den kostenpflichtigen, öffentlichen Parkplätzen zu parken.“

Unmittelbar vor dem Rehabereich der Klinik stehen einige Kurzzeitparkplätze zur Verfügung, so dass die ankommenden Rehabilitanden ihr Gepäck ausladen und auf den zur Verfügung stehen Gepäckwagen transportieren können.



1.2 zur Fachabteilung

Seit 1913 werden Rehabilitanden in der Klinik behandelt, dabei wird die Reha-Abteilung von mehreren Leistungsträgern belegt und unterliegt damit organisatorischen Vorgaben mit unterschiedlicher Tragweite, die auch aus den teils spezifischen Angeboten der Leistungsträger resultieren. Derzeit werden wir von folgenden Leistungsträgern belegt:

- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Deutsche Rentenversicherung Westfalen
- Deutsche Rentenversicherung Rheinland (Hauptbeleger)
- Bundesknappschaft Bahn-See und
- in Ausnahmefällen gesetzliche Krankenkassen nach § 40 SGB V

Der Hauptbeleger ist mittlerweile die DRV Rheinland.

Die Fachabteilung Rehabilitation hat eine interne Kooperation mit der Abteilung Akutpsychiatrie des gleichen Trägers, so dass Rehabilitanden, die während der Rehabilitation psychiatrisch dekomensieren, sofort und unbürokratisch bis zu 3 Tage auf der akutpsychiatrischen Abteilung intensiv behandelt und begleitet werden können. Entweder sind die Rehabilitanden anschließend wieder rehafähig, dann wird die Rehabilitation fortgesetzt (das Bett wurde freigehalten), oder nicht. Dann wird die Rehabilitation abgebrochen und der Patient akutpsychiatrisch weiterbehandelt.

Im Laufe der Jahre hat sich eine gut funktionierende Kooperation mit einem niedergelassenen Facharzt für Innere Medizin in der Nähe etabliert; die Patienten werden von dort konsiliarisch (GKV) mitversorgt. Für andere Fachabteilungen besteht eine Konsiliarliste der kooperierenden Ärzte mit überwiegend praktikabler Kooperation.

Begleitpersonen werden i.d.R. nicht aufgenommen, sondern an nahe gelegene Hotels verwiesen. Eine gemeinsame Speiseversorgung ist möglich.

In der Klinik sind 3 Patientenzimmer, sogenannte bariatrische Zimmer, auf die besonderen Bedürfnisse von übergewichtigen Patienten ausgerichtet. Eines dieser Zimmer befindet sich in der Villa Griesinger. In diesen Zimmern sind die Bäder mit Standtoiletten und Spezialbetten, die eine Belastungsgrenze von 280 kg haben, ausgestattet. Auf dem Verordnungsbogen sind die Belastungsgrenzen bei Anwendungen der Sport-, Physio- und Körpertherapie direkt vermerkt und können bei der Verordnung berücksichtigt werden:

Schlingentisch	bis max. 130 kg
Massage	bis max. 130 kg
Fangopackung	bis max. 100 kg
Fahrradergometer	bis max. 180kg
EEG Stuhl	bis max. 140 kg
Untersuchungsliege Labor	bis max.225 kg

Für besondere Situationen, die sich im Rahmen der Behandlung ergeben können, wurden als weitere Hilfsmittel mehrere Duschhocker, ein Rollstuhl, ein Toilettenstuhl und eine bariatrische Untersuchungsliege für das Labor angeschafft.



Stabilere Stühle sind im Lager und können bei Bedarf über die Technik angefordert werden, z.B. für Therapeutenzimmer, Stationszimmer oder Speisesaal 1.

Den Rehabilitanden steht innerhalb der Klinik ein vielfältiges Raumangebot zur Verfügung, u.a. Cafeteria, Aufenthaltsräume, Lesesaal mit Konzertflügel, Schwimmbad, Kegelbahn, Sporthalle. Ein Raum der Stille sowie ansprechende Außenanlagen wie die großen Parkanlagen mit Sitzgelegenheiten und Pavillon bieten weitere Rückzugsmöglichkeiten.

2. Struktur der Fachabteilung psychiatrische Rehabilitation

2.1 Räumliches Angebot



Die Reha – Abteilung besteht aus der Station Villa Griesinger, die sich im Gebäude E befindet. Die Funktions- und Patientenräume der Villa Griesinger erstrecken sich über zwei Etagen, ein Personenaufzug, mit dem auch ein Bettentransport möglich wäre, steht zur Verfügung. Die Station bietet den Rehabilitanden 10 Einzel- und 10 Doppelzimmer mit eigenem Bad und TV. Die ansprechende, zweckmäßige Ausstattung hat Hotelcharakter; Telefon kann bei Bedarf angemietet werden. Eine Patientenrufanlage ist vorhanden.



Die Villa Griesinger verfügt über eigene Therapieräume, unter anderem für Ergotherapie, Gruppentherapie und therapeutische Einzelgespräche.



Sämtliche medizinisch-therapeutischen Räume begünstigen durch ihre Einrichtung den vertrauensvollen Dialog mit dem Rehabilitanden.

Weitere Räume für Diagnostik und Therapie befinden sich im Hauptgebäude der Klinik und werden abteilungsübergreifend genutzt.

Die Abteilung für Sport-/Physio- und Körpertherapie befindet sich im Haus C und ist durch einen überdachten Fußweg problemlos zu erreichen.



Der Rehabilitand kann so an sport- und körpertherapeutischen Gruppen teilnehmen und physiotherapeutische Einzelbehandlungen und Anwendungen aus dem Bereich der physikalischen Therapie erhalten.

Die Ausstattung der Sport-/Physio- und Körpertherapie ermöglicht unter anderem folgende Angebote:

- Wassergymnastik
- Anfängerschwimmen
- Fahrradergometer
- Geführte Wanderungen und Spaziergänge
- Massage, Fango, Bäder
- Rotlicht, Heißluft
- Sauna, Schwimmen

2.2 Medizinisch – technische Ausstattung

Die medizinische – technische Ausstattung der Klinik ermöglicht folgende diagnostische Maßnahmen:

- Drogenschnelltest
- EEG
- EKG und Notfall – EKG
- Laborchemische Untersuchungen
- Lumbalpunktion
- Neuropsychologie

Für die psychologisch – psychiatrische Diagnostik stehen verschiedene, anerkannte Tests zur Verfügung, unter anderem für:

- Demenzdiagnostik



- Feststellung/Beschreibung der kognitiven Beeinträchtigung bei lokalisierbarem Hirnschaden
- Überprüfung der Konzentration/ Belastbarkeit/ Gedächtnis
- Intelligenztestung
- Persönlichkeitsdiagnostik

2.3 Personelle Besetzung

Der Stellenplan der Reha-Abteilung entspricht der „Strukturqualität von Reha – Einrichtungen – Anforderungen der DRV“. Der Ist-Stand wird vierteljährlich durch das Personalbüro erhoben, durch die Geschäftsführung validiert und an die DRV Rheinland gemeldet. Ein zusätzlicher Soll-/Ist-Abgleich erfolgt im Rahmen der jährlichen Managementbewertung.

Das multiprofessionelle Team der Reha-Abteilung besteht aus Ärzten, Psychologen, Pflegemitarbeitern, Ergotherapeuten, Mitarbeitern des Sozialdienstes sowie der Sport-, Physio- und Körpertherapie.

In Vertretungssituationen wird die Reha – Abteilung von Mitarbeitern der Hauptklinik abgedeckt, so dass Therapieausfälle vermieden werden.

Ärzte:

Die Rehabilitationsabteilung wird organisatorisch und fachlich durch die Chefärztin Fr. Dr. Tholen – Rudolph geleitet, die folgende Qualifikationen erworben hat:

- o Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- o Mindestens 3-jährige Tätigkeit in der psychiatrischen Rehabilitation
- o Leitungserfahrung als Chefarzt

Die fachliche Leitung der Reha - Abteilung obliegt dem Oberarzt Dr M. Poersch, der folgende fachliche Voraussetzungen erfüllt:

- o Facharzt für Psychiatrie
- o Facharzt für Neurologie
- o Zusatzbezeichnung Rehawesen
- o Zusatzbezeichnung spezielle Schmerztherapie

Für die Station Villa Griesinger sind 2 Assistenzärzte zuständig. Diese verfügen ausnahmslos über ein abgeschlossenes Studium der Humanmedizin und ärztliche Approbation, sowie über Vorerfahrungen in der Behandlung psychisch kranker Menschen. Durch die Zugehörigkeit der Reha – Abteilung zur restlichen Klinik ist gesichert, dass rund um die Uhr ein Arzt als Ansprechpartner für Notfälle und Krisensituationen vor Ort ist. Ein Facharzt für Psychiatrie ist als fachärztlicher Hintergrunddienst für die gesamte Klinik zuständig.

Psychologen:

Der Station Villa Griesinger sind zwei Psychologen zugeordnet mit einem Studienabschluss als Diplompsychologe, möglichst mit Schwerpunkt Klinische



Psychologie, oder einer begonnenen bzw. abgeschlossenen psychotherapeutischen Ausbildung mit erreichter bzw. angestrebter Approbation als Psychologischer Psychotherapeut.

Pflegedienst:

Die Station Villa Griesinger wird von einer examinierten Pflegefachkraft geleitet, die mindestens 3 Jahre Berufserfahrung in unserem Hause und/oder die staatlich anerkannte Weiterbildung zur Stationsleitung besitzt.

Die übrigen Mitarbeiter verfügen ebenso über eine Ausbildung zur Pflegefachkraft mit Erfahrung im Pflegebereich. Pflegedienstmitarbeiter sind Tag und Nacht als Ansprechpartner für die Rehabilitanden erreichbar.

Ergotherapeuten:

Für die Rehabilitationsstation ist ein Ergotherapeut zuständig, der eine dreijährige staatlich anerkannte ergotherapeutische Fachausbildung absolviert hat. Schwerpunkte sind die Arbeitsberatung/-organisation und die Leistungsbeurteilung.

Sozialdienst:

Der Reha-Station Villa Griesinger ist ein Sozialdienstmitarbeiter zugeordnet mit Abschluss als Sozialarbeiter/Sozialpädagoge/Heilpädagoge (Dipl./B.A./M.A.). Der Mitarbeiter hat sich besondere Kenntnisse der Reha – spezifischen Gesetze und Regelungen angeeignet.

Sport-, Physio- und Körpertherapie:

Aus dem Team der Sport-, Physio- und Körpertherapie, bestehend aus Diplomsporthelehrern/-wissenschaftlern (Sporttherapeuten), Physiotherapeuten, Gymnastiklehrern und medizinischen Bademeistern ist ebenfalls dem Stationsteam ein Mitarbeiter zugeordnet, der an den regelmäßigen Behandlungsteam – Sitzungen teilnimmt.

2.4 Öffnungszeiten der Einrichtung und Therapiezeiten der Rehabilitanden

Bei der Abteilung für psychiatrische Rehabilitation handelt es sich um eine stationäre Einrichtung. Die Aufnahme der Rehabilitanden erfolgt werktags zwischen 09.00 und 11.00Uhr, abweichende Aufnahmezeiten sind mit dem Aufnahmemanagement abzusprechen.

An allen Werktagen gibt es ein Reha – spezifisches Therapieangebot, in der Regel zwischen 08.30Uhr bis 17.00Uhr.

2.5 Organisation der Verpflegung

Die Küche und der Speisesaal, im Haupthaus A, sind 2010 umfassend renoviert worden. Die Küche erfüllt nicht nur die besonderen hygienischen Standards einer Krankenhaus -



Küche, sondern stellt die Versorgung der Patienten auf hohem Niveau sicher. Der Speisesaal wurde modern eingerichtet und bietet eine freundliche Atmosphäre. Die Speisenvielfalt und -abwechslung hat bei uns eine hohe Priorität, die alleine schon durch das Angebot von Buffets in allen Bereichen gewährleistet ist, bei denen die einzelnen Komponenten beliebig miteinander kombiniert werden können.

Je nach medizinischer Indikation wird für bestimmte Patienten ein individueller Menüplan erstellt bzw. es liegen Sonderkostpläne vor.



Es gelten drei klare Gründe für die Sonderkostverordnung:

1. Diabetes
2. Allergien (bestätigt durch Vorlage Allergiepass)
3. Zöliakie (bestätigt durch Vorlage Allergiepass).

Sonstige Unverträglichkeiten können am Buffet durch selbständiges Essverhalten ausgeglichen werden. Die Anordnung von Sonderkost muss in der ärztlichen Dokumentation begründet sein und sollte durch eine entsprechende Diagnose bestätigt werden.

Für Patienten mit einem BMI > 35 wird eine spezielle Adipositas Gruppe angeboten. Inhaltlich geht es in der Gruppe um achtsamen Umgang mit den Themen:

- Essen, Trinken, Genuß
- Bewegung
- Aktivitäten und Selbstmotivation

Zusätzlich steht die Ernährungseduktion mit wechselnden Themen und Rezepten im Fokus.



3. Medizinisch – konzeptionelle Grundlagen

3.1 Indikationen / Kontraindikationen

Ausgehend von den grundsätzlichen Reha-Zielen haben wir spezifische Behandlungskonzepte für die drei in unserer Einrichtung relevanten Indikationsgruppen erarbeitet:

- Schizophrenie / schizoaffektive Psychose (F2.x)
- Affektive und phobische Störungen (F3.x, F4.x)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6.x)

Die drei Behandlungskonzepte haben folgende einheitliche Gliederung:

1. Initiale Überprüfung der Reha-Fähigkeit
2. Anamnese und Diagnosestellung
3. Indikationsspezifische Rehabilitationsziele
4. Multimodales Therapiekonzept
5. Schnittstellenmanagement mit Vor- und Nachbehandlern
6. Überprüfung der Rehazielerreichung und Leistungsbeurteilung
7. Literaturhinweise

Die indikationsspezifischen Behandlungskonzepte inklusive Mustertherapiepläne befinden sich in Teil 2 des Konzepts.

Kontraindikationen sind u.a.:

a) Akut behandlungsbedürftige somatische Erkrankungen

Eine Aufstellung aller akut behandlungsbedürftigen somatischen Erkrankungen gemäß ICD 10 würde das Konzept sprengen. Die Rehabilitanden erhalten im Vorfeld folgende Informationen, die sie mit ihrem behandelnden Arzt besprechen sollen:

„Sollten Sie intensive medizinisch-heilende/therapeutische Erwartungen an den Rehabilitationsaufenthalt haben, bitten wir Sie zunächst ambulante oder stationäre Behandlungen über Ihre Krankenversicherung aufzusuchen. Grundsätzlich führen wir in der Rehabilitationsabteilung keine Traumapsychotherapien durch.

Bitte sorgen Sie selber dafür, dass evtl. bestehende zusätzliche Erkrankungen außerhalb unseres Fachgebietes (z.B.: Bluthochdruck, Diabetes mellitus) gut behandelt sind, damit Sie nicht während der Reha hier vor Ort zu den entsprechenden Ärzten gehen müssen. Dies würde unnötigen Stress verursachen und Sie von der Wahrnehmung der eigentlichen Rehabilitationsangebote ablenken. Ein positiver Drogentest bei Aufnahme schließt den Beginn einer Rehabilitation in unserer Klinik grundsätzlich aus. Dies gilt auch für positive Ergebnisse bei Benzodiazepinen und opioid-haltigen Schmerzmittel, wenn es hierfür keine ärztliche Verschreibung und Regelmedikation gibt“

b) Akut behandlungsbedürftige psychiatrische Erkrankungen



Auch hier gilt, dass eine umfassende Darstellung aller akuten Erkrankungen aus dem Kapitel V des ICD 10–GM-2017 das Konzept sprengen würde. Beispielhaft werden zwei Gruppen erwähnt, die eine Kontraindikation für eine psychiatrische Rehabilitation in unserer Klinik darstellen:

Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)

„Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.“

Eine weitere Kontraindikation aus dem Bereich „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)“ ist zum Beispiel die akute Intoxikation F 10.0:

„Ein Zustandsbild nach Aufnahme einer psychotropen Substanz mit Störungen von Bewusstseinslage, kognitiven Fähigkeiten, Wahrnehmung, Affekt und Verhalten oder anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen. Die Störungen stehen in einem direkten Zusammenhang mit den akuten pharmakologischen Wirkungen der Substanz und nehmen bis zur vollständigen Wiederherstellung mit der Zeit ab, ausgenommen in den Fällen, bei denen Gewebeschäden oder andere Komplikationen aufgetreten sind. Komplikationen können ein Trauma, Aspiration von Erbrochenem, Delir, Koma, Krampfanfälle und andere medizinische Folgen sein. Die Art dieser Komplikationen hängt von den pharmakologischen Eigenschaften der Substanz und der Aufnahmeart ab.“

Akute Suizidalität steht in jedem Fall - unabhängig von der diagnostizierten Erkrankung – im Widerspruch zu einer Aufnahme in unsere Reha – Abteilung.

Da die Reha-Fähigkeit nach Aktenlage nicht immer ausreichend sicher entschieden werden kann, überprüfen wir die Rehabilitationsfähigkeit anhand von allgemeinen und indikationsspezifischen Kriterien sofort nach Ankunft des Rehabilitanden.

Allgemeine Kriterien sind u.a.:

- Volljährigkeit
- Vollumfängliche Orientierung und ausreichende Mobilität
- Basale Selbstständigkeit in Bezug auf Tagesstruktur, Körperpflege und Nahrungsaufnahme
- Ausreichende Kommunikations- und Gruppenfähigkeit
- Kooperationsbereitschaft

Konkret sollte der Rehabilitand in der Lage sein:

- sich körperlich weitgehend selbstständig im Tagesablauf zu verhalten (duschen, anziehen, essen etc.)



- mehrmals täglich mittelkurze Wege zu gehen (da der Rehakomplex sich ca. 300 m vom Haupthaus der Klinik befindet) und an einfachen körperlichen Tätigkeiten (z.B. Walken) teilzunehmen
- sich weitgehend selbstständig örtlich und zeitlich in der Klinik im individuellen Tagesablauf zurechtzufinden (nach ausführlichen Einweisungen).
- sich mit anderen Menschen in passenden Gruppen zu treffen und mindestens ruhig zuhören zu können (Gruppenfähigkeit)
- gemeinsam im großen Speisesaal zu essen (keine feste Tischordnung)
- eigene Belange dem Rehateam zu schildern

3.2 Rehabilitationsziele

Rehabilitationskliniken haben immer einen doppelten Auftrag von ihren Kostenträgern:

- Förderung der funktionalen Gesundheit und damit Teilhabe gemäß SGB IX
- Leistungsbeurteilung

Aus der Förderung der **funktionalen Gesundheit** ergeben sich für uns folgende grundsätzlichen Reha-Ziele:

- Wiederherstellung der ursprünglichen Funktionen und Fähigkeiten bzw. Aktivitäten und der Teilhabe
- Verbesserung der eigenständigen Lebensführung und Grundarbeitsfähigkeit
- Entwicklung von Bewältigungsstrategien bzw. optimierte Nutzung verbliebener Funktionen bzw. Aktivitäten
- Anpassung der Umweltbedingungen an die Beeinträchtigung der Fähigkeiten / Aktivitäten bzw. der Teilhabe des Rehabilitanden
- Beratung zur Nachsorge

Es ist uns ein Anliegen, bei der Verwirklichung der Ziele auch die Bezugspersonen des Rehabilitanden als Ressource einzubinden, sofern es möglich und gewünscht ist. Die mit dem Rehabilitanden individuell vereinbarten Rehaziele werden dokumentiert und von dem Rehabilitanden unterschrieben.

Die **Leistungsbeurteilung** im Erwerbsleben ist für Rehabilitanden, die mit Genehmigung der Deutschen Rentenversicherer eine stationäre Rehabilitationsleistung absolvieren, immer Bestandteil der Leistungsverpflichtung der Reha-Kliniken, solange eine dauerhafte Berentung noch nicht eingeleitet wurde.

Bei der Ausarbeitung des individuellen Behandlungsplans müssen wir die Ziele der Kostenträger erfüllen und gleichzeitig die Erwartungen und Ziele der Rehabilitanden berücksichtigen. Hierbei kann es zu Zielkonflikten kommen.

Die divergierenden Zielsetzungen führen zu einer besonderen Herausforderung für das Reha-Team in der Beziehungsgestaltung mit den Rehabilitanden. Dazu gehören:

- Akzeptanz des Leistungsbeurteilungsauftrages durch das gesamte Reha-Team
- Akzeptanz der grundsätzlichen Widersprüchlichkeit von Behandlung und Leistungsbeurteilung durch das Reha-Team
- Suche nach klaren und transparenten Regeln für diese Doppelaufgabe



- Akzeptanz der Tatsache, dass einige Rehabilitanden in einem Zielkonflikt sind (Rentenerwartung vs. Wiedererlangung der Leistungsfähigkeit)
- Suche nach klaren Regeln für den Umgang mit Rehabilitanden im Zielkonflikt

Durch Teambesprechungen, Fortbildungen und Supervision werden alle Teammitglieder darin unterstützt, die Beziehung zum Rehabilitanden professionell zu gestalten und der vielschichtigen Zielsetzung einer Reha-Abteilung gerecht zu werden.

Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) wird bei allen Rehabilitanden zur Zieldefinition und Erfassung der rehabilitativen Leistung genutzt. Die Zielerreichung sowie die erbrachten Leistungen sind wesentliche Elemente des Entlassungsberichts, dessen Struktur von den Leistungsträgern vorgegeben ist. Daraus ergibt sich für die Rentenversicherungsträger die Möglichkeit, die tatsächlich während der Rehabilitation erbrachten Leistungen, sowie die Zielerreichung strukturiert zu überprüfen.

3.3 Abteilungsspezifische Therapieausrichtung

Reha-Therapiestandards der Rentenversicherer werden in die indikationsspezifischen Behandlungskonzepte der Abteilung integriert, sofern anwendbar, z.B. Reha-Therapiestandard „Depressive Störung“ der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Unser Rehabilitationskonzept beruht auf einem Zusammenwirken drei unterschiedlicher Komponenten:

- medizinische Leistungen
- Maßnahmen zur Verbesserung der allgemeinen Krankheitsbewältigung und Förderung der funktionalen Gesundheit (ICF)
- Maßnahmen zur Fokussierung auf eine medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)

Medizinische Leistungen:

Diese beinhalten eine intensive sozialmedizinische Anamnese, Aufnahmeuntersuchung und psychiatrische Befunderhebung zu Beginn der Rehabilitation. Dazu gehört selbstverständlich medizinische Diagnostik inklusive Labor, EEG, EKG. Einen weiteren Schwerpunkt bildet die differenzierte Psychopharmakotherapie auf der Basis neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse. Es schließt sich eine Beratung für eine evtl. sinnvolle weitere kurativ-medizinische Therapie und/oder Psychotherapie nach der Rehabilitation an.

Maßnahmen zur Verbesserung der Krankheitsbewältigung und der funktionalen Gesundheit für indikationsspezifische Erkrankungsgruppen (ICF):

Dieses Konzept hat sich aus der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation unter wissenschaftlicher Vorarbeit der Deutschen Rentenversicherer entwickelt. Hier ist die funktionale Gesundheit und deren Beeinträchtigungen für eine Teilhabe am Ausbildungs- und Berufsleben sowie gesellschaftlichen bzw. privaten Leben der zentrale Begriff.



Krankheitsbewältigung: Hier werden wichtige Aspekte miteinander in Beziehung gesetzt:

- subjektives Krankheitsverständnis und subjektive, laienhafte Bewältigungsanstrengungen mit
- den eher objektivierbaren durchschnittlichen und zumutbaren Bewältigungsversuchen (Medikation, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsversuche) unter Berücksichtigung
- der derzeitigen Krankheitseinsicht und den
- erkennbaren individuellen Ressourcen bei den
- gegebenen Arbeitsbelastungen (Kontextfaktoren im Sinne des ICF)

Ganz besonderen Wert wird bei introspektionsfähigen Rehabilitanden auf das Erarbeiten individueller Frühwarnzeichen, insbesondere unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren wie z.B. Arbeitsstress, als Marker für anstehende Überforderung bzw. psychisch-seelische Dekompensation gelegt.

Allgemeine Funktionsfähigkeit: Gemäß dieses Konzeptes werden psychopathologische Befunde (z.B. Konzentration, Auffassung, formales Denken, inhaltliches Denken) auf ihre Auswirkungen auf Fähigkeiten / Aktivitäten hin untersucht, etwa Durchhaltefähigkeit, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit und dann in Bezug zu den individuellen Beruhsanforderungen bzw. zu den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes gesetzt.

Maßnahmen für ein modernes medizinisch-beruflich orientiertes Rehakonzept (MBOR):

Beeinträchtigungen der funktionellen Gesundheit mit Auswirkungen auf die berufliche Teilhabe sind ein zentraler Gegenstand des Behandlungsauftrages einer modernen Rehabilitation. In den letzten Jahren zeichnete sich ein zunehmender Trend zunächst in der Rehabilitationsforschung ab, diesen Behandlungsauftrag möglichst indikationsspezifisch zu konkretisieren. Daraus haben sich zunehmende Aktivitäten in der rehabilitativen Versorgungspraxis entwickelt, diese berufsrelevanten Fähigkeitsstörungen indikationsspezifisch diagnostisch präziser zu benennen, um anschließend passender intervenieren zu können.

Ausgehend vom MBOR-Konzept beinhaltet die psychotherapeutische Beratung die Analyse und Intervention zu den Themen Erwerbsbeziehungen, Arbeitsstressoren und Arbeitsverhalten, biographischer Erwerbsauftrag und innere Erwerbshaltungen:

- Analyse: Die vier Themen Erwerbsbeziehungen, Arbeitsstressoren und Arbeitsverhalten, biographischer Erwerbsauftrag und innere Erwerbshaltungen werden mit dem Rehabilitanden zur konkreten persönlichen Situation besprochen. Je nach Situation und Erkrankungsbild können auch motivationspsychologische und arbeitspsychologische Themen berücksichtigt werden. Hierdurch kann ein Perspektivenwechsel in der Betrachtung schwieriger Arbeitsplatzsituationen, etwa Arbeitsplatzkonflikte, Mobbing, Burn-out etc. erreicht werden. Neu ist, dass auch die Arbeitsverhältnisse, soweit dies möglich ist, mit untersucht und für evtl. Interventionen berücksichtigt werden.



- **Interventionen:** Nach ausführlicher konkreter Situationsanalyse erfolgt die psychologisch-ärztliche Beratung. Diese Beratung enthält einen Strategievorschlag, wie der Rehabilitand zukünftig mit seiner konkreten Arbeits-, Ausbildungssituation umgehen kann. Dabei werden indikationsspezifisch bestehende Krankheitssymptome, reduzierte Funktionsfähigkeit für konkrete Arbeitssituationen, Ressourcen und Umgebungsfaktoren berücksichtigt. In Einzelfällen kann sich aus einer sorgfältigen Beratung eine fokussierte Veränderung suchende Intervention entwickeln, die methodisch zwischen integrativer Psychotherapie und Coaching angesiedelt ist. Das Konzept ermöglicht auch, Beratungsimpulse zum späteren Nachdenken und Nachbearbeiten mit z.B. Angehörigen, Therapeuten und behandelnden Ärzten zu vermitteln.

Bei der Erstellung des individuellen Behandlungsplans für den Patienten bedienen wir uns in unterschiedlicher Gewichtung dieser drei Konzepte.

Rehabilitationskonzept der Dr. von Ehrenwall'schen Klinik

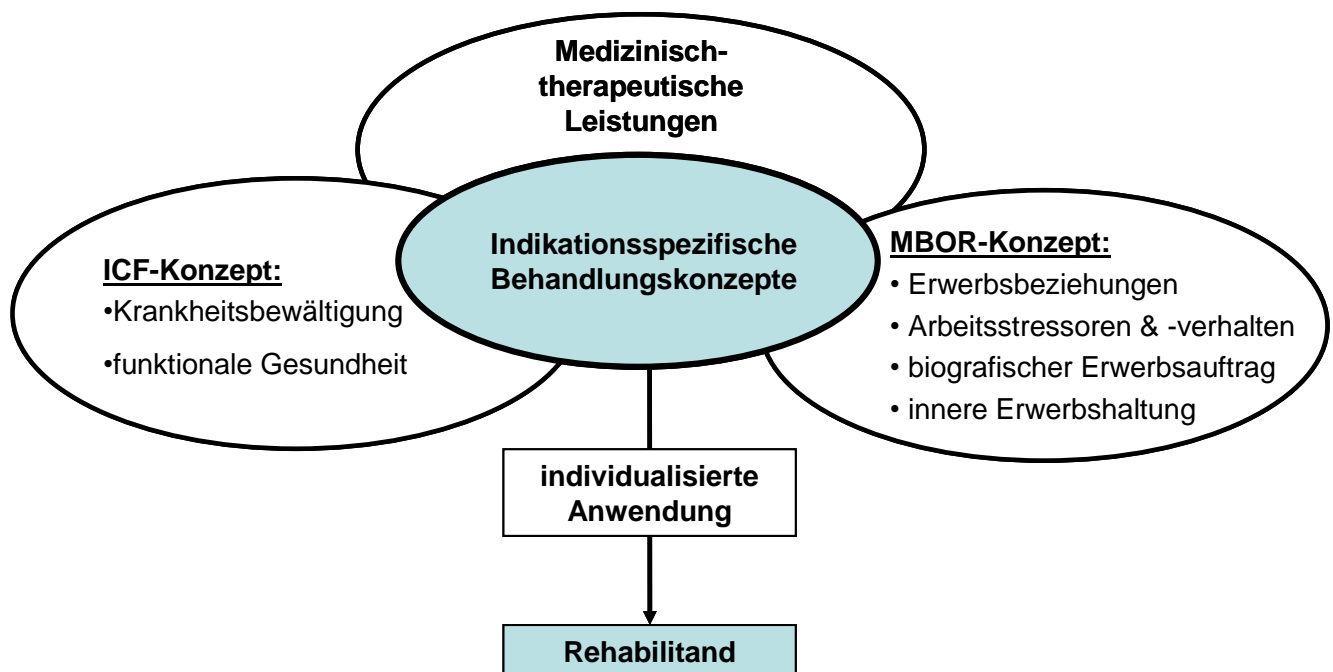


Abb.1: Umsetzung der Konzepte in der Dr. von Ehrenwall'schen Klinik

Der für die Reha-Abteilung zuständige Oberarzt stellt sicher, dass die jeweils aktuelle Version der genannten Konzepte den Mitarbeitern der Abteilung zur Verfügung steht.

3.4 Rehabilitationsdauer und Kriterien der Modifikation

In der Regel genehmigen die Versicherungsträger eine psychiatrische Rehabilitation für die Dauer von vier Wochen. Zu den Kriterien der Modifikation gehören die verschiedenen Gründe, die eine vorzeitige Beendigung der Reha – Maßnahme rechtfertigen, unter anderem:



- Abbruch der Reha wegen akuter Exazerbation der psychiatrischen Grunderkrankung
- Akute Suizidalität
- Akute Intoxikation durch psychotrope Substanzen
- Somatische Grunderkrankung, die der stationären Behandlung bedarf
- Disziplinarische Maßnahmen (Rauchen im Zimmer, Konsum von Alkohol, etc.)
- Unlösbare Zimmerkonflikte (Schnarchen im Doppelzimmer, nächtliche Flatulenzbelästigung)

Beim Auftreten akuter Symptome, die aus unserer Sicht im offenen Setting einer Reha – Abteilung nicht adäquat behandelt werden können, wird der Patient/Rehabilitand zunächst in den geschützten Bereich verlegt. Wenn dort innerhalb von vier Tagen die Reha – Fähigkeit nicht wieder hergestellt werden kann, gilt die Rehabilitation als abgebrochen und der Rehabilitand wird heimatnah zur weiteren Behandlung verlegt.

Eine Verlängerung der Reha – Maßnahme ist nach entsprechender Genehmigung durch den Versicherungsträger ebenfalls möglich und im Wesentlichen davon abhängig, inwieweit der Patient/Rehabilitand (und mitunter ja auch wir als Begutachtende) die vereinbarten Rehaziele in der vorgegebenen Zeit umsetzen kann. Vorrangig betrifft dies folgende Ziele:

- Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit
- Feststellung der ausreichenden Belastbarkeit für eine stufenweisen Wiedereingliederungsmaßnahme, weitere Planung und Beantragung einer solchen Maßnahme
- Prüfung der Umsetzungsmöglichkeit einer innerbetrieblichen Umsetzung, Herstellung eines Kontaktes zum Integrationsfachdienstes bei Rehabilitanden mit GdB über 50%
- Erstellung eines individuellen positiven und negativen Leistungsprofils (neben der Leistungsfähigkeit für den allgemeinen und geschützten Arbeitsmarkt auch hinsichtlich Schichtdiensttauglichkeit, Wochenendarbeit, etc.)
- Kennenlernen des geschützten Arbeitsmarkts, z.B. durch Besuch von Werkstätten für psychisch kranke Menschen, Tagesstätten
- Introspektionsfähigkeit für realistische Medikamentenwirkungen und Nebenwirkungen zur Compliance/Adhärenz-förderung sinnvoller Psychopharmakotherapie
- Achtsamere Selbstwertgestaltung, Erlernen eines gesünderen Umganges mit beruflicher Stressbelastung
- fördern der Teilhabe an den indikationsspezifischen Gruppenangeboten

Bei den wöchentlichen Terminen mit Arzt/Einzeltherapeut werden die Rehaziele gemeinsam mit dem Patienten/Rehabilitanden kritisch/auf zeitnahe Umsetzbarkeit überprüft und notwendige Anpassungen vorgenommen. Wenn Patient/Rehabilitand und Behandlungsteam eine Verlängerung der Rehabilitation als notwendig und zielführend erachten, wird beim Versicherungsträger ein entsprechend begründeter Antrag gestellt.



4. Rehabilitationsablauf und -inhalte

4.1 Aufnahmeverfahren

Anmeldung:

- Nach Eingang der Bewilligung/Kostenzusage vom Kostenträger erfolgt Eintrag im Access Reha Anmeldeprogramm
- Vorlage der Unterlagen bei der CÄ (in Vertretung OÄ) Bei Wiederaufnahmen wird das alte Krankenblatt im Archiv angefordert, ansonsten Verweis auf bereits erfolgte Digitalisierung der Patientenakte.
- Wenn die CÄ/OÄ nach Prüfung der Aktenlage mit der Aufnahme einverstanden sind, erfolgt Rückgabe des alten KB an Archivbüro und die medizinischen Unterlagen verbleiben bis zur Terminvergabe im Büro der Anmeldung.
- Dem Patienten wird eine Anmeldebestätigung zugeschickt
- Bei freiem Bett wird ein neuer Patient einbestellt.
- Mit der Einbestellung werden die entsprechenden Informationsblätter versendet
- Anlegen der Krankenblätter:
- Per Mail wird die Zugangsliste an das Aufnahmemanagement, Chefarzt, Oberarzt, Assistenzärzte, Therapeuten und Station übermittelt.
- Verteilung der Krankenblätter der Neuanreisen der kommenden Woche spätestens bis Freitag in das Fach der Villa Griesinger (VG) am Empfang

Pflegerische Aufnahme:

- Durchführen der pflegerischen Aufnahme entsprechend Pflegestandard, Erste Einschätzung, was die Reha-Fähigkeit angeht, (Allgemeine Kriterien sind u.a.: Volljährigkeit, Vollumfängliche Orientierung und ausreichende Mobilität, Basale Selbstständigkeit in Bezug auf Tagesstruktur, Körperpflege und Nahrungsaufnahme, Ausreichende Kommunikations- und Gruppenfähigkeit, Kooperationsbereitschaft) im Zweifel sofortige Information des Arztes
- Vitalzeichen- und Gewichtskontrolle

Ärztliches Aufnahmegespräch:

- Berücksichtigung der mitgebrachten Vorbefunde/Anmeldebogen bei der Anamneseerhebung – siehe Konzept Psychiatrische Anamneseerhebung -mit handschriftlicher Dokumentation
- Bereits am Aufnahmetag erfolgt die ärztliche allgemein körperliche und neurologische Untersuchung + handschriftliche Dokumentation der Untersuchungsergebnisse incl. psychiatrischer Befunderhebung im Berichtmanager
- Therapeutische Reha - Ziele mit Rehabilitand formulieren, im Verordnungsplan und auf dem Formular „Rehaziele“ eintragen
- Therapieplan mit Rehabilitand erstellen: medikamentöse Therapien, Sport- und physikalische Therapien, Therapeutische Gruppen, Ergotherapie (Häufigkeit der Einzeltermine pro Woche in Abhängigkeit von der Teilnahme an Gruppentherapien)
- Diagnosen (incl. ICD 10) nach o.g. Befunden erstellen, im Stammbblatt und im



Verordnungsplan eintragen, Kurve ausfüllen mit Medikation (siehe auch VA Verordnungen Therapie)

Aufnahme durch Psychologen:

- Falls der Psychologe Bezugstherapeut für die geplante Aufnahme ist, erhebt er zeitnah die aktuelle, die biographische und die soziale Anamnese – siehe Konzept Psychiatrische Anamneseerhebung -
- Therapien beginnen am Tag nach der Aufnahme

Neuzugangsvsiste:

- Bei unklarer Eignung für Rehabilitation: Neuzugangsvsiste Oberarzt am gleichen Tag – Assistenzarzt informiert Oberarzt telefonisch
- wenn aufnehmender Arzt kein Facharzt ist, muss die Neuzugangsvsiste des Oberarztes spätestens am Folgetag der Aufnahme des Patienten stattfinden

4.2 Rehabilitationsdiagnostik

Verantwortlich für die konkrete Anordnung von diagnostischen Maßnahmen sind die behandelnden Ärzte. Testpsychologische Untersuchungen können auch von den psychologischen Bezugstherapeuten angeordnet werden. Die Verantwortung für die Durchführung der diagnostischen Maßnahme liegt bei dem jeweils Durchführenden. Die Verantwortung für die Befundung obliegt in der Regel dem behandelnden Arzt, sofern es in der Ablaufbeschreibung nicht anders geregelt ist.

Das Vorgehen für folgende diagnostische Maßnahmen ist in einzelnen Ablaufbeschreibungen geregelt:

- Demenztestung
- Drogenschnelltest
- EEG
- EKG und Notfall – EKG
- Laborchemische Untersuchungen
- Lumbalpunktion
- Neurologisches Konsil (hausintern)
- Neuropsychologie

4.3 Das interdisziplinäre Reha-Team

Wesentliche Instrumente für die multiprofessionelle Zusammenarbeit im Behandlungsteam sind die Visite, die Stationsteambesprechungen und das Reha - Team. Im Folgenden wird dargestellt, welche Regelungen dazu in einer Verfahrensweisung hinterlegt sind:



Visite: Die Teilnahme des für die Abteilung zuständigen Ober- und Assistenzarztes, Psychologen und Pflegedienstmitarbeiters an den Chefarztvisiten ist verbindlich. Generell laufen Visiten nach folgendem Schema ab, unabhängig davon, ob es sich um eine Gehvisite oder Visite im Arztzimmer handelt:

- (Bericht über) Anamnese, Verlauf und aktuellen Zustand des Rehabilitanden
- Klären und Überprüfen der Rehazielen des Rehabilitanden
- Rückmeldung des Patienten zu einzelnen Anwendungen
- Anpassung der Therapieplanung für den weiteren Reha - Verlauf
- Klärung des Weiterversorgungsbedarfs etc.
- Klärung ggf. offener Fragen

Der visitierende Arzt leitet die entsprechende Visite, d.h. er führt im Wesentlichen das Gespräch mit dem Rehabilitanden. Es ist Bestandteil unseres multiprofessionellen Therapiekonzepts, dass darüber hinaus alle an der Visite Beteiligten ergänzende Fragen stellen bzw. auf Anmerkungen / Fragen der Rehabilitanden eingehen. Hierzu gehört auch, die Rehabilitanden bei der Realitätsprüfung zu unterstützen, d.h. Äußerungen von Rehabilitanden, die nicht der Realität entsprechen, korrigierend zu erläutern.

Die Kommunikation erfolgt vorrangig während den Visiten und nicht vorher oder hinterher, um für den Rehabilitanden eine größtmögliche Transparenz zu bieten.

Praktikanten und Schüler werden dem Rehabilitanden als solche vorgestellt. Sie werden gezielt in die Kommunikation eingebunden. Der Rehabilitand wird um sein Einverständnis mit der Teilnahme von Praktikanten und Schülern an der Visite gebeten.

Stationsteambesprechungen:

Einmal wöchentlich findet eine Stationsteambesprechung statt. Die Stationsteambesprechung wird durch den Oberarzt geführt. An der Stationsteambesprechung nehmen außer dem Oberarzt die Assistenzärzte, die zum Team gehörenden Psychologen, ein Vertreter des Sozialdienstes, ein Vertreter der Sport-, Physio- und Körpertherapie, ein Vertreter der Ergotherapie sowie ein Vertreter des Pflegedienstes teil. Jeder Rehabilitand wird einzeln besprochen. Hierbei werden sämtliche Aspekte des Reha - Verlaufs und der Entlassplanung aus den unterschiedlichen Perspektiven zusammengetragen und auf dieser Grundlage die weitere Reha - Planung abgestimmt. Die Stationsteambesprechung wird auf dem medizinischen Verlaufsbogen protokolliert. Es findet eine fachärztliche Überprüfung der Dokumentation im medizinischen Verlaufsbogen statt.

Reha - Team

Das „Reha-Team“ ist das Gremium aller Mitarbeiter der Abteilung Rehabilitation der Dr. von Ehrenwall'schen Klinik. (Alle Mitarbeiter, die regelmäßig mit Reha-Patienten zu tun haben.) Im Reha-Team werden berufsgruppenübergreifende Prozesse analysiert und bei Bedarf verbessert. Anhand reha-wissenschaftlicher Informationen (Fachliteratur, Kongresse etc.) wird über aktuelle Entwicklungen diskutiert. Anschließend wird gemeinsam bewertet, inwieweit das eigene Reha-Konzept angepasst werden sollte. Neuerungen sowie Änderungen bei Abläufen und Dokumenten werden im Reha-Team kommuniziert. Ständige Mitglieder dieses Teams sind:



Zuständiger Chefarzt, Zuständiger Oberarzt, Stationsärzte Villa Griesinger, Stationsleitung Villa Griesinger, Ergotherapeut, Vertreter Sporttherapie, Psychologen, Sozialdienst – Mitarbeiter, Mitarbeiter der Anmeldung Reha.

Vorsitzender des Reha-Teams ist der für die Abteilung Rehabilitation zuständige Chefarzt, der die Sitzungen leitet. Der zuständige Chefarzt kann die Leitung der Sitzung an den zuständigen Oberarzt delegieren. Über jede Sitzung des Reha-Teams wird ein Ergebnisprotokoll (in der Verantwortlichkeiten und Termine für durchzuführende Maßnahmen festgehalten werden) angefertigt.

In der Fachabteilung wurde ca. 2017 monatlich versetzt zu den alle Monaten stattfindenden Reha-Teams ein „Möglichkeitsraum“ für alle interessierten Teammitglieder oder auch Interessenten andere Abteilungen unserer Klinik mit Erfolg eingerichtet. Der „Möglichkeitsraum“ hat den Schwerpunkt der kreativen Diskussion, des Auslotens von Therapieoptionen und des offenen Diskutierens untereinander. Aus diesem Raum heraus entstand beispielsweise das neue Engagement zur Adipositasgruppe, genannt: „Gruppe Essenskultur“ mit weiteren Therapiemöglichkeiten insbesondere zur erlebnispädagogischen und gruppendynamischen Intervention bei Esssüchten (ohne Anorexia Nervosa). Der zweite Nebeneffekt dieser kreativen Diskussionsrunde ist die niederschwellige Werbung um interessierte evtl. zukünftige Mitarbeiter oder Vertretungsaushilfen aus anderen Abteilungen unserer Klinik. Auch hierzu haben wir diesbezüglich positive Effekte beobachten können.

4.4 Ärztliche Aufgaben

U.a. folgende Leistungen und Angebote werden durch ärztliche Mitarbeiter der Reha-Abteilung erbracht:

- Ausführliches Aufnahmegespräch unter Berücksichtigung der vorliegenden Vorbefunde
- allgemein-körperliche und neurologische Untersuchung, Erhebung des psychiatrischen Befundes
- Erfragen der Rehaerwartung und Rehazielen des Rehabilitanden; Festlegung der Therapieziele und gemeinsam Erstellung des Therapieplans
- Festlegen der medikamentösen Therapie
- Fachärztliche Neuzugangsvsiten zur Validierung der Therapieanordnungen
- Regelmäßige Visiten
- Fachärztliche Leitung von Teamsitzungen
- Information des Patienten vor Entlassung über die von uns getroffene Leistungsbeurteilung; ggf. Erläuterung
- Erstellung des Kurzarztbriefs
- Entlassungsgespräch einen Tag vor der Entlassung
- Erstellung des ausführlichen Reha-Entlassungsberichts

Neben den oben genannten eher medizinischen Leistungen sind die Ärzte ebenfalls psychotherapeutisch beratend tätig.



4.5 Behandlungselemente

4.5.1 Therapeutische Bereiche mit ihren Aufgaben und Angeboten

4.5.1.1 Psychologen

Unsere psychotherapeutische Beratung hat drei Schwerpunkte:

- (a) Klinisch-psychotherapeutische Beratung
- (b) psychotherapeutische Beratung zur Verbesserung der allgemeinen Krankheitsbewältigung
- (c) beruflich orientierte psychotherapeutische Beratung.
- (d) Gruppe Gesundheit und Leistung

Die psychotherapeutische Beratung durch den Bezugstherapeuten findet in der Regel einmal pro Woche über ca. 30 min. statt.

(a) Klinisch-psychotherapeutische Beratung

Nach der Diagnostik mittels Gespräch, ggf. strukturierter Interviews und klinischer Testdiagnostik findet die psychotherapeutische Beratung statt. Hierbei liegt der Schwerpunkt in der sachlichen Information über psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten insbesondere zu einer ambulanten Richtlinienpsychotherapie. Dabei werden indikationsspezifische Methoden erläutert und insbesondere über die besondere Problematik informiert, wie Patienten sich im deutschen Gesundheitssystem einen ambulanten Psychotherapieplatz organisieren können. Hierzu werden ausführliche Informationsmaterialien verteilt und zu diesem spezifischen Prozess möglichst nachhaltig motiviert.

(b) Psychotherapeutische Beratung und Kurzintervention zur Verbesserung der allgemeinen Krankheitsbewältigung und Förderung der funktionalen Gesundheit

Psychoedukative, salutogenetische, sowie lösungs- und verhaltensorientierte psychotherapeutische Gruppen und Einzel-Interventionseinheiten fokussieren auf die „Funktionsfähigkeit“ des Rehabilitanden zur Teilhabe am Ausbildungs- und Berufsleben sowie am gesellschaftlichen bzw. privaten Leben. Neben Informationen über allgemeine Stressbewältigung stehen die erfolgreichere Nutzung von bereits bestehenden Ressourcen sowie die Erschließung neuer zugänglicher Ressourcen dabei im Vordergrund.

(c) Beruflich orientierte psychotherapeutische Beratung und Kurzintervention

In diesen Beratungseinheiten werden indikationsspezifische positive und negative Aspekte der funktionalen Gesundheit noch konkreter mit Kontextfaktoren (vor allem den emotionalen Arbeitsanforderungen) und individuellen Erwerbsbiografien in Beziehung gesetzt und mit dem Rehabilitanden bearbeitet. Bei guter Introspektionsfähigkeit, Stabilität und hoher Motivation kann aus der Beratung auch eine Kurzintervention, etwa im Sinne eines systemischen Coachings werden. Die Beratung ist thematisch angelehnt an die 4 großen Themenbereichen: (a) Erwerbsbeziehungen, (b) Arbeitsstressoren und Arbeitsverhalten, (c) biographischer Erwerbsauftrag und (d) innere Erwerbshaltung.



Dabei werden sowohl krisenrelevante situative Aspekte, wie z.B. Mobbing, Überforderung, Arbeitsplatzkonflikte und Arbeitsplatzverhältnisse, als auch persönliche Einstellungen und Verhaltensweisen, wie z.B. Präsentismus, Absentismus oder „Dienst nach Vorschrift“ thematisiert.

4.5.1.2 Leistungen durch den Pflegedienst

Die Mitarbeiter in der Pflege sind die erste Anlaufstelle der Rehabilitanden und ihrer Angehörigen. Durch sie wird der Rehabilitand in der Gestaltung seiner Tagesstruktur während des Aufenthaltes unterstützt und zur Eigeninitiative ermutigt. Hierzu gehört, ihm Regeln und erforderliche Maßnahmen zu vermitteln. Dadurch nimmt die Pflege einen wesentlichen Einfluss auf die Förderung der Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden. Des Weiteren leisten sie, durch ihren Umgang mit den Rehabilitanden und der damit verbundenen gezielten Beobachtung einen wesentlichen Beitrag zu der geforderten Leistungsbeurteilung.

Der Pflegedienst übernimmt neben den selbstverständlichen Leistungen der somatischen und psychiatrischen Pflege eigenständig verschiedene pflegetherapeutische Gruppen, die den Patienten indikationsspezifisch verordnet werden:

- Stationsrunde

Wir bieten auf allen Stationen Stationsrunden an. Diese stellen ein Standardangebot in allen psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken dar; sie sind als Leistung im OPS-Katalog vorgegeben. Es handelt sich dabei nicht um ein psychotherapeutisches Gruppenangebot, sondern um ein milieutherapeutisches Behandlungsmittel. Stationsrunden dienen der Förderung der Patientenkontakte untereinander sowie zwischen Patienten und Stationsteam, und sie bieten sich als informatives Element an. In unserer Klinik wird die Gruppe interdisziplinär durch Mitglieder des Stationsteams geleitet.

Im Einzelnen dient die Stationsrunde

- dem Training des sozialen Miteinanders (Übungsfeld für soziale Beziehungen und soziale Regeln, Kontaktaufnahme)
- dem Erfahrungsaustausch und der Selbstorganisation der Patienten (Programmgestaltung, Aktivitäten, Regeln/ Normen)
- der Stärkung der einzelnen Patienten und Förderung ihrer Selbständigkeit
- der Information und Intervention des Stationsteams (schwebende Konflikte, Befindlichkeit der Einzelnen, Erkennen von unterschwelligem „Frust“, wer hat mit wem Kontakt? wer hat auf der Station welche Quasirolle?, Anregungen für Freizeitgestaltung, Auseinandersetzung Regeln/ Normen, Bezugspflege, „Patientenpaten“).
- Inhaltlich orientiert sich die Durchführung am Leitfaden für Stationsrunden und speziellen Stationsstandards. Der Ablauf erfolgt nach einem gewissen Schema, ist aber grundsätzlich modular aufgebaut und dadurch flexibel gestaltet.

Setting:



- Die Gruppe ist fortlaufend und offen. Sie findet 1mal wöchentlich à 20-30 Minuten statt und wird in von Mitgliedern des Stationsteams gestaltet. Die Teilnahme ist für Rehabilitanden verpflichtend.

- **Selbstsicherheitstraining:**

Mit Hilfe von einfachen Rollenspielen üben und verbessern die Rehabilitanden ihre soziale Kompetenz in einem nach Ullrich/Ullrich modifizierten Selbstsicherheitstraining.

Es werden ausgewählte Übungen - modifiziert für unsere Klientel - im Rollenspiel eingeübt.

Die Übungen beziehen sich auf verschiedene Alltagssituationen (nach der Zeit, dem Weg fragen, Verhalten beim Einkaufen, beim Umtausch, Verhalten in Restaurants, in öffentlichen Verkehrsmitteln). Die Übungen bauen aufeinander auf, sie sind im Schwierigkeitsgrad ansteigend. Die Gruppe umfasst höchstens 8 Teilnehmer und wird von 2 Therapeuten geleitet. Dieses Therapeutenpaar stellt das Zielverhalten im Rollenspiel dar und die Patienten üben anschließend jeweils mit einem der Therapeuten.

Ziel ist ein alltagsnahes praktisches Einüben zur Erreichung einer größeren Verhaltensflexibilität. Zum anderen wird damit gleichzeitig eine Verbesserung des Selbstbewusstseins und des allgemeinen Funktionsniveaus angestrebt.

Setting:

Die Gruppe ist geschlossen und dauert 3 Wochen. Sie findet 2mal wöchentlich à 45 Minuten statt. Die Gruppe richtet sich ausschließlich an Patienten mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis F2. Die Gruppengröße liegt zwischen 5 und 8 Mitgliedern. Voraussetzung: keine akute Phase, gewisses Maß an Gruppenfähigkeit (sie müssen in der Lage sein, sich 45 Min. zu konzentrieren).

- **Computergestütztes Kognitionstraining (COGPACK):**

Hier handelt es sich um ein Konzentrationstrainingsprogramm am PC, das sich der Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden anpasst. Anleitung und Betreuung erfolgt durch die Mitarbeiter des Pflegedienstes. Das PC-gestützte Kognitionstraining COGPACK von der Firma Marker Software wurde als Trainingsprogramm für schizophrene Patienten mit kognitiven Einbußen entwickelt. Es eignet sich aber auch bei Konzentrations- Gedächtnisstörungen, Beeinträchtigungen der Auffassung und der Reaktion bei anderen psychischen Erkrankungen. Das Programm beinhaltet 64 PC-gestützte Übungsprogramme, jede Übung wiederum beinhaltet bis zu 20 verschiedene Aufgaben. Es steht damit ein Pool von mehreren hundert Aufgaben zu den Trainingsbereichen Visumotorik, Auffassung, Reaktion, Vigilanz, Merkfähigkeit und Gedächtnis sowie sprachlichen, intellektuellen und alltags- und berufsnahen Leistungen in ansteigendem Schwierigkeitsgrad zur Verfügung. Dabei passt sich das Programm dem jeweiligen Leistungsniveau des Patienten flexibel an. Das Programm ermöglicht dem Rehabilitanden auch, seine Leistungsfähigkeit zu steigern. Gleichzeitig wird durch das Computerprogramm ein Leistungsprofil erstellt, das bei der Abschlussbeurteilung der Rehabilitation berücksichtigt werden kann. Für unsere Rehabilitanden haben wir eine spezielle Serie für bestimmte Übungsbereiche mit alltagsnahen Aufgaben zusammengestellt.



Setting:

Ein Training von 2-4 Wochen ist wünschenswert, es findet 3-4-mal wöchentlich à 50 Minuten statt. Ein Einstieg ist jederzeit möglich, sobald ein Platz frei wird, es stehen 6 PC-Arbeitsplätze zu Verfügung. Voraussetzung: Der Patient sollte freiwillig am Training teilnehmen, und er sollte mindestens 3x in der Woche trainieren können. Das Training sollte erst nach Abklingen einer hochakuten Krankheitsphase beginnen, keine motorische oder Sinnesbehinderung, die die Tastaturbedienung/das Bildschirmlesen deutlich erschweren. Möglichst keine Patienten mit ausgeprägter Abneigung gegen Computer (hier ist die Paper-Pencil-Version des Neuropsychologischen Trainings vorzuziehen).

4.5.1.3 Ergotherapie

Die Ergotherapie ist ein wesentlicher Teil des Angebots im Sinne der Arbeitstherapie in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht.

Handwerkliches Tun in der Ergotherapie gibt dem Patienten die Gelegenheit ,sich in einem „kleinen“ geschützten Rahmen mit Problemen, die im Alltag schwer und „unüberwindbar“ erscheinen, auseinander zu setzen und einen Realitätsbezug im „Hier und Jetzt“ zu erfahren.

Der Therapeut beobachtet beim kreativen Gestalten, ob der Patient strukturiert, planvoll, gezielt, konzentriert und ausdauernd arbeitet oder ob es hierbei Probleme gibt. Im handwerklichen Tun wird deutlich, ob jemand sich Neues zutraut, er ängstlich und unsicher ist und ob er Unterstützung, Hilfestellung oder Zuwendung braucht. Häufig hat der Patient in seinem Alltag ähnliche Probleme, aber auch Ressourcen wie beim handwerklichen Tun in der Ergotherapie. Der gezielte Vergleich der Erfahrungen in der Ergotherapie mit Alltagsaktivitäten ermöglicht es, gemeinsam mit dem Patienten therapeutische Ziele und Unterstützungsmöglichkeiten festzulegen. Manche Patienten begegnen der Ergotherapie anfangs skeptisch. Ergotherapie kreativ wird häufig erst als zu „künstlerisch“ oder als „Basterei“ empfunden. Doch die meisten Patienten erleben, dass sie im Umgang mit den gestalterischen Materialien und in der handwerklichen Tätigkeit viele Erfahrungen mit sich selbst sammeln können. Wesentlich sind die ergotherapeutischen Reflexionsgespräche, in denen die Handlungserfahrungen verbalisiert und in Bezug zum inneren Erleben und zum Alltagshandeln gesetzt werden.

Über die unterschiedlichen handwerklichen Tätigkeiten kann der Patient lernen, seine Verhaltensweisen und Handlungskompetenzen wahrzunehmen, zu betrachten, zu strukturieren, zu reflektieren, (wieder) zu erlangen oder neu zu gestalten, zu experimentieren und (dazu) zu lernen. Die erworbenen Fähigkeiten müssen dann in den Alltag transportiert und gefestigt werden.

In der zweimal die Woche stattfindenden Gruppenergotherapie werden ergodiagnostisch basale arbeitsrelevante Fähigkeiten (z.B.: Aufgabenverständnis, Konzentration, Ausdauer, Geschicklichkeit aber auch Planung, Überblick, Motivation und Ablenkbarkeit) beurteilt. Zusätzlich werden die folgenden vier Themen in die erweiterte Diagnostik einbezogen (MBOR-Konzept):

- Erwerbsbeziehungen,
- Arbeitsstressoren und eigenes Arbeitsverhalten im Umgang damit



- biografischer Erwerbsauftrag
- innere Erwerbshaltungen.

Je nach Introspektionsfähigkeit und der Bereitschaft, Hilfen anzunehmen, werden anschließend ergotherapeutische Hilfen vorgeschlagen oder gemeinsam lösungsorientierte Interventionen gesucht. Es zeigt sich dabei immer wieder, dass es gerade in der praktischen Ergotherapie gelingt, wie zufällig über wichtige arbeitsbezogene Themen zu reden. Alle ergodiagnostischen Erkenntnisse und ergotherapeutischen Interventionen fließen regelmäßig wöchentlich in die gemeinsamen Teambesprechungen ein.



In der Ergotherapie wird zusätzlich kreatives Gestalten als freies Zusatzangebot angeboten. Die Rehabilitanden werden ermutigt, selber soziale Kompetenzen zu üben, die es ihnen erleichtern, eine für sie befriedigende gesellschaftliche Teilhabe zu erleben.

4.5.1.4 Sozialdienst

Als Bestandteil eines multiprofessionellen Teams fokussiert der Sozialdienst Leistungen zur Herbeiführung einer beruflichen, sozialen und persönlichen Integration. In Orientierung an das Selbstbestimmungsrecht des Patienten sowie der Sicherstellung einer Chancengleichheit wird er tätig, wenn die Erkrankung Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, des sozialen Umfeldes oder die Sicherung des Lebens als Folge haben kann.

Es wird versucht Einschränkungen der verschiedenen Bereiche abzuwenden, zu vermindern oder auszugleichen.

Ein Erschließen der gesetzlichen Ressourcen der Sozialgesetzbücher sowie Ressourcen des Sozial- und Gesundheitssystems werden u.U. mit einbezogen. Dieses kann in der



Vorbereitung oder Einleitung weiterführender Maßnahmen zur (Wieder-)Eingliederung in den Beruf oder das soziale Umfeld stattfinden.

Die Tätigkeit des Sozialdienstes wird in der Einzelfallhilfe oder in gruppentherapeutischen Angeboten ausgeführt.

Das Handeln des Sozialdienstes im Rahmen der medizinischen Rehabilitation beinhaltet u.a.:

- Erhebung der Sozialanamnese,
- Motivierung und Begleitung während des Rehaprozesses,
- Stärkung der Selbstbestimmung,
- Aktivierung von Selbsthilfepotentialen und Erschließung persönlicher Ressourcen sowie die des sozialen Umfeldes,
- Förderung sozialer Kompetenzen,
- Beratung von Patienten und Angehörigen zur Situationsbewältigung und Unterstützungsmöglichkeiten,
- Beratung zu und ggf. Organisation von Anschlussversorgungen in Zusammenarbeit mit dem Rehabilitanden, seinem sozialen Umfeld und ambulanten Diensten oder Einrichtungen,
- Entwicklung von Lösungsansätzen bzgl. der individuellen, gesundheitlichen und berufsbezogenen sowie sozialrechtlichen Problemsituationen.

Ziel des Sozialdienstes ist es, in Zusammenarbeit mit dem Behandlungsteam eine Anschlussversorgung zu erarbeiten, um eine dauerhafte berufliche und soziale (Wieder-)Eingliederung herbeiführen zu können. Berücksichtigt wird hierbei die individuelle Lebens-, Arbeits- und Krankheitssituation. Das Herstellen einer autonomen Lebenspraxis steht auch hier im Vordergrund, in der der Rehabilitand am sozialen Leben sowie am Erwerbsleben teilnehmen und ggf. ambulante Unterstützungsmöglichkeiten wahrnehmen kann.

4.5.1.5 Sport-, Physio- und Körpertherapie

Die Sporttherapie bedient sich der Mittel und Methoden des sportlichen Trainings im Rahmen von Vorbeugung und Rehabilitation und stellt heute einen wichtigen Faktor der nichtmedikamentösen Behandlung und Rehabilitation dar.

Der Deutsche Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie definiert Sporttherapie als eine bewegungstherapeutische Maßnahme, die mit geeigneten Mitteln des Sports gestörte körperliche, psychische und soziale Funktionen kompensiert, regeneriert, Sekundärschäden vorbeugt und gesundheitlich orientiertes Verhalten fördert. Sie beruht auf biologischen Gesetzmäßigkeiten und bezieht besonders Elemente pädagogischer, psychologischer und soziotherapeutischer Verfahren ein und versucht, eine überdauernde Gesundheitskompetenz zu erzielen.

Die Sporttherapie soll Patienten helfen, körperliche, psychische oder soziale Beeinträchtigungen mithilfe von Sport zu überwinden, indem die Körperwahrnehmung verbessert sowie die Koordination und Kondition gesteigert werden. Sporttherapie ist nicht auf den Leistungssport ausgerichtet, sondern soll den Patienten durch Sport aktivieren und zu einem angenehmen Körpergefühl führen.



Sporttherapeutisch werden sowohl basale arbeitsrelevante Fähigkeiten (z.B.: Muskelkraft-, Ausdauer, Beweglichkeit, Koordination) ohne konkrete Berufsbezogenheit geübt, als auch komplexere Fähigkeiten (z.B.: Spielverständnis, Spielüberblick, Teamfähigkeit,) trainiert. Aus therapeutischer Sicht ist das (Wieder)Erleben von Freude, Spaß und Geselligkeit und vor allem Selbstwirksamkeit durch eigene Aktivität ein wesentliches Ziel. Die Sporttherapeuten motivieren und beraten Rehabilitanden immer dazu, eigene Bewegungsmöglichkeiten nach der Rehabilitation selbstständig weiterzuführen.

Unter Berücksichtigung unseres MBOR-Konzeptes wird der Umgang mit Arbeitsstressoren und eigenem Arbeitsverhalten in die erweiterte Diagnostik einbezogen, da sich im Sport häufig sowohl Selbstüberforderung und Verausgabung, als auch ängstliches Vermeidungsverhalten exemplarisch zeigen und zeitnah besprochen werden können.

Die sportdiagnostischen Erkenntnisse fließen regelmäßig wöchentlich in die gemeinsamen Teambesprechungen ein.

Besondere Angebote aus der Physio- und Körpertherapie können das Standardkonzept der Sporttherapie im Bedarf ergänzen.

4.5.1.6 Ernährungsberatung und Coaching

Dieses therapeutischen Angebot ist neu und wird derzeit gemeinsam mit einer neu eingerichteten Stelle für eine Diätassistentin mit 10 Wochenstunden erarbeitet. Vorausgegangen war ein ca. 12 monatiges Engagement zur Thematik durch den Oberarzt der Fachabteilung, der gemeinsam mit den Rehabilitanden und Patienten der neu gegründeten Adipositasgruppe die folgenden therapeutischen Angebote erarbeitet hatte:

- Alle 2 Wochen findet die **Gesprächsgruppe Essenskultur** statt, welche ärztlich geleitet ist. Sie beinhaltet einen integrativen Methodenmix aus verhaltenstherapeutischer Arbeit zu Essensgewohnheiten, systemisch-lösungsorientierte Ansätze, etwa in der Arbeit mit dem inneren Team nach Prof. Schulz von Thun und schließlich klassisch suchttherapeutischen Elemente. Selbstverständlich fließen auch hier immer Anregungen aus der Ernährungs- und Bewegungsberatung ein. Die bisherige Erfahrung zeigt, dass der suchttherapeutische Anteil sehr wichtig ist und entsprechend viel Zeit benötigt.
- Jede Woche findet die **Kochgruppe Essenskultur** statt, welche von der Diätassistentin geleitet wird und in unserer Patientenküche (Raum in der Tagesklinik) am Nachmittag und frühen Abend stattfindet. Im Vordergrund steht die Ernährungsberatung und ein Coaching zu den verschiedenen Aspekten einer präventionswirksamen Essenskultur (Einkaufen, Zubereitung und vor allem die praktische Umsetzung der persönlichen Essensgewohnheiten).
- **Einzelgespräche** für Rehabilitanden mit massivem Übergewicht und Vermeidung/Scham einer Gruppentherapieaufnahme durch die Diätassistentin.

4.5.2 Darstellung medizinisch-beruflicher Angebote

Die medizinisch-beruflichen Angebote in einer psychiatrischen Rehabilitation sind erfahrungsgemäß nicht so sehr arbeitsplatz- oder berufsbezogen, sondern hängen über



unterschiedliche Arbeitsplätze und Berufe mit diesen krankheitsbedingten Funktions - Fähigkeitsstörungen zusammen, z.B.:

- Reduzierte Funktionsfähigkeiten in der Bewältigung von emotionalen Arbeitsanforderungen, die bei unseren Patienten i.d.R. zu einem sehr intensivierten Beanspruchungserleben führen.
- Reduzierte allgemeine Emotionsregulationsfähigkeiten auch für übliche Teamarbeitssituationen oder Vorgesetzten-situationen
- Reduzierte Bewältigungsfähigkeiten für allgemeine Umgebungsreize und Arbeitsverdichtungen („multitasking“)
- Reduzierte Bewältigungsfähigkeiten für Entscheidungen bei unklaren oder rasch sich ändernden Arbeitsanforderungen („reduzierte Agilitätsreserve“)

Diese Themen werden deshalb jeweils in den ärztlichen und psychologischen Gesprächen, z.T. auch in den Gruppen, thematisiert und nach Lösungen gesucht.

4.5.3 Gesundheitstraining und Patientenschulung

▪ Gesundheit und Leistung

In dieser Gruppe geht es darum, zu lernen, wie man Gesundheit erhalten oder wiedererlangen kann. Sie wird als fortlaufende halboffene Gruppe angeboten und umfasst 4 überwiegend psychoedukative Themenblöcke à jeweils 1 Sitzung und 4 im Wechsel dazu stattfindende erwerbsbezogene Gruppen-Coaching-Sitzungen. Für die Gruppe liegt ein Manual vor; der psychoedukative Teil ist wie ein Unterrichts-Seminar aufgebaut; theoretisches Wissen wird vom Gruppenleiter vorgetragen; Patienten erhalten Arbeitsunterlagen, arbeiten teilweise in Kleingruppen; innerhalb der 4 erwerbsbezogene Gruppen-Coaching-Sitzungen bearbeiten die Teilnehmer ihre Möglichkeiten und Grenzen bezüglich der Bewältigung ihrer persönlichen privaten und beruflichen Belastungssituationen vor dem Hintergrund der zuvor erlernten Inhalte.

Die 4 psychoedukativen Themenblöcke beinhalten modernste Grundlagen zur Stressforschung und –bewältigung sowie aktuelle arbeits- und organisationspsychologische Modelle zum erwerbsbezogenen Stressmanagement.

Ablauf:

- Körper, Psyche, Stress - Möglichkeiten und Grenzen im Umgang mit Überforderungen
- 9 Krisen – 9 Lösungen (Teil I) – Der Einzelne im Zentrum seiner Gesundheit & Produktivität
- 9 Krisen – 9 Lösungen (Teil II) – Die sozialen Beziehungen als Bedingungen für Gesundheit & Produktivität
- Selbstwertgefühl, Widerstandsfähigkeit und Schaffenskraft – Resilienz und Salutogenese

Setting:

Die Gruppe ist fortlaufend und halboffen, sie findet 2mal wöchentlich à 60 Minuten statt. Der Einstieg erfolgt jeweils zu Beginn eines neuen Themenblockes, eine Teilnahme an 8 Sitzungen (= 4 Themenblöcke und 4 erwerbsbezogene Gruppen-Coaching-Sitzungen) ist



erstrebenswert. Die Gruppenzusammensetzung ist heterogen und umfasst 10-15 Teilnehmer. Ideale Patientengruppen sind F3, F4, F5, nicht zu stark ausgeprägte F6, i.d.R. keine Psychosen. Im Ausnahmefall schizophrene Störungen, jedoch nur bei ausreichender Stabilität und nur, wenn die psychische Erkrankung nicht im Vordergrund steht

▪ Psychoedukative Gruppe

In dieser Gruppentherapie wird den Patienten in Seminarform umfangreiches Wissen bzgl. des Krankheitsbildes, der Symptomatik und der Therapie vermittelt. Dies geschieht mit Einsatz modernster Medien, den Patienten wird entsprechendes Arbeitsmaterial zur Verfügung gestellt. Es handelt sich um ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Programm, das aus der Forschung zur Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Patienten entwickelt wurde. Die PEG ist als offene Gruppe gestaltet.

Drei Themenblöcke mit 8 Unterthemen werden in 6 Sitzungen behandelt:

I. Information zum Krankheitsbild

- Symptome der Schizophrenie, Unterformen (Diagnosen, Verlauf, Prognose)
- Ursachen der Erkrankung, Vermittlung des Vulnerabilitäts- oder Diathese-Stress-Modells

II. Medikation

- Dopamin-Hypothese
- Medikamentöse Behandlung von Psychosen (Wirkung/ Nebenwirkungen, Rezidivprophylaxe)
- Gefahr von Alkohol und Drogen

III. Allgemeine Behandlung

- Warnzeichen/ Rückfallprophylaxe (Frühsymptome)
- Krisenpläne
- Psychosoziale Behandlungsmöglichkeiten

Es werden Filmausschnitte mit Patienteninterviews und Computeranimationen gezeigt, die das Verständnis erleichtern. Zum Abschluss erhalten die Patienten eine Informationsbroschüre mit den wichtigsten Inhalten zu der Erkrankung.

Setting:

Die Gruppe ist fortlaufend und halboffen, ein Gruppenzyklus umfasst 6 Sitzungen. Sie findet 2mal wöchentlich à 45 Minuten statt. Ein Einstieg ist wöchentlich zu Beginn eines neuen Themenblockes möglich. Die Gruppengröße liegt zwischen 6 und 15 Teilnehmern. Die Gruppe richtet sich speziell an Patienten mit schizophrener und schizoaffectiver Psychose F20/ F25. Voraussetzung: keine akute Phase, gewisses Maß an Gruppenfähigkeit (sie müssen in der Lage sein, sich 45 Min. zu konzentrieren).



4.5.4 Einbeziehung der Angehörigen

Grundsätzlich bieten wir gerne Paargespräche, Angehörigengespräche an, wenn diese zu den üblichen Geschäftszeiten erfolgen können. In Einzelfällen können begleitende Angehörige ebenfalls in der Rehaabteilung untergebracht werden.

4.6 Entlassungsmanagement

Unser Entlassmanagement ist als standardisierter Prozess organisiert und dokumentiert, die entsprechende Verfahrensanweisung findet sich im Teil 2 dieses Konzepts.

Spätestens in der Oberarzt - Neuzugangsvs. wird ein sinnvolles Schnittstellenmanagement angesprochen. Häufige Themen hierbei sind

- die Absprache zur Medikation ggfs. Medikationsänderung mit den vorbehandelnden Ärzten
- die gemeinsame Überlegung zur weiteren Planung der Reha-Therapieschwerpunkte mit dem Betreuer,
- eine gemeinsame Planung einer beruflichen Wiedereingliederung (oder innerbetrieblichen Umsetzung) mit dem Betriebsarzt und/oder Integrationsfachdienst
- eine Absprache mit dem Vorbehandler zur weiteren kurativen Nachbehandlung, bzw. (e) eine Kontaktaufnahme zu weiteren Nachbehandlern, z.B.: einer wohnortnahen Tagesklinik.

Die Erläuterung der getroffenen Leistungsbegutachtung kann auch zum Gegenstand eines Schnittstellenmanagements werden. Sämtliche Schnittstellenkommunikation verläuft nur mit Einverständnis und i.d.R. in Gegenwart des Rehabilitanden.

Abschließend stellt der Reha-Entlassungsbericht (Reha – EB) das offizielle Dokument dar, in dem alle Schnittstelleninformationen schriftlich fixiert sind.

Eine Verfahrensanweisung stellt sicher, dass eine einheitliche, koordinierte Vorgehensweise bei der Erstellung und Dokumentation von Reha – EB festgelegt ist. Folgende Anforderungen an den Reha – EB sollen durch die VA sichergestellt werden:

- Berücksichtigung von leistungsrechtlichen, haftungsrechtlichen und berufsrechtlichen Aspekten
- Nachweis der erbrachten Leistungen für Rentenversicherungsträger
- Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Rehabilitanden
- Aussagekräftige Stellungnahme zur Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden
- Erstellung und Versendung des Reha – EB innerhalb von 14 Tagen

Erstellung des Reha – EB:

Allgemeine Voraussetzungen

- Ein Reha – EB wird in jedem Fall erstellt, auch wenn der stationäre Aufenthalt des Patienten weniger als zwei Wochen gedauert hat. (Ausnahme: Aufnahmeabbruch)
- DRV Kostenträger (Einweiser) hat Anspruch auf Reha-EB, auch wenn der Patient dies ausdrücklich verweigert



- Die Absendung des ausgedruckten ausführlichen Reha - EB erfolgt ausschließlich über den Schreibdienst
- Eine Beschreibung von z. B. Trauma (außer persönlichen Unfällen) dürfen Fremdpersonen nicht benannt werden. Hier muss Diskretion und Datenschutz besonders beachtet werden, da dies bei Behörden und Berufsgenossenschaften nicht gewährleistet werden kann.
- Es gehören keine detaillierten Informationen bei sexuellem Missbrauch in den Reha - EB
- Bei den Berufsgenossenschaften ist darauf zu achten, dass nur das Trauma erwähnt wird, für welches wir den Behandlungsauftrag haben
- Abkürzungen sind im Entlassungsbericht zu vermeiden

Spezielle Vorgaben für den Reha-EB

- Da der Reha-EB ein Teamprodukt ist, müssen eine Kalenderwoche vor Entlassung die Entlassungskriterien im Team mit dem Ass.-Arzt und OA besprochen und festgelegt werden. Hierbei ist auch auf die „Stimmigkeit im Fließtext“ zu achten (siehe Anlage: „Erläuterungen zum Diktat Reha-E-Bericht, Seite 4)
- Beim Entlassungsgespräch ist mit dem Patienten das Formular „Schweigepflichtentbindung“ durchzusprechen und nochmals zu erfragen, ob u. a. die Adresse des weiterbehandelnden Arztes richtig angegeben ist
- Der Bericht muss auf den von den Deutschen Rentenversicherungsträgern vorgegebenen Formularen erstellt werden (Internetversion),
- Bei dem Versand des Reha-EB ist Folgendes zu beachten:
Der „Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung“ dient als Grundlage. Seit dem 26.05.2008 (Rundschreiben der DRV Bund) entfällt der routinemäßige Versand von Blatt 1 an die jeweilige Krankenkasse ab sofort. Dieses Blatt verbleibt bis zur Anforderung durch den MDK der Krankenkasse im Krankenblatt. Der Schreibdienst erstellt aus den medizinischen Unterlagen der Rentenversicherer eine Kopie des Diagnoseblattes für unser Krankenblatt. Die medizinischen Unterlagen der Rentenversicherer sind mit dem Reha-EB zurückzusenden.

4.7 Notfallmanagement

4.7.1 Organmedizinisches Notfallmanagement:

Wir gehen in unserer Klinik von folgender Definition für einen organmedizinischen Notfall aus: „Situation, in der bei einer Person Vitalfunktionen ausgefallen/gestört sind oder auszufallen drohen. Wir erweitern diese Definition um unklare Situationen mit medizinischer Dringlichkeit, die unsere Behandlungsmöglichkeiten (potenziell) überschreiten.“ Diese Definition sowie unsere Vorgehensweisen sind in der Verfahrensweisung „Organmedizinischer Notfall“ festgehalten. Unter anderem finden sich dort folgende Regelungen:

Für alle Mitarbeiter, ohne Ausnahme, besteht aufgrund der Tätigkeit in einem Krankenhaus eine besondere Verpflichtung zur Hilfeleistung im Notfall (Alarmierung und



Sofortmaßnahmen inkl. Reanimation).

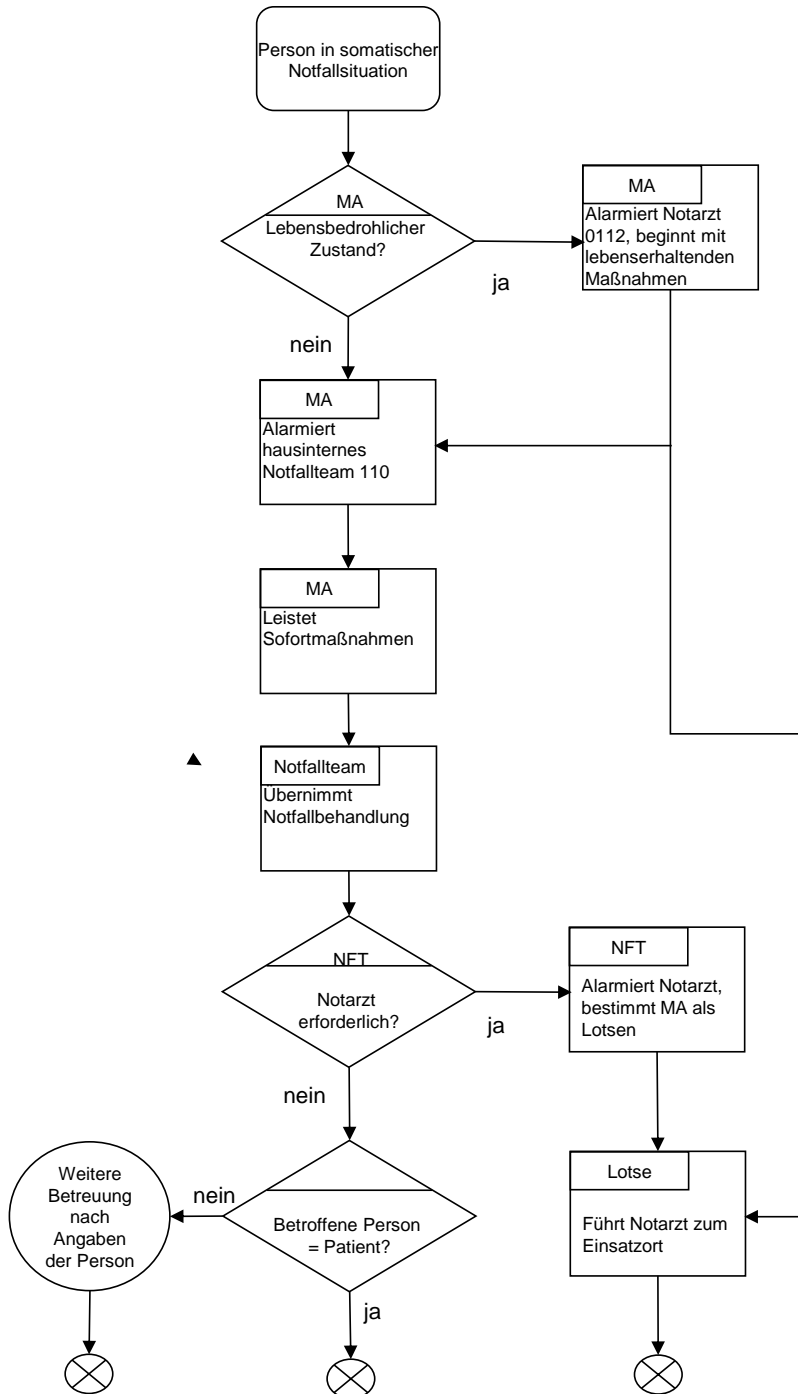
Alle Ärzte und Pflegekräfte haben die Pflicht, qualifiziert erweiterte Sofortmaßnahmen (inkl. Handling der Notfallausrüstung) durchführen zu können. Daraus ergibt sich die Verpflichtung zur jährlichen Teilnahme an den Notfallfortbildungen. Zusätzlich ist ein Notfallteam, bestehend aus dem Arzt vom Dienst und einem Pflegedienstmitarbeiter der geschützten Station installiert. Es gibt einen hausinternen telefonischen Notruf, zusätzlich können die Mitarbeiter bei bedrohlichen oder unklaren Notfällen den Rettungsdienst alarmieren. Rettungsdienst und Notarzt sind im nächstliegenden somatischen Krankenhaus in ca. 2 km Entfernung verortet.

Das Notfallteam hat die Aufgabe, zusätzliche Notfallausrüstung (Notfallkoffer und Defibrillator) zum Notfallort zu bringen und den Notfall bis zum Eintreffen des Notarztes zu koordinieren. Der uneingeschränkte Zugang zur Notfallausrüstung ist für alle Mitarbeiter gewährleistet. Es ist sichergestellt, dass Nicht-Berechtigte keinen Zugang zu den Notfallkoffern haben. Die Notfallkoffer an sich sind verplombt. Die Notfallkoffer sind auffällig gekennzeichnet; im Rahmen der Einweisung neuer Mitarbeiter werden die Standorte und der Umgang mit der Ausrüstung erläutert.



Schnittstelle/Dokument

Aktion/Erläuterung



Der Notarzt wird von den Mitarbeitern vor Ort angefordert.

Wenn der Notarzt alarmiert wurde, kümmert sich der Mitarbeiter um einen Lotsen.

Die hausinterne 110 geht an den Empfang, der Mitarbeiter dort informiert dann das Notfallteam (Station Leonhard und AVD). Falls der Empfang nicht besetzt ist, geht der Notruf direkt an Station Leonhard und der AvD wird von dort verständigt.

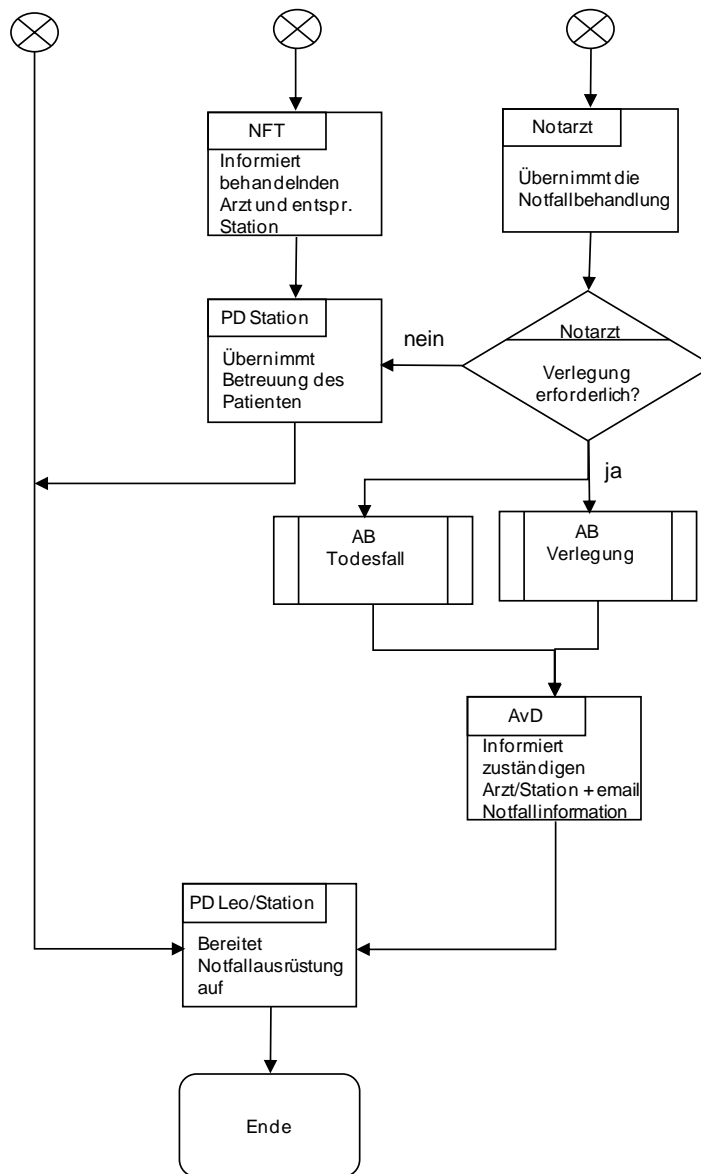
Wenn der Notarzt alarmiert wurde, bestimmt das Notfallteam (NFT) einen Lotsen.

Der Notarzt wird von den Mitarbeitern vor Ort angefordert.
Die Information über den Anfahrtsweg wird der Rettungsleitstelle bei Anforderung des Notarztes mitgeteilt.

Anfahrt Notarzt/Rettungsdienst: bei Notfällen in Haus A, B, C (Haupthaus) fährt der Notarzt / Rettungswagen über Tor 1 die Klinik an.
Haus D (Villa Sophia), Haus E (Villa Griesinger), Haus F (TK) sowie die anderen Außenhäuser werden jeweils direkt angefahren, ein Lotse erwartet die Rettungskräfte an der Straße.



Schnittstelle/Dokument



Aktion/Erläuterung

Bei Eintreffen des Notarztes übernimmt dieser das Kommando und die Verantwortung. Notfallteam bzw. AvD machen eine Übergabe und halten sich zur Unterstützung des Notarztes bereit.

Wenn eine ausreichende medizinische Behandlungsmöglichkeit in unserer Klinik besteht, entscheidet der AvD, ggf. nach Rücksprache mit dem Oberarzt bzw. Hintergrunderarzt, über das weitere Procedere und die geeignete medizinische Versorgung.

Ein Mitglied des Notfallteams begleitet den Notarzt und den Patienten zum RTW.

Nach eigenem Ermessen entscheidet der (Hintergrund-) Oberarzt, ob er die Chefärzte / Geschäftsführung zusätzlich telefonisch benachrichtigt. Stationsarzt oder AvD informieren dem angenommenen Wunsch des Patienten entsprechend, die Angehörigen. Der Pflegedienst informiert bei nächster Gelegenheit das restliche Team, Empfang und Küche, siehe AB Verlegung.

Der Inhalt der Notfallkoffer ist standardisiert und per Inhaltsverzeichnis dokumentiert. Es befindet sich jeweils ein Inhaltsverzeichnis in jedem Koffer. Für die ordnungsgemäße Bestückung und Verplombung der Notfallkoffer ist auf der jeweiligen Station ein Verantwortlicher benannt. Der Betriebsarzt steht bei der Bestückung der Notfallkoffer beratend zur Seite.

Im Rahmen der Einarbeitung sind die Ärzte und Mitarbeiter im Pflegedienst verpflichtet, sich mit den Inhalten der Notfallkoffer und der Vorgehensweise bei Notfall – EKGs vertraut zu machen. Alle Ärzte und Pflegekräfte der Klinik müssen einmal jährlich ein Notfalltraining mit dem Schwerpunkt „Reanimation“ absolvieren, beschrieben in der Verfahrensanweisung „Pflichtfortbildungen“. Die Fortbildungen werden durch einen qualifizierten Mitarbeiter der akut psychiatrischen Station organisiert und durchgeführt.



Jede Notfallsituation wird von jedem am Notfall Beteiligten möglichst direkt nach Auflösung der Notfallsituation nachbesprochen und entschieden, ob eine weitere Analyse z.B. in der Arbeitsgruppe Risiko- und Fehlermanagement (AG RFM) notwendig ist.

Jeder Beteiligte kann allerdings auch von sich eine Meldung an die AG RFM durchführen. Der Zuständige für das Notfallmanagement ist Mitglied der AG RFM und nutzt die Ergebnisse der Besprechungen und Analysen, um den Prozess weiter zu optimieren.

4.7.2 Psychiatrischer Notfall:

Wir haben im Rahmen unseres Notfallmanagements für die wichtigsten psychiatrischen Notfälle Verfahrensanweisungen erstellt und im Klinikhandbuch hinterlegt. Dazu gehören unter anderem:

- VA Notfallmanagement akut intoxikierte Patienten
- VA Notfallmanagement Umgang mit akutem selbstverletzenden Verhalten
- VA Notfallmanagement Umgang mit Suizidalität
- VA Umgang mit vermissten flüchtigen Patienten
- VA Umgang mit (fremd-)aggressivem Verhalten
- VA Zwangsmaßnahmen

In diesen Verfahrensanweisungen ist dezidiert festgelegt, wie bei psychiatrischen Notfällen vorgegangen wird. In der Regel sind Patienten, die einen solchen Notfall erleiden, nicht reha – fähig und werden auf eine geschützte, akut – psychiatrische Station verlegt.

Sollte der Patient länger als 3 Tage stationär auf der geschützten Station behandelt werden, gilt dieses als Abbruch bzw. Entlassung aus der Reha.

4.7.3 Möglichkeiten der Alarmierung

Von verschiedenen, mit einem roten Punkt gekennzeichneten Telefonen (Festnetz und Mobilteil) kann „Men-Power“ Alarm ausgelöst werden. Bei Festnetzgeräten ist der Hörer abzulegen, nach 10 Sekunden ohne Nummernwahl wird der Alarm abgesetzt. Der Alarm ist auf die Telefone des AvD, des Empfangs, des Pflegedienstes und nachts sowie am Wochenende auf den Mitarbeiter der Security aufgeschaltet. Die verständigten Mitarbeiter begeben sich umgehend auf die entsprechende Station. Bei der Meldung erscheint im Display der angewählten Apparate die Raumbezeichnung, von wo aus der Alarm ausgelöst wurde und es läuft eine Bandansage: „Notruf Raum xxx“. Der Empfang informiert zusätzlich den für die Station zuständigen Oberarzt. Bei Mobiltelefonen muss die grüne Taste „Hörer abheben“ länger gedrückt werden, da bei einem kurzen Drücken nur die Wahlwiederholung aktiviert wird. Bei „Men-Power“ Alarm über Mobiltelefone (Pflegedienst/AvD) ist die Position des Mobiltelefons nicht ersichtlich.

Mitarbeiter des Hauses, die kein gekennzeichnetes Telefon haben und potentiell fremdgefährdende Patienten bemerken, informieren über 110 den Empfang unter Angabe des Orts. Der Empfang informiert das Notfallteam und den AvD, und gibt dabei die Art des



Notfalls an. Ist zusätzlich „Menpower“ notwendig, ist diese über 110 beim Empfang anzufordern, der seinerseits weitere Mitarbeiter (i.d. Regel PD, Assistenzärzte) telefonisch anfordert.

Eine weitere Möglichkeit für Mitarbeiter, sich Hilfe zu holen, bietet die Patientenlichttrufanlage. In allen Räumen, die mit dieser Anlage ausgestattet sind, kann man durch das Drücken der grünen Anwesenheitstaste + einer roten Taste, einen Notruf auslösen. Dieser kommt auf verschiedenen Stationen an, zusätzlich blinken die Lichtsäulen in den Fluren.

Im Speisesaal befindet sich an verschiedenen Stellen ebenfalls ein roter Knopf, der an die Patientenlichttrufanlage gekoppelt ist. Wenn dieser Knopf gedrückt wird, läuft der Alarm auf den geschützten Stationen auf und die Mitarbeiter der Stationen suchen umgehend den Speisesaal auf.

In der Klinik stehen Funkgeräte zur Verfügung (siehe AA Funkgeräte), die von Mitarbeitern (insbesondere Nachtdienst/AvD/PIA) genutzt werden können, um sich damit jederzeit Hilfe holen zu können, wenn sie sich in potentiell kritische Situationen begeben. Auf den geschützten Stationen ist immer je ein Funkgerät eingeschaltet um auf eventuelle Notrufe reagieren zu können.

4.8 Angaben zur Hygiene

Das Infektionsschutzgesetz vom 20.07.2002, revidierte Fassung vom Juli 2011 (in Kraft getreten am 01.01.2001,) und die Unfallverhütungsvorschrift BGV C8 fordern für jedes Krankenhaus einen Hygieneplan.

Im Hygieneplan für die Dr. von Ehrenwall'sche Klinik sind Maßnahmen aufgeführt, die das Risiko für die Entstehung von nosokomialen Infektionen nachweislich reduzieren. Die hygienischen Verfahrensweisen für die Krankenhausbelange sind beschrieben und festgelegt. Er bildet die Grundlage für die praktische Durchsetzung der Belange der Krankenhaushygiene und soll den Mitarbeitern bei der Wahrnehmung Ihrer Verantwortung dienen.

Der Hygieneplan wurde individuell für die Dr. von Ehrenwall'sche Klinik erstellt. Der Hygieneplan hat den Charakter einer Dienstanweisung und ist somit für alle Mitarbeiter der Klinik verbindlich, er ist Teil des Klinikhandbuches und in schriftlicher Form bei dem hygienebeauftragten Arzt hinterlegt. Der Hygieneplan ist für jeden Mitarbeiter im Intranet einsehbar.

Der Hygieneplan wird jährlich einer Revision unterzogen. Die Kenntnisnahme des Hygieneplans und seiner revidierten Fassungen werden schriftlich von allen Mitarbeitern auf dem Dienstanweisungsnachweis Hygieneplan gegengezeichnet.

Die Notwendigkeit eines effizienten Hygieneregimes wird gerade erst in der heutigen Zeit speziell den Mitarbeitern von Krankenhäusern und Einrichtungen der stationären Pflege mit dem Auftreten multiresistenter Bakterien zunehmend bewusst. Darüber hinaus gilt es, die gesetzlichen Forderungen nach einem Hygieneplan gemäß Infektionsschutzgesetz in die Praxis umzusetzen. Für die Umsetzung dieser Maßnahmen sind die jeweiligen Abteilungs- und Stationsleitungen zuständig.

Der unmittelbare Vorgesetzte ist verpflichtet, seine Mitarbeiter über den Inhalt des



Hygieneplanes zu informieren und zu belehren. Außerdem ist er dafür verantwortlich, dass die Vorschriften eingehalten werden.

Produktnamen, Konzentrationen und Einwirkzeiten finden sich ausdrücklich in den Desinfektions- und Reinigungsplänen wieder, die in jedem Bereich ausgehängt sind. Auch Einwirkzeiten und Konzentrationen von Desinfektionsmitteln können sich ändern, so dass letztlich immer die Herstellerangaben zu beachten sind.

Mit der Kontrolle der Durchführung wird die Hygienefachkraft beauftragt.

Für den Bereich der Krankenhaushygiene trägt der Ärztliche Direktor die Verantwortung. Zur Unterstützung sind ihm der Hygienebeauftragte Arzt und die Hygienebeauftragten Mitarbeiter unterstellt. Als Berater dienen ein externer Krankenhaushygieniker und eine Hygienefachkraft.

Die Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes, herausgegeben als Richtlinie für Krankenhaus-hygiene und Infektionsprävention, sind in Ihrer jeweils gültigen Fassung als richtungsweisend für die Arbeit der Kommission anzusehen. Die Themenkreise der Krankenhaushygiene, des Arbeitsschutzes, der Abfallwirtschaft und des Umweltschutzes im Krankenhaus weisen Überschneidungen auf und sollten im Zusammenhang diskutiert und die Ergebnisse fach-übergreifend umgesetzt werden.

Zur Beratung und Unterstützung der Klinikleitung besteht eine Hygienekommission.

Die Ergebnisse der Hygienekommission sind der Krankenhausleitung in Form von aussagefähigen Vorlagen zuzuteilen.

Voraussetzung für ein erfolgreiches Hygienemanagement sind standardisierte Arbeitsabläufe und Verfahrensweisen, die einerseits den geltenden Gesetzen, Vorschriften und Empfehlungen von Expertenkommissionen angeglichen werden müssen und zugleich auch praktisch umsetzbar sind. Dieser Hygieneplan stellt eine Dienstanweisung dar und verfolgt das Ziel, einen gleichbleibend hohen Hygienestandard zu erreichen, als dessen Folge einer möglichst niedrigen Zahl nosokomialer Infektionen resultieren soll.

Das Hygienenetzwerk wird aus den hygienebeauftragten Mitarbeitern gebildet und soll als Schnittstelle zwischen Praxis und Hygiene dienen. Die Zusammensetzung des Hygienenetzwerks ist der aktuellen Liste zu entnehmen. Die hygienebeauftragten Mitarbeiter werden in regelmäßigen Abständen durch die Hygienefachkraft geschult und sollen die stetige Überarbeitung des Hygieneplanes und der Desinfektionspläne unterstützen. Hierdurch wird der RKI-Empfehlung (Bundesgesundheitsblatt 2009 DOI 10.1007/s00103-009-0929-y) und der Landeshygieneverordnung Rheinland-Pfalz vom 29.02.2012 Folge geleistet.

Der Hygienebeauftragte Arzt ist in fachlicher und organisatorischer Hinsicht dem Ärztlichen Direktor / Geschäftsführer der Dr. von Ehrenwall'schen Klinik zugeordnet. Zu seinen Aufgaben gehören unter anderem:

- Erfassung von Krankenhausinfektionen durch Aufzeichnung entsprechender Daten gemäß Infektionsschutzgesetz, einzuholen durch Informationen von Ärzten und Pflegepersonal, sowie durch Einsicht in die klinischen Unterlagen
- Hygienevisiten und Umgebungsuntersuchungen
- Überwachung von Pflegetechniken, z.B. Körperpflege, Verbandwechsel, Umgang mit Drainagen oder Kathetern, sowie weitere Arbeitsabläufe



- Überwachung von Reinigungstechniken, von Abläufen in der Speisezubereitung und Verteilung, bei der Wäscheversorgung sowie in sonstigen Ver- und Entsorgungsbereichen
- Erstellung und Aktualisierung des Hygieneplans und von Desinfektionsplänen
- Beratung bei hygienerelevanten Themen in der Vorbereitung von Bau- und Beschaffungsmaßnahmen
- Mitwirkung bei der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung nosokomialer Infektionen durch allgemeine und bereichsspezifische Beratung
- Unverzögliche Unterrichtung der, für die entsprechenden Bereiche Verantwortlichen über Verdachtsfälle
- Mitwirkung bei der Auswahl hygienerelevanter Verfahren und Produkte (z.B. Desinfektionsmittel, Einmalartikel, medizinisch-technische Geräte, Ver- und Entsorgungsverfahren)
- Mitarbeit in der Hygienekommission
- Fortbildung und Schulung der Mitarbeiter

Die Hygienefachkraft ist für ihre originären Aufgaben nach dieser Dienstanweisung und ihrer Stellenbeschreibung zuständig. Hygienebeauftragter Arzt und Hygienefachkraft berichten regelmäßig dem Ärztlichen Direktor über den Zustand der Klinikhygiene der Ehrenwall'schen Klinik und machen Vorschläge zu Schwerpunktuntersuchungen und erhalten von ihm Arbeitsanweisungen. Zu ihren Aufgaben gehört unter anderem:

- Zusammenarbeit mit dem beratenden Krankenhaushygieniker
- Zusammenarbeit und Abstimmung mit dem hygienebeauftragten Arzt
- Überwachung des Hygienestatus in pflegerischen, diagnostischen, therapeutischen und versorgungstechnischen Bereichen durch regelmäßige Begehung aller Bereiche der Klinik
- Bereichsspezifische Unterweisung aller Mitarbeiter über einzuleitende und durchzuführende Maßnahmen
- Überprüfung der Arbeitsmethoden und praktische Demonstration aus hygienischer Sicht
- Beratung und Überwachung der Desinfektionsmaßnahmen
- Regelmäßige Fortschreibung der Hygiene- und Desinfektionspläne unter Berücksichtigung der einschlägigen Gesetze, Verordnungen und Richtlinien
- Mitwirkung bei epidemiologischen Untersuchungen
- Mitwirkung bei Bekämpfungsmaßnahmen
- Zusammenarbeit mit den verantwortlichen Mitarbeitern der verschiedenen Klinikdienste bei der Sicherstellung der Krankenhaushygiene, sowie den Hygieneinstituten und Gesundheitsämtern, Organisation und Begleitung von Begehungen des Gesundheitsamtes
- Mitwirkung bei der Neubeschaffung von Desinfektionsmitteln, Einmalartikeln und Anlagegütern
- Beratung bei Bauplanung und baulichen Maßnahmen
- Mitwirkung bei der Schulung der Mitarbeiter der Klinik. Regelmäßig eigene Fortbildung, Studium von Fachliteratur

Der ausführliche Hygieneplan ist im Intranet hinterlegt und für alle Mitarbeiter einsehbar.



5. Dokumentation

Das Thema Dokumentation ist ausführlich in der VA Dokumentation im Klinikhandbuch dargestellt. Prinzipiell gilt:

- Eine einheitliche Handzeichen-/Unterschriftenliste wird zentral durch das Personalbüro erstellt.
- Jede Abteilungsleitung erhält eine abteilungsbezogene Kopie dieser Liste; das Original verbleibt im Personalbüro.
- Die Liste wird einmal jährlich erneuert und kontinuierlich ergänzt.
- Die alten Handzeichenlisten werden durch das Personalbüro datenschutzgerecht archiviert, so dass auch die Unterschriften ausgeschiedener Mitarbeiter nachvollziehbar bleiben.
- Die Abteilungsleiter sind dafür verantwortlich, dass Kopien der Handzeichenlisten im erforderlichen Umfang in den Bereichen vorliegen, in denen mit Handzeichen gearbeitet wird; also müssen z.B. Handzeichenlisten der medizinisch-therapeutischen Berufsgruppen auf allen Stationen vorhanden sein.
- Die Abteilungsleiter sind auch dafür verantwortlich, dass alte Handzeichenlisten unter Wahrung der Datenschutzrichtlinien vernichtet werden.
- Die Aufzeichnungen oder Vermerke in den Krankenblättern müssen zeitlich nah zu dem dokumentierten Geschehen erfolgen; eine nachträgliche Dokumentation muss als solche kenntlich gemacht werden.
- Leerräume in den Aufzeichnungen (Pflegebericht/medizinischer Verlaufsbogen) sind zu vermeiden oder durchzustreichen
- Mitpatienten dürfen in der Patientendokumentation nicht namentlich erwähnt werden, auch keine Daten, die auf deren Identität schließen lassen
- In den Aufzeichnungen (Pflegebericht/medizinischer Verlaufsbogen) sollen keine dritten Personen namentlich erwähnt werden, ggf. werden sinnhafte Abkürzungen(AvD=Arzt vom Dienst) verwendet (Übersicht Abkürzungen KHB 3.8.)
- Datum und Handzeichen sind immer erforderlich
- kein Tipp-Ex benutzen, nicht überkleben, nicht ausradieren, nicht das original Geschriebene durch Korrekturen unleserlich machen,
- Fehleinträge einfach durchstreichen , mit Datum und Handzeichen kennzeichnen
- nur dokumentenechte Kugelschreiber benutzen, d.h. keine Tinte, keinen Bleistift benutzen

Ziel ist die vollständige Dokumentation aller relevanten Daten, bezogen auf den Patientenverlauf, von der Aufnahme bis zur Entlassung, sicherzustellen. Aus diesem Grund sind folgende Punkte zu beachten:

- die wesentlichen Patientendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Station) müssen in jedem Formular eingetragen sein → Patientenetikett verwenden
- es muss erkennbar sein wer, was, warum, wie, wann wie lange und wie oft bei der Behandlung / Versorgung am Patienten geleistet hat
- es gilt dabei lesbar, verständlich, aussagekräftig, übersichtlich, wertneutral, d.h. im



Berichtstil, zeitnah, knapp und präzise, mit allen relevanten Informationen zu dokumentieren

- Umgang mit Abkürzungen:
- Innerhalb der medizinisch/therapeutisch/pflegerischen Dokumentation sollen neben allgemeingültigen Abkürzungen wie kg, cm, § etc. nur die im Haus vereinbarten dokumentationsbezogenen Abkürzungen verwendet werden. „Übersicht Abkürzungen“ KHB 3.8.und Intranet

Nicht gestattet ist:

- eigen kreierte Abkürzungen zu verwenden (LG für Lebensgefährte)
- Symptome nicht auszuschreiben
- Medikation abzukürzen (PCM wg. KS)
- Diagnosen abzukürzen, ICD-10 Code verwenden (HI = Herzinfarkt, Hirninfarkt)
- Abteilungsinterne Abkürzungen können verwendet werden, wenn sie hinterlegt sind

Die Dokumentation behandlungsrelevanter Daten wird in der Patientenakte zusammengeführt, diese entsteht nach der Entlassung aus Krankenblatt, Patientenkurve und Verwaltungsakte. Das Krankenblatt befindet sich in der Verantwortung des Stationsarztes. Die Patientenkurve heftet der Pflegedienst nach Entlassung des Patienten so zusammen, dass sich die jeweilig aktuellen Blätter immer oben befinden und gibt die Unterlagen an den Stationsarzt. Dieser fügt Krankenblatt und Patientenkurve zusammen, sortiert nach der in der Checkliste „Krankenblattsortierung“ (KHB 4.1.4) vorgegebenen Reihenfolge und vernichtet datenschutzgerecht nicht relevante Unterlagen. Die Verwaltungsakte enthält abrechnungsrelevante Daten und vervollständigt später im Archiv die Patientenakte.

6. Angaben zum Datenschutz

Der Datenschutz liegt in der Verantwortung des Datenschutzbeauftragten, dem innerhalb unseres Datenschutzmanagements eine zentrale Rolle zukommt. In der Ausübung seiner Tätigkeit ist er weisungsfrei und gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet, sowie der Geschäftsführung direkt unterstellt. Die Aufgabe des Datenschutzbeauftragten ist es, die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften in der Dr. von Ehrenwall'schen Klinik zu unterstützen und zu überwachen, sowie die Rechte der Personen, deren Daten in der Dr. von Ehrenwall'schen Klinik erhoben und verarbeitet werden, sicher zu stellen.

Dadurch, dass unser Krankenhaus einschließlich unserer Reha-Abteilung ein in starkem Maße arbeitsteiliges Unternehmen ist, müssen viele Personen Informationen über den Patienten erhalten, um diesen bestmöglich behandeln und versorgen zu können. Diagnostik, Therapie, Pflege und Nachsorge werden durch ein Mischsystem aus automatisierter und nicht automatisierter Datenverarbeitung unterstützt. Umso mehr ist es uns wichtig, dass bei der Erhebung und Verarbeitung der sensiblen Patientendaten mit besonderer Sorgfalt gehandelt wird. Den Grundsatz unseres Leitbildes, jeden Menschen in seiner Einzigartigkeit zu respektieren, verwirklichen wir auch bei der Verarbeitung personenbezogener Patienten- und Mitarbeiterdaten. Die Einhaltung der Rechte auf



Auskunft, Einwand, Akteneinsicht, Benachrichtigung, Datenkorrektur, Datensperrung sowie Datenlöschung ist für alle an diesem Prozess Beteiligten handlungsweisend. Durch das öffentliche Verfahrensverzeichnis werden unsere Datenverarbeitungsvorgänge für jedermann nach außen hin transparent gemacht. Unser Konzept, hinterlegt im Klinikhandbuch stellt somit eine verbindliche Handlungsgrundlage für alle Berufsgruppen, die mit personenbezogenen Daten arbeiten, dar und soll unsere Mitarbeiter zum datenschutzkonformen Umgang mit personenbezogenen Daten motivieren und sensibilisieren.

7. Qualitätssicherung

Die Dr. von Ehrenwall'sche Klinik hat bereits 2005 ein klinikübergreifendes Qualitätsmanagement installiert. Die Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) sind für die operative QM-Arbeit qualifiziert und zuständig. Sie koordinieren in Abstimmung mit der Geschäftsführung und der Steuerungsgruppe alle qualitätssichernden Maßnahmen sowie die interne und externe Kommunikation QM-relevanter Inhalte. Die Ablauforganisation der Klinik ist in Form einer Prozesslandkarte grafisch dargestellt. Hierbei unterscheiden wir in Führungsprozesse, behandlungsbezogene Prozesse (Kernprozesse) und unterstützende Prozesse. Die einzelnen Prozesse sind als Flussdiagramm, Tabelle oder in Textform entweder als Ablaufbeschreibung dargestellt oder in eine Verfahrensanweisung eingebettet. Sämtliche Prozesse werden im Rahmen der Dokumentenlenkung, anhand der Qualitätszielmatrix (= Zusammenfassung u.a. von Prozesskennzahlen) sowie anhand von Prozessaudits überprüft. Bestandteil der Prozessaudits ist auch, potenzielle Fehlerquellen im Prozess zu identifizieren und insbesondere bei vorhandenen Risikoaspekten Korrekturmaßnahmen vorzuschlagen bzw. einzuleiten. Ggf. wird die AG Risiko – und Fehlermanagement zur detaillierten Ursachenanalyse hinzugezogen. Wesentliches Instrument des Qualitätsmanagements ist das Klinikhandbuch, eine systematische Sammlung aller aktuell geltenden (Vorgabe-) Dokumente. In ihm sind also die wesentlichen qualitätsrelevanten Prozesse beschrieben, ergänzt durch Dienstanweisungen, Leitlinien und Pflegestandards. Das Klinikhandbuch wird im Intranet kommuniziert.

Die Abteilung Rehabilitation hat ein eigenes Kapitel innerhalb des Klinikhandbuchs, allerdings nur auf die behandlungsspezifischen, bzw. Reha - spezifischen Prozesse bezogen. Alle Vorgabedokumente, die sich auf Führungsprozesse wie z.B. Personalplanung oder Mitarbeiterführung beziehen, sowie alle Vorgaben bezüglich der unterstützenden Prozesse gelten klinikübergreifend und sind für die Abteilung Rehabilitation nicht separat beschrieben.

Der Chefarzt der Reha-Abteilung ist Mitglied der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V. Der Oberarzt der Reha-Abteilung ist Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften. Dadurch findet ein regelhafter fachlicher Austausch unter Experten statt.

Der Chefarzt der Reha-Abteilung ist ständiges Mitglied in der Steuerungsgruppe, dem wichtigsten Gremium im Rahmen des Qualitätsmanagements (siehe QM-Konzept). Der Chefarzt ist qualifizierter interner Auditor und hat Erfahrung als QM-Beauftragter. Dadurch



ist sichergestellt, dass die besonderen QM-Anliegen der Abteilung bei allen Prozessen berücksichtigt und dargestellt werden.

Erste Qualitätsziele für die Rehabilitation sind formuliert und in der Qualitätszielmatrix dargestellt, weitere bereichsspezifische Qualitätsziele werden erarbeitet. Bei der Auswertung der kontinuierlichen Patientenbefragung wird der Bereich Reha separat dargestellt, um gezielte Verbesserungsmaßnahmen im Sinne der Rehabilitanden herauszufinden und umzusetzen. Dazu dient als weiteres Instrument das Vorschlags- und Beschwerdewesen, auch hier findet die Auswertung stationsbezogen statt. Zusätzlich ist eine Befragung der Kostenträger, also Rentenversicherungen, im Sinne einer Ermittlung von Kundenzufriedenheit, installiert worden.

Im Rahmen der internen Qualitätssicherung finden regelhaft interne Audits statt, zum einen stations- oder bereichsbezogen, zum anderen als bereichsübergreifende Prozessaudits. Die Reha-Stationen werden innerhalb von drei Jahren einmal gezielt auditiert und darüber hinaus werden die Mitarbeiter zu den Prozessaudits eingeladen, bei denen es rehaspezifische Besonderheiten gibt. Die aus den Audits abgeleiteten Maßnahmen sind ein wesentlicher Bestandteil des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

Der Reha-Bereich ist explizit bei der jährlichen Managementbewertung berücksichtigt. Das Reha-Konzept an sich wird einmal jährlich vom Chef- und Oberarzt der Abteilung aktualisiert. Dabei werden sowohl klinikinterne Veränderungen als auch neue wissenschaftliche Erkenntnisse sowie geänderte Leitlinien und Vorgaben berücksichtigt.

Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen sind für unseren Leistungsbereich nicht vorgesehen.

8. Forschungsaktivitäten

Der Oberarzt der Fachabteilung ist seit April 2018 auch Beauftragter im regionalen BGM der Stadt Bad Neuenahr-Ahrweiler und leitet das monatliche Netzwerktreffen, genannt „Jour Fixe“ in den Räumen der Klinik mit jeweils wechselnden Impulsreferaten zu modernen Präventions- und „New Work“ Themen. Teilnehmer sind interessierte Führungskräfte, Personaler, Berater, Coache und Mitarbeiter der Region und der Klinik und natürlich auch interessierte Patienten, Rehabilitanden der Klinik. Hier steht der wertschätzende Austausch z.T. sehr unterschiedlicher Erwerbstätiger im Vordergrund, aber auch die Suche nach neuen, möglichst gemeinsamen Lösungen (Entwicklung eines praktikablen Konzeptes zur partizipativen Prävention).

Konkrete Forschungsaktivitäten

- 1.) Hieraus hat sich die AG Präventionsforschung gebildet, die den Fragebogen zur Erwartungshaltung an ein modernes BGM entwickelt hat, siehe Anlage. Dieser Fragebogen wird auch mit den Rehabilitanden diskutiert und von einigen anonym ausgefüllt, zurückgegeben. Ab einer Anzahl von N = 100 wird die erste Auswertung erfolgen und ebenfalls mit den Rehabilitanden besprochen werden. Geplant ist, diesen Effekt (Ex-Rehabilitanden werden zu Ermutigern einer modernen BGM-Kultur) zukünftig so intensiv zu erforschen, wie es ohne Drittmittel möglich ist. Der Arbeitstitel dieser Forschungsaktivitäten lautet: „Ehemalige Rehabilitanden als Ermutiger moderner BGM-Kultur in den eigenen Unternehmen“.



- 2.) Auch aus dem Netzwerktreffen und unserem Möglichkeitsraum hat sich das Engagement zur Gruppe „Essenskultur“ entwickelt, die einen ernährungsberatenden – mit einem erlebnispädagogischen und auch einem suchttherapeutischen Ansatz zu verbinden sucht. Diese Entwicklung ist gerade (Februar 2019) angelaufen und wird entsprechend evaluiert werden. Arbeitstitel: „Essenskultur als niederschwelliger, erlebnispädagogischer Ansatz in der Gesundheitsprävention der Adipositas.“



9. Abkürzungsverzeichnis

AA	Arbeitsanweisung
AÄ	Assistenzärzte
AB	Ablaufbeschreibung
AG	Arbeitgeber oder Arbeitsgruppe
AG RFM	Arbeitsgruppe Risiko- und Fehlermanagement
ALG 1+2	Arbeitslosengeld 1+2
AvD	Arzt vom Dienst
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BMI	Body – Mass – Index
CA / CÄ	Chefarzt / Chefärztin
DRV	Deutsche Rentenversicherung
E - Brief	Ausführlicher Entlassungsbrief
E (eingekreist)	Entlassung
GDB	Grad der Behinderung
HA	Hausarzt
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten
IFD	Integrationsfachdienst
KAB	Kurzarztbrief
KB	Krankenblatt
KHB	Klinikhandbuch
KTl	Klassifikation therapeutischer Leistungen
NA	Neuaufnahme
ND	Nachtdienst (Pflege)
NZ	Neuzugang
NZV	Neuzugang - Visite
OA / OÄ	Oberarzt / Oberärztin
Pat.	Patient
PD	Pflegedienst
QM	Qualitätsmanagement
QMB	Qualitätsmanagement – Beauftragte
Reha - EB	Reha - Entlassbericht
RKI	Robert – Koch – Institut
SD	Spätdienst aber auch Sozialdienst
SGB	Sozial – Gesetz – Buch
VA	Verfahrensanweisung
VDK	Verband deutscher Kriegsversehrter
VG	Villa Griesinger (Reha – Abteilung)



10.Literaturverzeichnis

Kontinuierlicher Bezug der Zeitschrift „Die Rehabilitation“ Thieme Verlag,
aus dieser aktuell diese Publikation:

Senin T und Meyer T: „Selbstbestimmung in der medizinischen Rehabilitation – Erstellung eines konzeptuellen Modells zur weiteren theoretischen Diskussion.“ Rehabilitation 2019; 58: 15-23

- Badura B et al.: Fehlzeiten-Report 2009: Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. Springer Verlag 2009
- Badura B et al.: Fehlzeiten-Report 2013: Verdammt zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft? Springer Verlag 2013
- Badura B et al.: Fehlzeiten-Report 2018: Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit. Springer Verlag 2018
- Jork K, Peseschkian N: Salutogenese und Positive Psychotherapie. Verlag Hans Huber 2003
- Rebscher H et al.: Präventionsmanagement in Gesundheitssystemen. Medhochzwei 2016
- Badura B et al.: Betriebliche Gesundheitspolitik. Springer 2010
- Schermuly C: New Work – Gute Arbeit gestalten. Haufe 2016
- Hackl B et al.: New Work: auf dem Weg zur neuen Arbeitswelt. SpringerGabler 2017
- Scharmer O: Theorie U – von der Zukunft her führen. Carl-Auer Verlag 2007
- Mehl K: Erfahrungsorientierte Therapie. Integrative Psychotherapie und moderne Psychosomatik. Springer 2017
- Zeuch A und Poersch M: Partizipatives betriebliches Gesundheitsmanagement. In: Hänsel et al (Hrsg): CSR und gesunde Führung. Wertorientierte Unternehmensführung und organisationelle Resilienzsteigerung. SpringerGabler 2016 S. 265-276
- Linden M et al.: Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Huber 2015
- Rössler W: Psychiatrische Rehabilitation. Springer 2004
- Bürger w: Arbeit, Psychosomatik und medizinische Rehabilitation. Band 44 der Reihe Rehabilitation herausgegeben von Prof. U. Koch. Huber 1997
- Finzen A: Warum werden unsere Kranken eigentlich wieder gesund? Räsonieren über das Heilen. Psychiatrie verlag 2002



11. Mustertherapiepläne

Max Mustermann, Aufenthalt 04.02. – 22.02.2019

1. Woche

Montag, 4. Februar 2019

09:00 - 10:00	Pflegerisches Aufnahmegespräch Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
11:00 - 11:30	Psychotherapeutische Intervention Frau xxx	Psychologe 2 Villa Griesinger, E117
14:00 - 15:00	Ärztliches Aufnahmegespräch Frau xxx	
15:20 - 15:50	Sozialdienstberatung Frau xxx	Sozialdienst, A407
16:00 - 16:15	Pflegerisches Gespräch Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001

Dienstag, 5. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
07:30 - 08:15	Blutabnahme Frau xxx bitte nüchtern und vor der Medikamenteneinnahme	Labor, Haus C, Keller
08:45 - 09:00	Walkinggruppe Infotermin Herr xxx	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
09:00 - 10:00	Walking Herr xxx	
10:15 - 10:30	Neuzugangsvisite Stationsarzt/Oberarzt/Psychologe	Psychologe 2 Villa Griesinger, E117
11:30 - 11:45	Ergotherapie Vorgespräch Frau xxx	Funktionsraum , E014
13:00 - 13:20	Zusatzangebot Rotlicht,	
14:30 - 15:30	Pflegemaßnahme Pflegedienst Villa Griesinger	Villa Griesinger, E012
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001

Mittwoch, 6. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
08:45 - 10:00	Sporttherapiegruppe Frau xxx	Mehrzweckhalle, Haus I
11:00 - 11:45	Zusatzangebot: freies Schwimmen	
13:15 - 13:30	Cogpack Einweisung Frau xxx	Cogpackraum , A411
13:30 - 14:20	Cogpack Gruppe Frau xxx	Cogpackraum , A411
14:45 - 16:00	Ergotherapie kreativ Frau xxx	Ergotherapie , B004
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001



Donnerstag, 7. Februar 2019		
07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
08:45 - 10:00	Ergotherapie kreativ Frau xxx	Funktionsraum , E014
10:45 - 11:45	Reha Gesundheit und Leistung Gruppe Herr xxx	Funktionsraum , E014
13:30 - 13:50	Zusatzangebot Rotlicht	
14:00 - 14:50	Cogpack Gruppe Frau xxx	Cogpackraum , A411
16:30 - 17:00	Patientenbegrüßung Klinikleitung	Tagungsraum, B009
17:00 - 17:30	Stationsrunde Gruppe Pflegedienst Villa Griesinger	Funktionsraum , E014
17:30 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
Freitag, 8. Februar 2019		
07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
08:45 - 10:00	Sporttherapiegruppe Frau xxx	Haus I Mehrzweckhalle
10:30 - 10:50	Arzttermin Frau xxx	
12:55 - 13:40	Zusatzangebot: freies Schwimmen	
15:00 - 16:00	Pflegemaßnahme Pflegedienst Villa Griesinger	Aufenthaltsraum Villa Griesinger, E012
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
Samstag, 9. Februar 2019		
08:15 - 09:00	Vitalzeichen- & Gewichtskontrolle Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
10:15 - 11:45	Kolloquium: Gesundheit am Arbeitsplatz Frau xxx	A 400
13:00 - 13:20	Zusatzangebot Rotlicht	
13:30 - 14:30	Zusatzangebot: freies Schwimmen	
Sonntag, 10. Februar 2019		
08:15 - 09:00	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
10:15 - 15:45	Zusatzangebote innerhalb der Öffnungszeiten der Sport-, Physio- und Körpertherapie	



Max Mustermann, Aufenthalt 04.02. – 22.02.2019

2. Woche

Montag, 11. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
08:45 - 10:00	Sporttherapiegruppe Frau xxx	Mehrzweckhalle, Haus I Mehrzweckhalle
10:30 - 10:50	Zusatzangebot Rotlicht	
13:00 - 13:50	Cogpack Gruppe Frau xxx	Cogpackraum , A411
14:00 - 15:00	Pflegemaßnahme Pflegedienst Villa Griesinger	Aufenthaltsraum Villa Griesinger, E012
17:30 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001

Dienstag, 12. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
08:45 - 10:00	Ergotherapie kreativ Frau xxx	Funktionsraum , E014
10:30 - 11:15	Wassergymnastik Frau xxx	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
13:00 - 13:50	Cogpack Gruppe Frau xxx	Cogpackraum , A411
14:00 - 14:20	Arzttermin Frau xxx	
15:30 - 16:00	Jacobson Training Gruppe Frau xxx	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001

Mittwoch, 13. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
08:45 - 10:00	Sporttherapiegruppe Frau xxx	Haus I Mehrzweckhalle
11:00 - 11:45	Zusatzangebot: freies Schwimmen	
13:30 - 14:20	Cogpack Gruppe Frau xxx	Cogpackraum , A411
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001


Donnerstag, 14. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
08:45 - 10:00	Ergotherapie kreativ Frau xxx	Funktionsraum , E014
10:30 - 10:50	Zusatzangebot Rotlicht,	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
11:00 - 11:30	Psychotherapeutische Intervention Frau xxx	
14:00 - 15:00	Pflegemaßnahme Pflegedienst Villa Griesinger	Aufenthaltsraum Villa Griesinger, E012
17:00 - 17:30	Stationsrunde Gruppe Pflegedienst Villa Griesinger	Funktionsraum , E014
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001

Freitag, 15. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
09:15 - 09:30	Chefarzt-Visite Chefarzt/Stationsarzt	Arzt 1 Villa Griesinger, E114
10:30 - 11:20	Cogpack Gruppe Frau xxx	Cogpackraum , A411
12:55 - 13:15	Zusatzangebot Rotlicht	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
14:30 - 15:00	Jacobson Training Gruppe Herr xxx	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001

Samstag, 16. Februar 2019

08:15 - 09:00	Vitalzeichen- & Gewichtskontrolle Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
09:00 - 10:00	Walking Frau xxx	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
11:00 - 11:45	Zusatzangebot: freies Schwimmen	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie

Sonntag, 17. Februar 2019

08:15 - 09:00	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
10:15 - 15:45	Zusatzangebote innerhalb der Öffnungszeiten der Sport-, Physio-und Körpertherapie	



Max Mustermann, Aufenthalt 04.02. – 22.02.2019

3. Woche

Montag, 18. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
08:45 - 10:00	Sporttherapiegruppe Frau xxx	Mehrzweckhalle, Haus I
10:30 - 11:00	Psychotherapeutische Intervention Frau xxx	
13:00 - 13:50	Cogpack Gruppe Frau xxx	Cogpackraum, A411
14:00 - 15:00	Pflegemaßnahme Pflegedienst Villa Griesinger	Aufenthaltsraum Villa Griesinger, E012
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001

Dienstag, 19. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
09:00 - 10:00	Walking Herr xxx	Anmeldung Sport-Physio-Körpertherapie
10:30 - 11:15	Wassergymnastik Frau xxx	Anmeldung Sport-Physio-Körpertherapie
13:15 - 14:30	Ergotherapie kreativ Frau xxx	Funktionsraum , E014
15:30 - 16:00	Jacobson Training Gruppe Frau xxx	Anmeldung Sport-Physio-Körpertherapie
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001

Mittwoch, 20. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
08:45 - 10:00	Sporttherapiegruppe Frau xxx	Mehrzweckhalle, Haus I
13:15 - 14:05	Cogpack Gruppe Frau xxx	Cogpackraum, A411
14:45 - 15:15	Sozialdienstberatung Frau xxx	Sozialdienst, A407
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001


Donnerstag, 21. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
08:30 - 09:45	Ergotherapie kreativ Frau xxx	Funktionsraum , E014
09:45 - 10:05	Ergotherapie Abschlussgespräch Frau xxx	Funktionsraum , E014
10:05 - 10:25	Arzttermin Frau xxx	Arzt 2 Villa Griesinger, E002
13:30 - 14:30	Pflegemaßnahme Pflegedienst Villa Griesinger	Aufenthaltsraum Villa Griesinger, E012
15:50 - 16:10	Pflegerisches Entlassungsgespräch Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
17:00 - 17:30	Stationsrunde Gruppe Pflegedienst Villa Griesinger	Funktionsraum , E014
17:30 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001

Freitag, 22. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
08:55 - 09:55	Entlassung Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001



Plan 2 Testus Testmann, Aufenthalt 04.02. – 22.02.2019

1. Woche

Montag, 4. Februar 2019

10:35 - 11:35	Pflegerisches Aufnahmegespräch Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienstbüro Villa Griesinger, E013
11:40 - 12:40	Ärztliches Aufnahmegespräch Frau xxx	
15:40 - 15:55	Pflegerisches Gespräch Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001

Dienstag, 5. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
07:30 - 08:15	Blutabnahme Frau xxx bitte nüchtern und vor der Medikamenteneinnahme	Labor, Haus C, Keller
09:30 - 09:45	Neuzugangsvsited Oberarzt/Stationsarzt	
10:00 - 11:00	Psychoedukative Gruppe Frau xxx	Psychologe 2 Villa Griesinger, E117 Aufenthaltsraum Villa Griesinger, E012
12:00 - 12:20	Zusatzangebot Rotlicht	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
13:30 - 13:45	Ergotherapie Vorgespräch Frau xxx	Funktionsraum , E014
14:30 - 15:30	Pflegemaßnahme Pflegedienst Villa Griesinger	Aufenthaltsraum Villa Griesinger, E012
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001

Mittwoch, 6. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
08:40 - 09:30	Neuropsychologisches Training Frau xxx	Penthouse West, C403
13:30 - 14:15	Zusatzangebot: freies Schwimmen	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
14:45 - 16:00	Ergotherapie kreativ Frau xxx	Funktionsraum , E014
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001


Donnerstag, 7. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
08:40 - 09:30	Neuropsychologisches Training Frau xxx	Penthouse West, C403
10:00 - 11:00	Psychoedukative Gruppe Frau xxx	Aufenthaltsraum Villa Griesinger, 11:30 - 12:00 Qi Gong Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
	bequeme Kleidung, Socken	
13:00 - 13:20	Kriseninterventionelle Behandlung Frau xxx	Psychologe 2 Villa Griesinger, E117
13:30 - 14:00	Sporttherapiegruppe Frau xxx	Mehrzweckhalle, Haus I
	bequeme Sportkleidung, Sportschuhe	
14:30 - 14:50	Zusatzangebot Rotlicht,	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
16:30 - 17:00	Patientenbegrüßung Klinikleitung	Tagungsraum, B009
17:00 - 17:30	Stationsrunde Gruppe Pflegedienst Villa Griesinger	Funktionsraum , E014
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001

Freitag, 8. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
08:45 - 10:00	Ergotherapie kreativ Frau xxx	Funktionsraum , E014
11:00 - 11:20	Arzttermin Frau xxx	
13:15 - 13:45	Sporttherapiegruppe Frau xxx	Mehrzweckhalle, Haus I
	bequeme Sportkleidung, Sportschuhe	
15:00 - 16:00	Pflegemaßnahme Pflegedienst Villa Griesinger	Aufenthaltsraum Villa Griesinger, E012
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001

Samstag, 9. Februar 2019

08:15 - 09:00	Vitalzeichen- & Gewichtskontrolle Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
09:45 - 10:05	Zusatzangebot Rotlicht,	
13:30 - 14:30	Zusatzangebot: freies Schwimmen	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie

Sonntag, 10. Februar 2019

08:15 - 09:00	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
13:30 - 14:45	Zusatzangebot: freies Schwimmen	Anmeldung Sport-Physio-


Plan 2 Testus Testmann, Aufenthalt 04.02. – 22.02.2019:
2. Woche

Montag, 11. Februar 2019		
07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
08:40 - 09:30	Neuropsychologisches Training Frau xxx	Penthouse West, C403
10:15 - 11:30	Ergotherapie kreativ Frau xxx	Ergotherapie , B004
13:00 - 13:30	Sozialdienstberatung Frau xxx	Sozialdienst, A407
14:00 - 15:00	Pflegemaßnahme Pflegedienst Villa Griesinger Gruppe SST Reha	Aufenthaltsraum Villa Griesinger, E012
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
Dienstag, 12. Februar 2019		
07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
09:00 - 09:20	Zusatzangebot Rotlicht	
10:00 - 10:30	Psychotherapeutische Intervention Frau xxx	
13:15 - 13:45	Sporttherapiegruppe Frau xxx Bequeme Sportkleidung, Sportschuhe	Mehrzweckhalle,
14:20 - 15:05	Zusatzangebot: freies Schwimmen	Anmeldung Sport-Physio Körpertherapie
15:30 - 16:00	Jacobson Training Gruppe Frau xxx	-
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
Mittwoch, 13. Februar 2019		
07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
08:40 - 09:30	Neuropsychologisches Training Frau xxx	Penthouse West, C403
11:35 - 11:55	<u>Zusatzangebot Rotlicht, keine Terminvereinbarung nötig</u>	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
14:45 - 16:00	Ergotherapie kreativ Frau xxx	Ergotherapie , B004
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001


Donnerstag, 14. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
08:40 - 09:30	Neuropsychologisches Training Frau xxx	Penthouse West, C403
09:40 - 10:10	Arzttermin Frau xxx	
11:30 - 12:00	Qi Gong Frau xxx	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
14:00 - 15:00	Pflegemaßnahme Pflegedienst Villa Griesinger	Aufenthaltsraum Villa Griesinger, E012
	Gruppe SST Reha	
15:30 - 16:15	Zusatzangebot: freies Schwimmen	
17:00 - 17:30	Stationsrunde Gruppe Pflegedienst Villa Griesinger	Funktionsraum , E014
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001

Freitag, 15. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
09:45 - 10:15	Chefarzt-Visite Frau Dr. xxx	Arzt 1 Villa Griesinger, E114
11:25 - 11:45	Zusatzangebot Rotlicht	
13:15 - 13:45	Sporttherapiegruppe Frau xxx bequeme Sportkleidung, Sportschuhe	Haus I Mehrzweckhalle
14:30 - 15:00	Jacobson Training Gruppe Herr xxx	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001

Samstag, 16. Februar 2019

08:15 - 09:00	Vitalzeichen- & Gewichtskontrolle Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
10:30 - 11:45	Kolloquium: Wissenswertes zum Thema Stress A 400 Frau xxx	
13:00 - 14:00	freiwilliges Zusatzangebot: Sporttherapie Frau xxx	Mehrzweckhalle, Haus I Mehrzweckhalle

Sonntag, 17. Februar 2019

08:15 - 09:00	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
10:15 - 15:45	Zusatzangebote innerhalb der Öffnungszeiten der Sport-, Physio-und Körpertherapie	



Plan 2 Testus Testmann, Aufenthalt 04.02. – 22.02.2019:

3. Woche

Montag, 18. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
08:40 - 09:30	Neuropsychologisches Training Frau xxx	Penthouse West, C403
10:15 - 11:30	Ergotherapie kreativ Frau xxx	Funktionsraum , E014
14:00 - 15:00	Pflegemaßnahme Pflegedienst Villa Griesinger Gruppe SST Reha	Aufenthaltsraum Villa Griesinger, E012
15:50 - 16:35	Zusatzangebot: freies Schwimmen	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001

Dienstag, 19. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
09:35 - 10:05	Psychotherapeutische Intervention Frau xxx	
13:15 - 13:45	Qi Gong Frau xxx	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
14:05 - 14:25	Zusatzangebot Rotlicht	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
15:30 - 16:00	Jacobson Training Gruppe Frau xxx	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001

Mittwoch, 20. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
08:40 - 09:30	Neuropsychologisches Training Frau xxx	Penthouse West, C403
10:30 - 11:15	Zusatzangebot: freies Schwimmen	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
14:45 - 15:15	Sporttherapiegruppe	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie



	Frau xxx	Haus I Mehrzweckhalle
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
Donnerstag, 21. Februar 2019		
07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
08:40 - 09:30	Neuropsychologisches Training Frau xxx	Penthouse West, C403
09:45 - 10:05	Arzttermin/Abschlussgespräch Frau xxx	Arzt 2 Villa Griesinger, E002
10:15 - 11:30	Ergotherapie kreativ Frau xxx	Funktionsraum , E014
11:30 - 11:50	Ergotherapie Abschlussgespräch Frau xxx	Funktionsraum , E014
13:30 - 14:30	Pflegemaßnahme Pflegedienst Villa Griesinger	Aufenthaltsraum Villa Griesinger, E012
15:05 - 15:25	Gruppe SST Reha Pflegerisches Entlassungsgespräch Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
16:00 - 16:20	Zusatzangebot Rotlicht	Anmeldung Sport- Physio- Körpertherapie
17:00 - 17:30	Stationsrunde Gruppe Pflegedienst Villa Griesinger	Funktionsraum , E014
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
Freitag, 22. Februar 2019		
07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
08:50 - 09:50	Entlassung Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001


Plan 3 Toni Mustermann, Aufenthalt 04.02. – 22.02.2019:
1. Woche
Montag, 4. Februar 2019

09:30 - 10:30	Pflegerisches Aufnahmegespräch Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienstbüro Villa Griesinger, E013
13:00 - 14:00	Ärztliches Aufnahmegespräch Frau xxx	
16:15 - 16:30	Pflegerisches Gespräch Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001

Dienstag, 5. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
07:30 - 08:15	Blutabnahme Frau xxx bitte nüchtern und vor der Medikamenteneinnahme	Labor, Haus C, Keller
09:30 - 09:45	Neuzugangsvisite Stationsarzt/Oberarzt	Arzt 2 Villa Griesinger, E002
11:00 - 11:15	Fahradergometertraining Fahradergometertraining, Einweisung Gruppe Frau xxx	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
13:00 - 13:15	Ergotherapie Vorgespräch Frau xxx	Funktionsraum , E014
14:30 - 15:30	Pflegemaßnahme Pflegedienst Villa Griesinger	Aufenthaltsraum Villa Griesinger, E012
16:00 - 16:45	Zusatzangebot: freies Schwimmen	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001

Mittwoch, 6. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
08:30 - 09:15	Wassergymnastik Frau xxx	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
11:00 - 11:20	Fahradergometertraining Zusatzangebot: Fahrradergometertraining	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
14:45 - 16:00	Ergotherapie kreativ Frau xxx	Ergotherapie , B004
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001

Donnerstag, 7. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
---------------	---	-------------------------------------



09:30 - 09:50	Arzttermin Frau xxx	
10:45 - 11:45	Reha Gesundheit und Leistung Gruppe Herr xxx	Funktionsraum , E014
13:45 - 14:00	Cogpack Einweisung Frau xxx	Cogpackraum , A411
14:00 - 14:50	Cogpack Gruppe Frau xxx	Cogpackraum , A411
16:30 - 17:00	Patientenbegrüßung Klinikleitung	Tagungsraum, B009
17:00 - 17:30	Stationsrunde Gruppe Pflegedienst Villa Griesinger	Funktionsraum , E014
17:30 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
Freitag, 8. Februar 2019		
07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
08:45 - 10:00	Ergotherapie kreativ Frau xxx	Funktionsraum , E014
10:30 - 11:20	Cogpack Gruppe Frau xxx	Cogpackraum , A411
13:15 - 13:45	Sporttherapiegruppe Frau xxx	Mehrzweckhalle, Haus I Mehrzweckhalle
14:00 - 14:20	Zusatzangebot: Fahrradergometertraining,	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
15:00 - 16:00	Pflegemaßnahme Pflegedienst Villa Griesinger	Aufenthaltsraum Villa Griesinger, E012
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
Samstag, 9. Februar 2019		
08:15 - 09:00	Vitalzeichen- & Gewichtskontrolle Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
10:30 - 11:45	Kolloquium: Einfluss eigener negativer Selbstannahmen Frau xxx	A 400
13:00 - 13:20	Zusatzangebot: Fahrradergometertraining,	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
13:25 - 14:45	Zusatzangebot: freies Schwimmen	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
Sonntag, 10. Februar 2019		
08:15 - 09:00	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
10:15 - 15:45	Zusatzangebote innerhalb der Öffnungszeiten der Sport-, Physio- und Körpertherapie	


Plan 3 Toni Mustermann, Aufenthalt 04.02. – 22.02.2019:
2. Woche
Montag, 11. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
08:45 - 10:00	Ergotherapie kreativ Frau xxx	Funktionsraum , E014
10:25 - 10:45	Arzttermin Frau xxx	
13:00 - 13:50	Cogpack Gruppe Frau xxx	Cogpackraum, A411
14:00 - 15:00	Pflegemaßnahme Pflegedienst Villa Griesinger	Aufenthaltsraum Villa Griesinger, E012
16:05 - 16:25	Zusatzangebot: Fahrradergometertraining	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001

Dienstag, 12. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
09:15 - 10:00	Zusatzangebot: freies Schwimmen	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
13:00 - 13:50	Cogpack Gruppe Frau xxx	Cogpackraum, A411
15:30 - 16:00	Jacobson Training Gruppe Frau xxx	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001

Mittwoch, 13. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
08:30 - 09:15	Wassergymnastik Frau xxx	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
11:35 - 11:55	Zusatzangebot: Fahrradergometertraining	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
13:30 - 14:20	Cogpack Gruppe Frau xxx	Cogpackraum, A411
14:45 - 16:00	Ergotherapie kreativ Frau xxx	Ergotherapie , B004
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001


Donnerstag, 14. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
09:00 - 09:45	Zusatzangebot: freies Schwimmen	
10:00 - 10:30	Psychotherapeutische Intervention Frau xxx	
13:30 - 14:00	Sporttherapiegruppe Frau xxx	Haus I Mehrzweckhalle
14:00 - 15:00	Pflegemaßnahme Pflegedienst Villa Griesinger	Aufenthaltsraum Villa Griesinger, E012
17:00 - 17:30	Stationsrunde Gruppe Pflegedienst Villa Griesinger	Funktionsraum , E014
17:30 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001

Freitag, 15. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
09:30 - 09:45	Chefarzt-Visite Frau Dr. xxx	Arzt 1 Villa Griesinger, E114
10:30 - 11:20	Cogpack Gruppe Frau xxx	Cogpackraum, A411
13:15 - 13:45	Sporttherapiegruppe Frau xxx	Mehrzweckhalle, Haus I
14:30 - 15:00	Jacobson Training Gruppe Herr xxx	
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001

Samstag, 16. Februar 2019

08:15 - 09:00	Vitalzeichen- & Gewichtskontrolle Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
11:00 - 11:45	Wassergymnastik Frau xxx	Anmeldung Sport-Physio-Körpertherapie
13:00 - 14:00	freiwilliges Zusatzangebot: Sporttherapie Frau xxx	Mehrzweckhalle

Sonntag, 17. Februar 2019

08:15 - 09:00	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
10:15 - 15:45	Zusatzangebote innerhalb der Öffnungszeiten der Sport-, Physio- und Körpertherapie	


Plan 3 Toni Mustermann, Aufenthalt 04.02. – 22.02.2019:
3. Woche

Montag, 18. Februar 2019		
07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
08:45 - 10:00	Ergotherapie kreativ Frau xxx	Funktionsraum , E014
11:00 - 11:30	Psychotherapeutische Intervention Frau xxx	
13:00 - 13:50	Cogpack Gruppe Frau xxx	Cogpackraum , A411
14:00 - 15:00	Pflegemaßnahme Pflegedienst Villa Griesinger	Aufenthaltsraum Villa Griesinger, E012
15:50 - 16:10	Zusatzangebot: Fahrradergometertraining,	
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
Dienstag, 19. Februar 2019		
07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
10:35 - 10:55	Zusatzangebot: Fahrradergometertraining,	
11:15 - 12:00	Zusatzangebot: freies Schwimmen	
13:15 - 14:30	Ergotherapie kreativ Frau xxx	Funktionsraum , E014
14:30 - 14:50	Ergotherapie Abschlussgespräch Frau xxx	Funktionsraum , E014
15:30 - 16:00	Jacobson Training Gruppe Frau xxx	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
Mittwoch, 20. Februar 2019		
07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
08:30 - 09:15	Wassergymnastik Frau xxx	Anmeldung Sport-Physio- Körpertherapie
13:15 - 14:05	Cogpack Gruppe Frau xxx	Cogpackraum , A411
14:45 - 15:15	Sporttherapiegruppe Frau xxx	Mehrzweckhalle, Haus I
15:30 - 16:00	Sozialdienstberatung Frau xxx	Sozialdienst, A407
17:00 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001


Donnerstag, 21. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
09:00 - 09:45	Zusatzangebot: freies Schwimmen	
10:30 - 10:50	Arzttermin Frau xxx	Villa Griesinger, E002
11:30 - 11:50	Zusatzangebot: Fahrradergometertraining	Anmeldung Sport- Physio- Körpertherapie
13:30 - 14:30	Pflegemaßnahme Pflegedienst Villa Griesinger	Aufenthaltsraum Villa Griesinger, E012
15:30 - 15:50	Pflegerisches Entlassungsgespräch Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
17:00 - 17:30	Stationsrunde Gruppe Pflegedienst Villa Griesinger	Funktionsraum , E014
17:30 - 17:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001

Freitag, 22. Februar 2019

07:15 - 07:45	Pflegedienstkontakt Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001
09:40 - 10:40	Entlassung Pflegedienst Villa Griesinger	Pflegedienst Villa Griesinger, E001



Teil II: Besondere Konzepte:

1.1 Reha-spezifisches Leitbildverständnis

Auf der Basis des Klinikleitbildes (Innovation – Integration – Individualität) haben wir berufsgruppenübergreifend für die Abteilung Rehabilitation folgendes Verständnis entwickelt:



Innovation: Unser Reha-Konzept basiert auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Dazu gehören neben den medizinischen Grundlagen die Maßnahmen zur Verbesserung der Krankheitsbewältigung und der funktionalen Gesundheit (ICF) und zunehmend die moderne MBOR-Strategie der Deutschen Rentenversicherer (Maßnahmen für ein modernes medizinisch-beruflich orientiertes Reha-Konzept).

Integration: Wir sind davon überzeugt, dass Produktivität und Teilhabe eine der wichtigsten Grundlagen für Gesundheit sind. Gleichzeitig wissen wir, dass Gesundheit eine der wichtigsten Grundlagen für Produktivität und Teilhabe ist, weil wir alle unsere Kräfte benötigen, um erfolgreich Aktivitäten und Beziehungen zu gestalten. Innerhalb dieser Dynamik verstehen wir die psychotherapeutische Beratung als Empowerment (Hilfe zur Selbsthilfe) zur Entfaltung der individuellen Potenziale unserer Rehabilitanden.

Neben unserem berufsgruppenübergreifenden integrativen Behandlungsansatz verwirklichen wir den Aspekt der Integration auch darin, auf Wunsch des Rehabilitanden seine Bezugspersonen, seien es Angehörige oder Betreuer, in die Rehabilitation einzubeziehen.

Individualität: Die Individualität des Rehabilitanden zu wahren und zu fördern bedeutet für uns, im Rahmen der institutionellen Gegebenheiten, die individuellen Ressourcen zu erhalten und zu unterstützen. Wir gehen auf die verschiedenen Bedürfnisse und Sorgen unserer Rehabilitanden ein und berücksichtigen die kulturelle und soziale Umwelt des



Rehabilitanden. Dies erreichen wir durch eine konzeptbasierte Therapieplanung mit individueller Schwerpunktsetzung.



1.2 Verfahrensanweisung Entlassmanagement

A) Zweck und Ziele

Mit § 11 Abs. 4 SGB V ist bereits 2007 ein Rechtsanspruch des Versicherten auf ein Versorgungsmanagement eingeführt worden, mit dem alle Leistungserbringer, also Vertragsärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen verpflichtet werden, für eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten zu sorgen.

Das Entlassungsmanagement als Pflichtleistung der Krankenhäuser wurde durch die letzten Ergänzungen des § 39 Abs. 1 SGB V im Jahr 2017 nochmals vom Gesetzgeber hervorgehoben. Es ist damit ausdrücklich Teil der Krankenhausbehandlung und automatischer Bestandteil des Behandlungsvertrages.

In dieser VA ist das Entlassmanagement der Dr. von Ehrenwall'schen Klinik mit folgender Zielsetzung geregelt:

- Jeder Patient/Rehabilitand mit diesbezüglichem Bedarf erhält das Angebot eines unterstützenden Entlassmanagements zur Sicherung der Anschlussversorgung
- Die Entlassplanung erfolgt frühzeitig, strukturiert und umfassend
- Die Entlassplanung erfolgt als interprofessionelle Aufgabe, in die jede Berufsgruppe ihre Kompetenzen einbringt
- Es erfolgt eine Festlegung der Schritte der strukturierten Zusammenarbeit und der notwendigen Informationsflüsse intern/extern unter Einbeziehung von Patient/Rehabilitand und externen Dritten

B) Geltungsbereich

Diese Verfahrensanweisung ist für alle mit der Behandlung der Patienten/Rehabilitanden befassten Mitarbeiter bindend.

C) Begriffe und Abkürzungen

OA Oberarzt

SD Sozialdienst

PD Pflegedienst

WAV Wiederaufnahmevereinbarung

D) Verantwortung / Zuständigkeiten

Die übergeordnete Verantwortung für das Entlassmanagement obliegt der Chefärztin. Jeder Mitarbeiter der beteiligten Berufsgruppen ist verantwortlich im Rahmen seiner fachlichen Kompetenzen, Aufgaben und Zuständigkeiten.

E) Verfahren / Vorgehensweise

E 1. Ermittlung des individuellen Unterstützungsbedarfs



Das Entlassmanagement beginnt mit Aufnahme des Patienten/Rehabilitanden. Im Rahmen des pflegerischen, ärztlichen und therapeutischen Aufnahmegesprächs wird der mögliche Bedarf an Unterstützung im Rahmen der Entlassplanung erfragt.

Bei der administrativen Aufnahme wird der Patient mit einem bundeseinheitlichen Informationsschreiben über das Entlassmanagement (1a) nach §39 SGB V aufgeklärt. Dieses ist vom Patienten zu unterschreiben und wird in der Kurve abgelegt. Bei Notaufnahmen erledigt dies der Pflegedienst.

E2. Sonderformen der Entlassung:

Neben der regulären, geplanten Entlassung kann es aus verschiedenen Gründen auch zu ungeplanten Entlassungen kommen. Der Patient kann auf eine vorzeitige Entlassung drängen oder sich selbst entlassen (in dem er der Klinik fern bleibt) oder das Verhalten des Patienten kann eine disziplinarische Entlassung nach sich ziehen. In diesen Fällen wird das Entlassmanagement der aktuellen Situation angepasst unter Berücksichtigung folgender Aspekte:

Wahrung der Sicherheit von Patient und Umfeld

Berücksichtigung der rechtlichen Aspekte bei vorzeitiger Entlassung

Abklärung und ggf. Initiierung von Weiterbetreuungsbedarf

Information weiterbetreuender Institutionen/Personen spätestens am Entlasstag (Kurzarztbrief ggf. faxen)

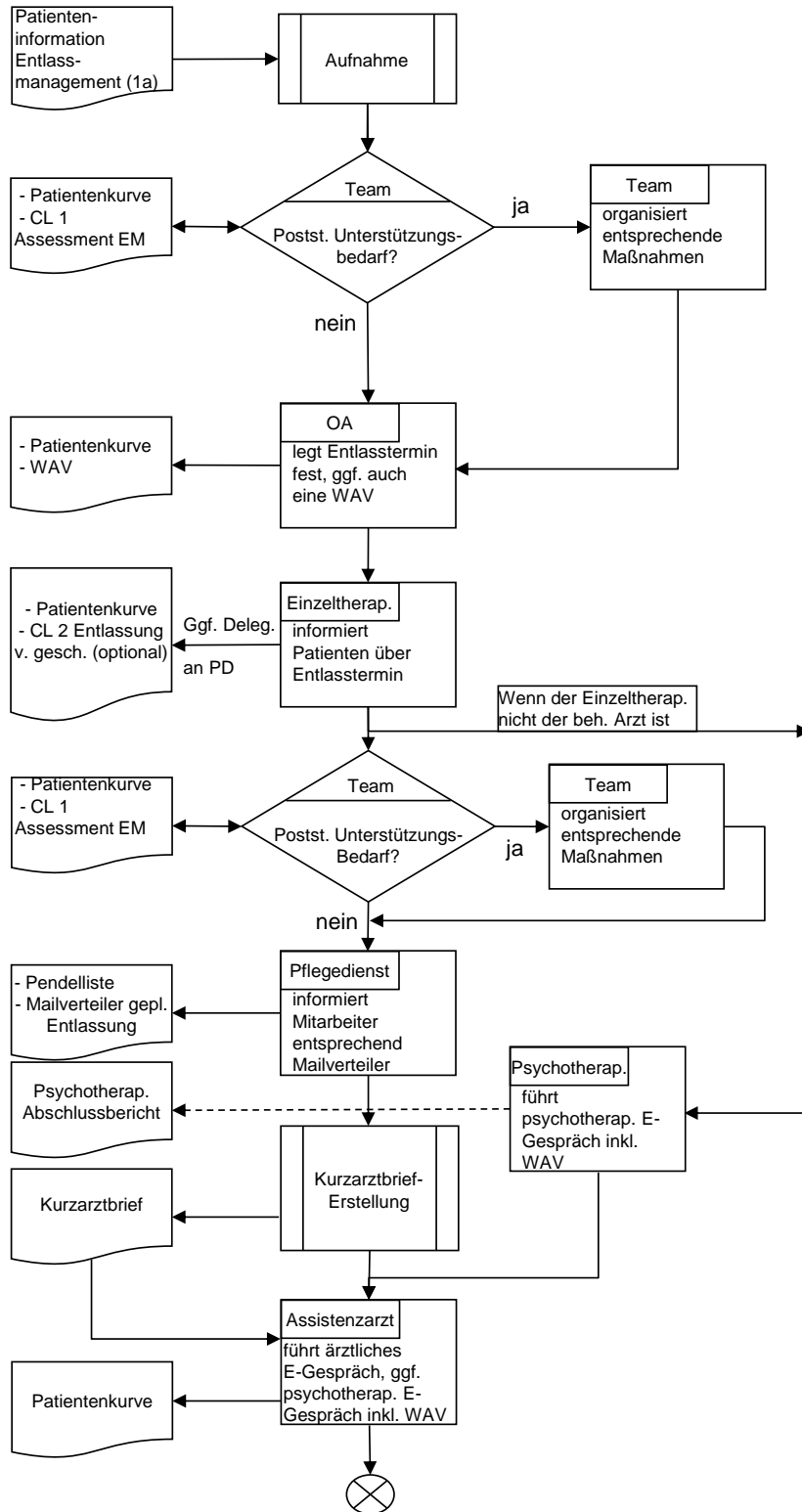
Disziplinarische Entlassungen sind das „Mittel der letzten Wahl“ und sollen sicherstellen, dass die Haus- bzw. Stationsordnung eingehalten und damit der Hausfrieden gewahrt bleibt. Die Gründe für eine disziplinarische Entlassung werden mit dem Patienten besprochen, weitere Behandlungsperspektive aufgezeigt, ggf. kann eine Wiederaufnahme vereinbart – oder aber ein Hausverbot ausgesprochen werden.

Der Anspruch auf ein Entlassmanagement nach §39 SGB V besteht nur bei regulärer Entlassung.



E3. Entlass - Planung:

Schnittstelle/Dokument



Aktion/Erläuterung

Bei der pfl. und ärztl. Aufnahme wird der poststationäre Unterstützungsbedarf ermittelt (insb. auf Stamblatt und Schweigepflichtentbindung). Im Rahmen der Neuzugangsvsited wird u.U. bereits die Aufenthaltsdauer geplant.

Team: Die Entlassplanung und der poststationäre Unterstützungsbedarf werden anhand der CL 1 Assessments zum Entlassmanagement überprüft. Ergibt sich ein Bedarf nach §39 SGB V, nimmt der Sozialdienst Kontakt zum Patienten auf und lässt sich die bundeseinheitliche Einwilligungserklärung zum Entlassmanagement (1b) unterschreiben. Ggf. werden weitere konkrete Aufgaben an den Pat. und verschiedene Berufsgruppen verteilt.

Die Checkliste Entlassung v. geschützten Stationen steht allen an der Entlassung Beteiligten zur Verfügung. (Arzt, Pflegedienst, Sek.)

Team: Interne Absprache der Aufgabenübernahme

- Beispielsweise:**
- Sozialdienst:** informiert den Betreuer
- Pflegedienst:** Informiert Wohn Einrichtung
- Arzt:** Informiert Weiterbehandler
- Pflegedienst bei PIA-Patienten:** Der PD vereinbart für den Patienten einen Termin mit dem PIA-Sekretariat per Mail und erinnert den Patienten an: Kurzarztbrief mit Laborbefund, Krankenversicherungskarte.
- Überprüfung der Dokumentation auf Vollständigkeit!**

Im Kurzarztbrief ist eine Stellungnahme zur Klinischen Sozialarbeit enthalten.

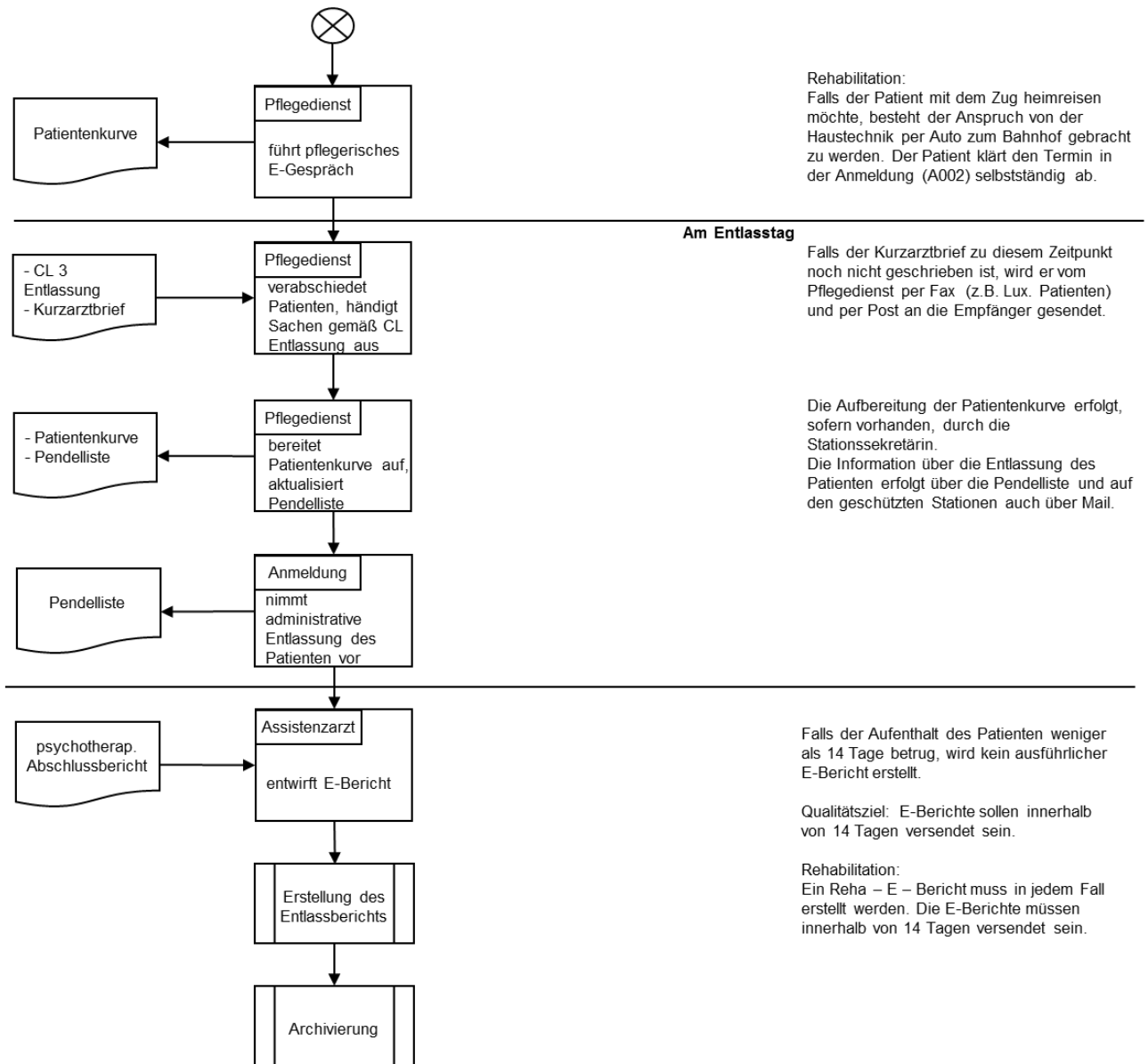
Im E-Gespräch wird dem Patienten der Kurzarztbrief erläutert und ggf. Anpassungen vorgenommen. Der Assistenzarzt vergewissert sich, ob die ambulante Weiterversorgung des Patienten gem. §39 SGB V gewährleistet ist.

Geschützt: Zudem klärt der Ass. Arzt die Themen ‚Suizidalität‘ und ‚Eigen- und Fremdgefährdung‘ ab.



Schnittstelle/Dokument

Aktion/Erläuterung



F) Dokumentation

- Patientenakte
- SD-Doku in SD-Akte



1.3 Behandlungskonzept Rehabilitation: Affektive und phobische Störungen

1. Initiale Überprüfung der Reha-Fähigkeit

Die erste Einschätzung zur Rehafähigkeit beginnt mit dem Erstkontakt und führt zu der Entscheidung, ob die ausführliche Anamnese durch Arzt und Pflegedienst erfolgen kann.

Durch den Pflegedienst:

- ausreichende Kommunikation in deutscher Sprache möglich?
- basale Selbstständigkeit inklusive „Speisesaalfähigkeit“
- das Vertrauen zum PD ist ausreichend gegeben
- der Rehabilitand kann sich ausreichend an Absprachen halten
- Erläuterungen zum grundsätzlichen Tagesablauf werden verstanden und umgesetzt
- Bei Verdacht: Drogenscreening negativ? (bei positivem Drogenscreening wird von mindestens kritischem Missbrauch in den letzten Tagen ausgegangen und die Reha nicht angetreten)

Durch den ärztlichen Dienst:

- die führende Diagnose ist passend gestellt, oder kann im Aufnahmegespräch (bzw. in der Facharztzugangsvs. abschließend gestellt werden
- Die Grundstimmung und Affektivität des Rehabilitanden muss eine strukturierte Anamnese spätestens in 2 Terminen möglich erscheinen lassen.
- Der Rehabilitand kann sich glaubhaft von akuter Suizidalität distanzieren
- Der Rehabilitand hat keine kurative Behandlungserwartung

2. Aufnahme

2.1. Überprüfung der Zuweisungsdiagnose und Differenzialdiagnose

- Zum psychopathologischen Befund: Stimmung und affektive Schwingungsfähigkeit auch in unbeobachteten Momenten, z.B. im Kontakt mit den Mitrehabilitanden,
- Exploration der Thymoleptika mit individuell bester Wirkung und evtl. NW
- Exploration von Frühwarnsymptomen und eigenverantwortlichen Bewältigungsfähigkeiten

2.2. Anamnese und Untersuchungen

Siehe Reha-Aufnahmebögen (m/w)

3. Indikationsspezifische Rehabilitationsziele

Vorbemerkungen:

Bei der Vielzahl psychopathologischer Symptome und der Vielzahl individueller Kombinationsmöglichkeiten in dieser Indikationsgruppe werden exemplarisch einige Rehazielle vorgestellt.

In der praktischen Umsetzung des ICF-Konzeptes in dieser Indikationsgruppe betrachten wir indikationsspezifischen Funktions- und Fähigkeitsstörungen häufig gleichzeitig ohne scharfe Trennung zueinander. Dieser pragmatische Ansatz ist methodenunabhängig, und erscheint für eine methodenintegrative Behandlungsgestaltung besonders geeignet.



Beispiel 1: (Verhaltenstherapeutischer Ansatz): An indikationsspezifischen Funktionsstörungen sind besonders bedeutend: formale Denkstörungen (z.B.: defizitorientierte Grübeleien und dysfunktionale Gedanken), Gedächtnisstörungen und Schlafstörungen. An indikationsspezifischen Fähigkeitsstörungen sind von großer Bedeutung die dysfunktionalen Verhaltensmuster auch in der Beziehungsgestaltung, die sich häufig aus den dysfunktionalen Denkmustern (und den unkorrigierten überlernten Beziehungserfahrungen) ergeben.

Beispiel 2: (psychodynamischer Ansatz nach OPD): Indikationsspezifische Funktionsstörungen sind beispielsweise „Beziehung“ und „Struktur“ (Achse II und IV nach OPD), etwa:

(a) in der Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung, (b) in der Steuerung des Selbst und der Beziehungen. Indikationsspezifische Fähigkeitsstörungen sind häufig eine mangelnde Abgrenzungsfähigkeit und ein selbstunsicheres Verhalten infolge geringen Selbstwertes. Auch in diesem Fall resultieren die Fähigkeitsstörungen aus den Funktionsstörungen.

Für beide unterschiedlichen psychotherapeutischen Behandlungsmethoden (und den integrativen Behandlungsansatz) kann man deshalb im Sinne eines pragmatischen indikationsspezifischen Reha-Behandlungskonzeptes feststellen:

Die indikationsspezifischen Fähigkeitsstörungen, etwa in der Beziehungsgestaltung, entsprechen Epiphänomenen der tieferliegenden Funktionsstörungen, welche je nach angewandter Methodik zu entsprechenden Behandlungskonzepten führen können. In einem integrativen Ansatz kann deshalb eine indikationsspezifische Fähigkeitsstörung (mit der zugrunde liegenden Funktionsstörung) sowohl verhaltenstherapeutisch-kognitiv, als auch psychodynamisch-strukturfördernd anbehandelt werden.

Wichtige indikationsspezifische Rehazielen sind in diesem, Verständnis:

(a) Für Funktionen und Aktivitäten (bzw. Fähigkeiten)

- Allgemeine und grundlegende Förderung der Introspektionsfähigkeit mit Erkennen, Differenzieren und Benennen wichtiger intrapsychischer Zustände, etwa grundlegende Stimmung, aber auch dysfunktionales Grübeln, unüberprüfte Interpretationen von Verhaltensweisen anderer Menschen usw.
- Kenntnis und erste Anwendungserfahrung im Grübelstopp (Wechsel vom defizitorientierten zum lösungsorientierten Denkmuster) durch unterschiedliche Techniken (z.B.: ressourcenangepasste Rituale)
- Insbesondere Introspektionsfähigkeit für die (unbewusste) Gestaltung des Selbstwertes, z.B. durch abwertende Äußerungen, defizitorientierte Selbstwahrnehmung usw.
- Achtsamere Selbstwertgestaltung, etwa durch bewussten Umgang mit Selbstkritik, etwa durch die Arbeit mit dem „inneren Team“ nach SCHULZ von THUN
- Introspektionsfähigkeit für die eigene Beziehungsgestaltung z.B. auf der Verhaltensebene insbesondere für die aktuellen Beziehungen während der Reha mit Ermutigung zur selbstbestimmteren Beziehungsgestaltung. Etwa:



Akzeptanz eigener Distanzierungsprobleme mit nachfolgenden gezielten Abgrenzungsversuchen

- Introspektionsfähigkeit für die Andersartigkeit der Beziehungspartner und Fördern der „sozialen Kompetenz“ im Umgang mit unterschiedlichen Menschen. Zusätzlich die Ermutigung die eigene Beziehungsgestaltung mit Blick auf die Andersartigkeit des Mitmenschen bewusster zu gestalten
- Introspektionsfähigkeit für konkrete Funktionen und resultierende Fähigkeiten, etwa der Angstkontrolle, der Fähigkeit persönliche Angsthierarchien aufbauen zu können und selbstständig Angstdesensibilisierungsübungen zu planen und durchzuführen
- Introspektionsfähigkeit für realistische Medikamentenwirkungen und Nebenwirkungen zur Complianceförderung sinnvoller Psychopharmakotherapie.
- Achtsamkeit für einen genussorientierten Lebensstil im salutogenetischen Sinne
- Ausreichende Konzentrationsfähigkeit, Motivation und Durchhaltevermögen insbesondere für Gruppenveranstaltungen, auch um positive Bewältigungserfahrungen zu erleben

(b) Für Teilhabe in Lebenssituationen und Lebensbereiche

- Zunächst fördern der Teilhabe an den indikationsspezifischen Gruppenangeboten (z.B.: Gruppe „Gesundheit und Leistung“, Ergotherapie- und Sportgruppen) insbesondere bei Teilhabe-Anfangsproblemen, wie Unpünktlichkeit, Vermeidungsmotiven und Motivationsproblemen, aber auch logistischen Problemen (z.B.: Terminüberschneidungen). Die Aufnahme von Gruppenveranstaltungen bedeutet für nicht wenige Rehabilitanden einen ungewohnten und ggf. schwierig zu vollziehenden Schritt, bei dem naturgemäß indikationsspezifische Funktions- und Fähigkeitsstörungen häufig entscheidend sind. Deshalb sind vielfältige Hilfestellungen, meistens im Sinne motivierender und ermutigender Gespräche sinnvoll und häufig hilfreich.
- Später, wenn möglich, ermutigen und fördern der Teilhabe an dem indikationsunspezifischen allgemeinen freiwilligen Therapiezusatzprogramm. Hierzu werden spezifische logistische und motivationelle Hilfestellungen gegeben, die je nach Rehabilitand integrativ auch in Einzelgesprächen oder im Anschluss an Gruppen geführt werden.
- Eine weitere Teilhabeebene wird nur indirekt angeboten: die Teilhabemöglichkeit auf einer „erwachsenen“ gesellschaftlichen Interaktionsebene zur Tatsache des Reha-Aufenthaltes. Alle Rehabilitanden haben die Möglichkeit der Anregung von Ideen, Verbesserungen und dem Äußern von Beschwerden auch über ein offizielles Verfahren. Sie werden im Gespräch mit den Teammitgliedern im Bedarf in der Regel dazu ermutigt, diesen offiziellen Weg zu beschreiten. Wenn Sie dies namentlich und rechtzeitig vor Ende der Reha tun, können die Rehabilitanden erleben, dass Ihre Anregungen ernst genommen werden, bearbeitet werden und ggfs sogar etwas bewirken. Dies wird in einem sachlichen (nicht therapeutischen!) Gesprächssetting vermittelt.



- In all diesen Teilhabesituationen können die Rehabilitanden idealerweise übergreifend neue, hilfreiche und die alten Lebenserfahrungen korrigierende Erfahrungen (z.B. Beziehungserfahrungen) erleben → 1. Transferstufe der indikationsspezifischen Funktions- und Fähigkeitsbehandlungsziele.

(c) Für Teilhabe mit besondere Interaktion von Kontextfaktoren

- Anregung, Motivation und ggfs sozialdienstliche Unterstützung bei der nachhaltigen Planung bestimmter Teilhabeprojekte im privaten Bereich: etwa Suche eines passenden Vereines, Sportangebotes in der Heimat, oder VHS-Veranstaltungen (z.B. Deutschkurse)
- Anregung, Motivation und ggfs sozialdienstliche Unterstützung bei der nachhaltigen Planung bestimmter Teilhabeprojekte im beruflichen Bereich: etwa Unterstützung durch Integrationsfachdienst, Auswahl einer berufl. Fördereinrichtungen usw.
- Intensivere Interventionen für Teilhabeprojekte im beruflichen Bereich, etwa Vorbereitung eines anstehenden Gespräches mit dem Vorgesetzten, dem Betriebsarzt bei arbeitsbedingten Themen (Problemen, Arbeitsplatzkonflikten usw.). Diese Gespräche können ggfs teilweise coachenden Charakter erhalten. Dies entspricht der Umsetzung unseres MBOR-Konzeptes und stellt die → 2. Transferstufe der indikationsspezifischen Funktions- und Fähigkeits-behandlungsziele dar.
- In all diesen Teilhabesituationen sind bestimmte spezifische Umweltfaktoren zu berücksichtigen, die manchmal sogar verändert werden können - und personenspezifische Faktoren. Bei den personenspezifischen Faktoren sind die Motivations- und Willensaspekte – sofern sie von den indikationsspezifischen Funktions- und Fähigkeitsstörungen getrennt werden können, intensiv zu berücksichtigen.

3.1. Individuelle Rehazielle

Individuelle Rehazielle entsprechen der intrinsischen Motivation des Rehabilitanden zur Rehabilitation, indem sie seine ganz persönlichen Wunschvorstellungen ausdrücken. Diese gewünschten, erhofften Rehazielle können passend oder ergänzend zu den indikationsspezifischen Rehazielen ausfallen oder auch konträr hierzu. Unabhängig von dem Realitätsgrad der individuellen Rehazielle stellen sie jedoch immer die ursprüngliche Motivation des Rehabilitanden zur Rehabilitation dar. Deshalb ist es für das Behandlungsteam von entscheidender Bedeutung, diese intrinsische Motivation für eigene Rehazielle als Grundlage für die gemeinsame Formulierung realistischer und passender indikationsspezifischer Rehazielle zu kennen und zu nutzen.

3.2. Gemeinsam abgesehene Rehazielle

Das Behandlungsteam und hier federführend der Stationsarzt mit Unterstützung des Oberarztes kondensieren mit dem Rehabilitanden in der ersten Woche gemeinsame Rehazielle aus den passenden indikationsspezifischen und individuellen Zielen. Die so gemeinsam gefundenen Ziele werden von beiden auf dem Formular „Rehazielle“ festgehalten und von beiden unterschrieben. Dieser Prozess der gemeinsamen Rehaziellabesprache ist nach unserem Verständnis ein wesentlicher Teil einer modernen, empowerment fördernden Rehabilitation und wird mit dem Rehabilitanden als gleich



berechtigtem Partner geführt. Dabei gilt uns der Leitsatz, lieber weniger und konkrete Rehazielen, als viele unrealistische.

Anmerkung: Das Rehazielen der Leistungsbegutachtung besteht immer, wird aber nur auf ausdrücklichen Wunsch des Rehabilitanden auch auf diesem Formular notiert.

4. Multimodales Therapiekonzept

Alle indikationsspezifischen Behandlungskonzepte sind multimodal. Dies bedeutet für uns, dass immer verschiedene Professionen (Ärzte, Psychologen, Pflegedienst, Ergotherapeuten, Sport- und Physiotherapeuten und Sozialpädagogen) in einem ärztlich geleiteten Behandlungsteam idealerweise gleichberechtigt mit dem Rehabilitanden arbeiten und dies gleichzeitig mit einem hohen Grad an interner Kommunikation tun. Damit dies hypothesengeleitet und zielorientiert erfolgt, werden die wesentlichen Behandlungsziele initial in Absprache mit dem Rehabilitanden (fachärztlich, ggfs unter Einbeziehung des gesamten Teams) formuliert und dann multimodal und möglichst gleichzeitig verfolgt, so dass sich Wirksynergien ergeben können.

Ausgehend vom bio-psycho-sozialen Kontext, den individuellen Reha-Zielen und der aktuellen beruflichen Motivationslage (Haltung- vs. Handlungsorientierung nach KUHL) werden die Rehabilitationsziele möglichst patientenindividuell durch das multimodale Behandlungskonzept verfolgt. Dabei kann das multimodale Therapiekonzept auf der ICF-Konzeptebene verbleiben, oder auch zusätzlich in die MBOR-Konzeptebene hineinreichen, wenn sehr arbeits- oder berufsspezifische Themen im Vordergrund der gemeinsamen Zielplanung von Rehabilitand und Stationsteam VG stehen.

Die indikationsspezifischen Voraussetzungen für eine Therapieplanung auf MBOR-Konzeptebene sind eine vergleichsweise höhere kognitive und emotionale Belastbarkeit, sowie eine höhere Bereitschaft und Fähigkeit, sich belastenden beruflichen Problemen mit einem lösungssuchenden Blick zu nähern. insbesondere jedoch ein stabilerer Selbstwert. Dann können fokussierende, coachende Elemente, z.B. Überforderung durch eigenen Arbeitsstil, problematische Erwerbsbeziehungen, typische Arbeitsstressoren, in das ärztliche oder psychologische Einzelgespräch integriert werden.

Therapiemodule	Indikationsspezifische Ausgestaltung
Psychotherapeutische Beratung, ggf. fokussierende Psychotherapie, fokussierendes Coaching	Diese wird hauptsächlich in den geplanten ärztlichen und psychologischen Einzelgesprächen i.d.R. mit integrativer Methodik unterschiedlicher Gewichtung umgesetzt Außerplanmäßige ärztliche/psychologische Krisengespräche gemäß der individuellen indikationsspezifischen Ziele gehören ebenfalls in dieses Therapiemodul. Expositionstrainings können im Einzelfall integriert werden.
Indikative Gruppe bei Komorbidität	Teilnahmemöglichkeit an der Suchtpräventionsgruppe, Selbstsicherheitstraining
Aktivitätsaufbau	Sozialtherapeutische Einzelbetreuung, Bewegung und Sport in der Freizeit, Stationsablauf- und Alltag strukturierende Gruppe (Stationsrunde), weitere vielfältige Freizeitangebote (wechselnd)
Psychoedukation	z.B. Ernährungsberatung einzeln



Entspannungstechniken	Progressive Relaxation nach Jacobson, oder/und individuell im ärztlich-psychologischen Gespräch im Sinne von Suche und Anwendung individueller Stabilisierungstechniken bei indikationsspezifischen Symptomen, etwa Grübeln
Bewegungstherapie	Spielorientierte Sport- und Bewegungstherapie, Muskelaufbautraining, sonstige Physiotherapie im Bewegungsbad in der Gruppe und andere mehr
Gesundheitsbildung	Seminar zur Gesundheitsförderung Modul „Gesundheit und Leistung“
Künstlerische Therapie	Zusatzangebot „offenes Atelier“ der Kunsttherapie
Ergotherapie	Produktorientiertes Arbeiten in der Gruppe, ggf. Einzelinterventionen
Soziale Beratung	Verschiedene sozialdienstliche Beratungsleistungen
Unterstützung in berufliche Integration	Je nach Situation, Einverständnis und Mitarbeit der Beteiligten werden Gespräche (Telefonate) mit Angehörigen, Betriebsärzten, Vorgesetzten, Personalstellen und Vorbehandlern und auch persönlich (Angehörige) durch Ärzte, Psychologen, Pflegedienst und Sozialdienst geführt.
Nachsorge und Integration	Im Sinne der privaten Teilhabeförderung werden unterschiedliche Aktivitäten angestoßen, gefördert, vermittelt. Dies kann eine Vermittlung von Selbsthilfegruppen, Sportgruppen, oder die Vermittlung spezieller Nachsorgeangebote, wie etwa die PRN (psychosomatische Reha Nachsorge) der DRV Westfalen.

5. Spezifisches Schnittstellenmanagement mit Vor- und Nachbehandlern

Gemeinsam mit dem Rehabilitanden erfolgt die Abstimmung, z.B. der Unterstützungsplanung einer beruflichen Wiedereingliederung, oder einer innerbetrieblichen Umsetzung, oder einer beruflichen Reha-Maßnahme mit den jeweils wichtigsten Akteuren – wenn diese während des Reha-Aufenthaltes erreichbar werden und rechtzeitig antworten. In allen anderen Fällen und in unsicheren Einschätzungen bemühen wir uns um eine zusätzliche Anbindung des Rehabilitanden an den ortsnahen Integrationsfachdienst. Wenn gesetzliche Betreuer bestellt sind, oder betreuungsähnliche Angebote bestehen (z.B. betreutes Wohnen), bemühen wir uns, diese in das Schnittstellenmanagement zu integrieren.

6. Überprüfung der Rehazielerreichung und Leistungsbeurteilung

Abschließend erfolgt eine Globaleinschätzung durch Rehabilitand und Stationsteam VG zu den wichtigsten drei Rehazielen, jeweils: (a) nicht erreicht, (b) beginnend erreicht, (c) weitergehend erreicht, (d) erreicht, die entsprechend in den Rehaabschlussbericht einfließt.

In den wöchentlichen Teamsitzungen wird sowohl zu den wichtigsten Rehazielen, als auch global eingeschätzt: (a) verschlechtert, (b) unverändert, (c) gebessert. Wann immer



möglich, wird nach Gründen für eine Verschlechterung und Verbesserung gesucht, um diese evtl. zu verringern oder fördern zu können. Hierbei wird möglichst empowerment unterstützend vorgegangen, um dem Rehabilitanden die Chance der erlebten Selbstwirksamkeit zukommen zu lassen.

Ein wesentlicher Unterschied in der Überprüfung der Rehazielerreichung und Leistungsbeurteilung dieser Indikationsgruppe im Vergleich zur Indikationsgruppe F2x besteht in der Tatsache der ängstlich-depressiven Vermeidung mit häufig erhöhter Rentenerwartung. Deshalb wird in dieser Indikationsgruppe besonders intensiv die sogenannte „Diskrepanzstrategie“ angewandt: Das Stationsteam VG achtet sehr darauf, ob sich alle verfügbaren Fähigkeitsbeschreibungen passend oder diskrepanz zueinander darstellen. Falls sich Diskrepanzen zeigen (im offiziellen Kontakten eher defizit-orientiert, in Freizeit- und weniger offiziellen Kontakten deutlicher eigenständig und handlungsorientiert), wird diese Diskrepanz als eigenständiger Rehabefund mit dem Patienten sachlich und wertfrei besprochen. In diesen Fällen werden auch unterschiedliche Einschätzungen zu den Rehazielerreichungen dokumentiert.

Leistungsbeurteilung:

Im Gegensatz zu den Rehabilitanden der Indikation F2x ist die Selbsteinschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit i.d.R. ängstlich-depressiv vermindert bis hin zur defizitorientierten Fehl-einschätzung mit resultierender Rentenerwartung. Es kann im Einzelfall erhebliche diagnostische Probleme bereiten, ob die reduzierte erwerbsbezogene Selbsteinschätzung ein Krankheitssymptom darstellt, oder Ausdruck der eigenen reduzierten Chancen einer gelingenden beruflichen Wiedereingliederung sind, oder primär der Vermeidung z.B. unangenehmer Arbeitssituationen (z.B. ungelöste Arbeitskonflikte) sind. Deshalb empfehlen sich hierzu behutsam geführte Gespräche. Grundsätzlich ist die Diskrepanzstrategie immer mit zu berücksichtigen.



1.4 Behandlungskonzept Rehabilitation: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Vorbemerkung: Die Indikationsgruppe der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen besteht in der Zuweisungspraxis im Wesentlichen aus Doppel- und Mehrfachdiagnosen, insbesondere in Kombinationen mit affektiven, phobischen und somatoformen Störungen. Naturgemäß enthält dieses Behandlungskonzept vielfach Überschneidungen mit dem der affektiven und phobischen Störungen. Einige Gruppentherapieangebote werden deshalb von beiden indikationsspezifischen Behandlungskonzepten genutzt. Der Schwerpunkt des Behandlungskonzeptes wird auf das bewusstere und reifere Erleben und Gestalten der vielfältigen privaten und Erwerbsbeziehungen gelegt. Bei ausgeprägter Impulsivität wird ein Skill-Training zur Selbststabilisierung, vor allem in Einzelgesprächen durchgeführt.

1. Initiale Überprüfung der Reha-Fähigkeit

Die erste Einschätzung zur Rehafähigkeit beginnt mit dem Erstkontakt und führt zu der Entscheidung, ob die ausführliche Anamnese durch Arzt und Pflegedienst erfolgen kann.

Durch den Pflegedienst:

- ausreichende Kommunikation in deutscher Sprache möglich?
- basale Selbstständigkeit inklusive „Speisesaalfähigkeit“
- das Vertrauen zum PD ist ausreichend gegeben, ein „Agierpotential“ wird im Beginn der Aufnahmesituation nicht erkennbar, oder kann rasch und unkompliziert durch Erklären der Stationsregeln beendet werden.
- der Rehabilitand kann sich ausreichend an Absprachen halten
- Erläuterungen zum grundsätzlichen Tagesablauf werden verstanden und umgesetzt
- Bei Verdacht: Drogenscreening negativ? (bei positivem Drogenscreening wird von mindestens kritischem Missbrauch in den letzten Tagen ausgegangen und die Reha nicht angetreten)

Durch den ärztlichen Dienst:

- die führende Diagnose ist passend gestellt, oder kann im Aufnahmegespräch (bzw. in der Facharztzugangsvs. abschließend gestellt werden
- die führenden Aspekte der Persönlichkeitsproblematik (emotionale Instabilität, Misstrauen, Ängstlichkeit, usw.) muss eine strukturierte Anamnese spätestens in 2 Terminen möglich erscheinen lassen
- Im Vordergrund steht nicht eine akut behandlungsbedürftige posttraumatische Belastungssituation

2. Aufnahme

2.1. Überprüfung der Zuweisungsdiagnose und Differenzialdiagnose

⇒ Exploration von Frühwarnsymptomen und Skills eigenverantwortlichen Bewältigungsfähigkeiten

2.2. Anamnese und Untersuchungen

Siehe Reha-Aufnahmebögen (m/w)



3. Indikationsspezifische Rehabilitationsziele

Bei der Vielzahl psychopathologischer Symptome in dieser Indikationsgruppe werden exemplarisch einige Rehazielle vorgestellt. An indikationsspezifischen Funktionsstörungen sind besonders bedeutend: die rasch überschießende Impulsivität bei vergleichsweise geringen (Beziehungs)belastungen bei Cluster-B Persönlichkeitsstörungen, oder ein übermäßiges Gefühl der Verletzbarkeit und Ablehnung bei vergleichsweise geringen (Beziehungs)belastungen bei Cluster-C Persönlichkeitsstörungen, bzw. ein übermäßiges Misstrauen und emotionaler Rückzug bei Cluster-A Persönlichkeitsstörungen.

Ein weiteres indikationsspezifisches Rehabilitationsziel liegt in der Fähigkeit, Erwerbsbeziehungen von privaten und insbesondere von frühen prägenden Beziehungsmustern zu differenzieren und insbesondere die Erwerbsbeziehungen passender zu gestalten.

In der praktischen Umsetzung des ICF-Konzeptes in dieser Indikationsgruppe betrachten wir indikationsspezifischen Funktions- und Fähigkeitsstörungen teils getrennt (emotionale Impulskontrolle als Funktionsstörung), teils gleichzeitig ohne scharfe Trennung zueinander (Beziehungsgestaltung als Funktions- und Fähigkeitsstörung). Dieser pragmatische Ansatz ist methodenunabhängig, und erscheint für eine methodenintegrative Behandlungsgestaltung besonders geeignet.

Wichtige indikationsspezifische Rehazielle sind in diesem Verständnis:

(a) Für Funktionen

- Zunahme der Impulskontrolle durch reines Funktionsstraining mit individuellen Selbststabilisierungstechniken

(b) Für Funktionen und Aktivitäten (bzw. Fähigkeiten)

- Allgemeine und grundlegende Förderung der Introspektionsfähigkeit mit Erkennen, Differenzieren und Benennen wichtiger intrapsychischer Zustände, etwa grundlegender Stimmung, und insbesondere Anspannungszuständen mit darauf aufbauenden überschießenden Impulsen. (Welche Gefühle entwickeln sich in mir?)
- Fördern der Introspektionsfähigkeit für die eigene Beziehungsgestaltung z.B. auf der Verhaltensebene insbesondere für die aktuellen Beziehungen während der Reha: (Wie gehe ich mit anderen Menschen um? Welche Auswirkungen kann das haben?)
- Ermutigung zum Hinterfragen von Beziehungserlebnissen: (Wie kann der Andere sein Verhalten mir gegenüber gemeint haben?)
- Ermutigung, reifere Muster in der Beziehungsgestaltung zu suchen und zu üben. (Wie kann ich mich verständlicher für andere verhalten, ohne zu irritieren?)
- Achtsamkeit für einen genussorientierten Lebensstil im salutogenetischen Sinne
- Ausreichende Konzentrationsfähigkeit, Motivation und Durchhaltevermögen insbesondere für Gruppenveranstaltungen, auch um positive Bewältigungserfahrungen zu erleben



(c) Für Teilhabe in Lebenssituationen und Lebensbereiche

(identisch mit indikationsspezifischem Konzept affektive und phobische Störungen)

- Zunächst fördern der Teilhabe an den indikationsspezifischen Gruppenangeboten (z.B.: Gruppe „Gesundheit und Leistung“, Ergotherapie- und Sportgruppen) insbesondere bei Teilhabe-Anfangsproblemen, wie Unpünktlichkeit, Vermeidungsmotiven und Motivationsproblemen, aber auch logistischen Problemen (z.B.: Terminüberschneidungen). Die Aufnahme von Gruppenveranstaltungen bedeutet für nicht wenige Rehabilitanden einen ungewohnten und ggf. schwierig zu vollziehenden Schritt, bei dem naturgemäß indikationsspezifische Funktions- und Fähigkeitsstörungen häufig entscheidend sind. Deshalb sind vielfältige Hilfestellungen, meistens im Sinne motivierender und ermutigender Gespräche sinnvoll und häufig hilfreich.
- Später, wenn möglich, ermutigen und fördern der Teilhabe an dem indikationsunspezifischen allgemeinen freiwilligen Therapiezusatzprogramm. Hierzu werden spezifische logistische und motivationelle Hilfestellungen gegeben, die je nach Rehabilitand integrativ auch in Einzelgesprächen oder im Anschluss an Gruppen geführt werden.
- Eine weitere Teilhabeebene wird nur indirekt angeboten: die Teilhabemöglichkeit auf einer „erwachsenen“ gesellschaftlichen Interaktionsebene zur Tatsache des Reha-Aufenthaltes. Alle Rehabilitanden haben die Möglichkeit der Anregung von Ideen, Verbesserungen und dem Äußern von Beschwerden auch über ein offizielles Verfahren. Sie werden im Gespräch mit den Teammitgliedern im Bedarf in der Regel dazu ermutigt, diesen offiziellen Weg zu beschreiten. Wenn Sie dies namentlich und rechtzeitig vor Ende der Reha tun, können die Rehabilitanden erleben, dass Ihre Anregungen ernst genommen werden, bearbeitet werden und ggf. sogar etwas bewirken. Dies wird in einem sachlichen (nicht therapeutischen!) Gesprächssetting vermittelt.
- In all diesen Teilhabesituationen können die Rehabilitanden idealerweise ühend neue, hilfreichere und die alten Lebenserfahrungen korrigierende Erfahrungen (z.B. Beziehungserfahrungen) erleben → 1. Transferstufe der indikationsspezifischen Funktions- und Fähigkeitsbehandlungsziele.

(d) Für Teilhabe mit besondere Interaktion von Kontextfaktoren

(identisch mit indikationsspezifischem Konzept affektive und phobische Störungen)

- Anregung, Motivation und ggf. sozialdienstliche Unterstützung bei der nachhaltigen Planung bestimmter Teilhabeprojekte im privaten Bereich: etwa Suche eines passenden Vereines, Sportangebotes in der Heimat, oder VHS-Veranstaltungen (z.B. Deutschkurse)
- Anregung, Motivation und ggf. sozialdienstliche Unterstützung bei der nachhaltigen Planung bestimmter Teilhabeprojekte im beruflichen Bereich: etwa Unterstützung durch Integrationsfachdienst, Auswahl einer beruflichen Fördereinrichtungen usw.
- Intensivere Interventionen für Teilhabeprojekte im beruflichen Bereich, etwa Vorbereitung eines anstehenden Gespräches mit dem Vorgesetzten, dem



Betriebsarzt bei arbeitsbedingten Themen (Problemen, Arbeitsplatzkonflikten usw.). Diese Gespräche können ggf. teilweise coachenden Charakter erhalten. Dies entspricht der Umsetzung unseres MBOR-Konzeptes und stellt die → 2. Transferstufe der indikationsspezifischen Funktions- und Fähigkeits-behandlungsziele dar.

- In all diesen Teilhabesituationen sind bestimmte spezifische Umweltfaktoren zu berücksichtigen, die manchmal sogar verändert werden können - und personenspezifische Faktoren. Bei den personenspezifischen Faktoren sind die Motivations- und Willensaspekte – sofern sie von den indikationsspezifischen Funktions- und Fähigkeitsstörungen getrennt werden können, intensiv zu berücksichtigen.

3.1. Individuelle Rehazielle

Individuelle Rehazielle entsprechen der intrinsischen Motivation des Rehabilitanden zur Rehabilitation, indem sie seine ganz persönlichen Wunschvorstellungen ausdrücken. Diese gewünschten, erhofften Rehazielle können passend oder ergänzend zu den indikationsspezifischen Rehazielen ausfallen oder auch konträr hierzu. Unabhängig von dem Realitätsgrad der individuellen Rehazielle stellen sie jedoch immer die ursprüngliche Motivation des Rehabilitanden zur Rehabilitation dar. Deshalb ist es für das Behandlungsteam von entscheidender Bedeutung, diese intrinsische Motivation für eigene Rehazielle als Grundlage für die gemeinsame Formulierung realistischer und passender indikationsspezifischer Rehazielle zu kennen und zu nutzen.

3.2. Gemeinsam abgeprochene Rehazielle

Das Behandlungsteam und hier federführend der Stationsarzt mit Unterstützung des Oberarztes kondensieren mit dem Rehabilitanden in der ersten Woche gemeinsame Rehazielle aus den passenden indikationsspezifischen und individuellen Zielen. Die so gemeinsam gefundenen Ziele werden von beiden auf dem Formular „Rehazielle“ festgehalten und von beiden unterschrieben. Dieser Prozess der gemeinsamen Rehaziellabspache ist nach unserem Verständnis ein wesentlicher Teil einer modernen, empowerment fördernden Rehabilitation und wird mit dem Rehabilitanden als gleichberechtigtem Partner geführt. Dabei gilt uns der Leitsatz, lieber weniger und konkrete Rehazielle, als viele unrealistische.

Anmerkung: Das Rehazielle der Leistungsbegutachtung besteht immer, wird aber nur auf ausdrücklichen Wunsch des Rehabilitanden auch auf diesem Formular notiert.

4. Multimodales Therapiekonzept

Alle indikationsspezifischen Behandlungskonzepte sind multimodal. Dies bedeutet für uns, dass immer verschiedene Professionen (Ärzte, Psychologen, Pflegedienst, Ergotherapeuten, Sport- und Physiotherapeuten und Sozialpädagogen) in einem ärztlich geleiteten Behandlungsteam idealerweise gleichberechtigt mit dem Rehabilitanden arbeiten und dies gleichzeitig mit einem hohen Grad an interner Kommunikation tun. Damit dies hypothesengeleitet und zielorientiert erfolgt, werden die wesentlichen Behandlungsziele initial in Absprache mit dem Rehabilitanden (fachärztlich, ggf. unter Einbeziehung des gesamten Teams) formuliert und dann multimodal und möglichst gleichzeitig verfolgt, so dass sich Wirksynergien ergeben können.



Ausgehend vom bio-psycho-sozialen Kontext, den individuellen Reha-Zielen und der aktuellen beruflichen Motivationslage (Haltung- vs. Handlungsorientierung nach KUHL) werden die Rehabilitationsziele möglichst patientenindividuell durch das multimodale Behandlungskonzept verfolgt. Dabei kann das multimodale Therapiekonzept auf der ICF-Konzeptebene verbleiben, oder auch zusätzlich in die MBOR-Konzeptebene hineinreichen, wenn sehr arbeits- oder berufsspezifische Themen im Vordergrund der gemeinsamen Zielplanung von Rehabilitand und Stationsteam VG stehen.

Die indikationsspezifischen Voraussetzungen für eine Therapieplanung auf MBOR-Konzeptebene sind eine vergleichsweise gut ausgeprägte Fähigkeit, Erwerbsbeziehungen einigermaßen passend gestalten zu können und den Eigenanteil selbstkritisch hinterfragen zu können. Dann können fokussierende, coachende Elemente, etwa zur passenden Gestaltung von Erwerbsbeziehungen, insbesondere im Umgang mit vielfältigen emotionalen Arbeitsanforderungen zu Kollegen, Vorgesetzten, Mitarbeitern und Kunden in das ärztliche oder psychologische Einzelgespräch integriert werden.

Therapiemodule	Indikationsspezifische Ausgestaltung
Psychotherapeutische Beratung, ggf. fokussierende Psychotherapie, fokussierendes Coaching	Diese wird hauptsächlich in den geplanten ärztlichen und psychologischen Einzelgesprächen i.d.R. mit integrativer Methodik unterschiedlicher Gewichtung umgesetzt Außerplanmäßige ärztliche/psychologische Krisengespräche gemäß der individuellen indikationsspezifischen Ziele gehören ebenfalls in dieses Therapiemodul. Expositionstrainings können im Einzelfall integriert werden.
Indikative Gruppe bei Komorbidität	Teilnahmemöglichkeit an der Suchtpräventionsgruppe, Selbstsicherheitstraining
Aktivitätsaufbau	Sozialtherapeutische Einzelbetreuung, Bewegung und Sport in der Freizeit, Stationsablauf- und Alltag strukturierende Gruppe (Stationsrunde), weitere vielfältige Freizeitangebote (wechselnd)
Psychoedukation	z.B. Ernährungsberatung einzeln
Entspannungstechniken	Progressive Relaxation nach Jacobson, oder/und individuell im ärztlich-psychologischen Gespräch im Sinne von Suche und Anwendung individueller Stabilisierungstechniken bei indikationsspezifischen Symptomen, etwa Grübeln
Bewegungstherapie	Spielorientierte Sport- und Bewegungstherapie, Muskelaufbautraining, sonstige Physiotherapie im Bewegungsbad in der Gruppe und andere mehr
Gesundheitsbildung	Seminar zur Gesundheitsförderung Modul „Gesundheit und Leistung“,



Künstlerische Therapie	Zusatzangebot „offenes Atelier“ der Kunsttherapie
Ergotherapie	Produktorientiertes Arbeiten in der Gruppe, ggf. Einzelinterventionen
Soziale Beratung	Verschiedene sozialdienstliche Beratungsleistungen
Unterstützung in berufliche Integration	Je nach Situation, Einverständnis und Mitarbeit der Beteiligten werden Gespräche (Telefonate) mit Angehörigen, Betriebsärzten, Vorgesetzten, Personalstellen und Vorbehandlern und auch persönlich (Angehörige) durch Ärzte, Psychologen, Pflegedienst und Sozialdienst geführt.
Nachsorge und Integration	Im Sinne der privaten Teilhabeförderung werden unterschiedliche Aktivitäten angestoßen, gefördert, vermittelt. Dies kann eine Vermittlung von Selbsthilfegruppen, Sportgruppen, oder die Vermittlung spezieller Nachsorgeangebote, wie etwa die PRN (psychosomatische Reha Nachsorge) der DRV Westfalen.

5. Spezifisches Schnittstellenmanagement mit Vor- und Nachbehandlern

Gemeinsam mit dem Rehabilitanden erfolgt die Abstimmung, z.B. der Unterstützungsplanung einer beruflichen Wiedereingliederung, oder einer innerbetrieblichen Umsetzung, oder einer beruflichen Reha-Maßnahme mit den jeweils wichtigsten Akteuren – wenn diese während des Reha-Aufenthaltes erreichbar werden und rechtzeitig antworten. In allen anderen Fällen und in unsicheren Einschätzungen bemühen wir uns um eine zusätzliche Anbindung des Rehabilitanden an den ortsnahen Integrationsfachdienst. Wenn gesetzliche Betreuer bestellt sind, oder betreuungsähnliche Angebote bestehen (z.B. betreutes Wohnen), bemühen wir uns, diese in das Schnittstellenmanagement zu integrieren.

6. Überprüfung der Rehazielerreichung und Leistungsbeurteilung

Abschließend erfolgt eine Globaleinschätzung durch Rehabilitand und Stationsteam VG zu den wichtigsten drei Rehazielen, jeweils: (a) nicht erreicht, (b) beginnend erreicht, (c) weitergehend erreicht, (d) erreicht, die entsprechend in den Reha-Abschlussbericht einfließt.

In den wöchentlichen Teamsitzungen wird sowohl zu den wichtigsten Rehazielen, als auch global eingeschätzt: (a) verschlechtert, (b) unverändert, (c) gebessert. Wann immer möglich, wird nach Gründen für eine Verschlechterung und Verbesserung gesucht, um diese evtl. zu verringern oder fördern zu können. Hierbei wird möglichst empowerment unterstützend vorgegangen, um dem Rehabilitanden die Chance der erlebten Selbstwirksamkeit zukommen zu lassen.



Ein wesentlicher Unterschied in der Überprüfung der Rehazielerreichung und Leistungsbeurteilung dieser Indikationsgruppe im Vergleich zur Indikationsgruppe F2x besteht in der Tatsache häufig erhöhter Rentenerwartung, insbesondere auf dem Boden einer längeren Versagenerfahrung in erwerbsrelevanter Beziehungsgestaltung. Deshalb wird in dieser Indikationsgruppe besonders intensiv die Diskrepanzstrategie angewandt: Das Stationsteam VG achtet sehr darauf, ob sich alle verfügbaren Fähigkeitsbeschreibungen passend oder diskrepant zueinander darstellen. Falls sich Diskrepanzen zeigen (im offiziellen Kontakten eher „beziehungsunfähig“, in Freizeit- und weniger offiziellen Kontakten deutlich kontaktfreudiger und auch beziehungsfähiger, Beziehungen nach eigenem Wunsch gestalten zu können), dann wird diese Diskrepanz als eigenständiger Rehabefund mit dem Patienten sachlich und wertfrei besprochen. In diesen Fällen werden auch unterschiedliche Einschätzungen zu den Rehazielerreichungen dokumentiert.

Leistungsbeurteilung:

Im Gegensatz zu den Rehabilitanden der Indikation F2x ist die Selbsteinschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit i.d.R. motivationspsychologisch und lerntheoretisch vermindert bis hin zur defizitorientierten Fehleinschätzung. Grundsätzlich ist die Diskrepanzstrategie immer mit zu berücksichtigen.

Die Fähigkeit mit emotionalen Arbeitsanforderungen adäquat umzugehen bzw. hier passende Bewältigungsstrategien zu erlernen, ist i.d.R. deutlich bis massiv eingeschränkt und stellt eines der wesentlichen Aspekte für die Leistungsbegutachtung dar.



1.5 Behandlungskonzept Rehabilitation: Schizophrenie/ schizoaffektive Psychose

1. Initiale Überprüfung der Reha-Fähigkeit

Die erste Einschätzung zur Rehafähigkeit beginnt mit dem Erstkontakt und führt zu der Entscheidung, ob die ausführliche Anamnese durch Arzt und Pflegedienst erfolgen kann.

Durch den Pflegedienst:

- ausreichende Kommunikation in deutscher Sprache möglich?
- basale Selbstständigkeit inklusive „Speisesaalfähigkeit“
- das Vertrauen zum PD ist ausreichend gegeben
- der Rehabilitand kann sich ausreichend an Absprachen halten
- Erläuterungen zum grundsätzlichen Tagesablauf werden verstanden und können umgesetzt werden.
- Bei Verdacht: Drogenscreening negativ? (bei positivem Drogenscreening wird von mindestens kritischem Missbrauch in den letzten Tagen ausgegangen und die Reha nicht angetreten)

Durch den ärztlichen Dienst:

- die führende ICD-10 F Diagnose ist passend gestellt oder könnte im Aufnahmegespräch (bzw. in der Facharztzugangsvs. abschließend gestellt werden
- formale und inhaltliche Denkstörungen müssen eine strukturierte Anamnese spätestens in 2 Terminen möglich erscheinen lassen

2. Aufnahme

2.1. Überprüfung der Zuweisungsdiagnose und Differenzialdiagnose

- psychopathologischer Befund: insbesondere Minussymptome und doppelte Buchführung mit gut versteckter produktiver Symptomatik
- Exploration der Neuroleptika mit individuell bester Wirkung und evtl. Nebenwirkungen
- Exploration von Stimmungsstabilisatoren mit individuell bester Wirkung und evtl. Nebenwirkungen, insbesondere auch Exploration zur Doppelphasenprophylaxe
- Exploration von Frühwarnsymptomen und eigenverantwortlichen Bewältigungsstrategien sowohl privat, als auch auf der Arbeit

2.2. Anamnese und Untersuchungen

Siehe Reha-Aufnahmebögen (m/w)

3. Indikationsspezifische Rehabilitationsziele:

Bei der Vielzahl psychopathologischer Symptome in dieser Indikationsgruppe werden exemplarisch einige Rehazielle vorgestellt.

In der praktischen Umsetzung des ICF-Konzeptes in dieser Indikationsgruppe betrachten wir einige indikationsspezifische Funktions- und Fähigkeitsstörungen getrennt



voneinander.

Wichtige indikationsspezifische Rehazielen sind:

a) Für isolierte Funktionsstörungen

- a. Training neurokognitiver Funktionen (Aufmerksamkeit, Konzentration, Reaktionsgeschwindigkeit, visumotorische Koordination und andere Funktionen)
- b. Abnahme formaler und inhaltlicher Denkstörungen
- c. Verbesserung des Nachtschlafs

b) Funktionen und Fähigkeiten kombiniert

- a. Verbesserung der Selbstwahrnehmung insbesondere zu typischen psychotischen Frühwarnsymptomen (Verbesserung des Selbstmanagements von Krankheitssymptomen Teil I)
- b. Akzeptanz psychotischer Frühwarnsymptome und selbstständige passende Hilfesuche (Verbesserung des Selbstmanagements von Krankheitssymptomen Teil II)
- c. Auswahl der geeigneten Frühinterventionsstrategien, ggf. mit Bezugspersonen, verhaltenstherapeutisch, medikamentös (Verbesserung des Selbstmanagements von Krankheitssymptomen Teil III)
- d. Vorausschauende Einschätzung der eigenen Stressbewältigungsreserven bei Reizan- und -überflutungssituationen mit präventivem Selbstmanagement (Verbesserung des Selbstmanagements Teil IV)
- e. Realistische Selbsteinschätzung in Bezug auf berufsrelevante Fähigkeiten (Verbesserung des Selbstmanagements Teil V)
- f. Realistische Einschätzung zur sinnvollen Unterstützung durch Dritte
- g. Aktivitätsaufbau zur selbstständigen Tagesstrukturierung und Symptomunterdrückung
- h. Selbstmanagement im Aufbau und Erhalt eines geregelten Tag-Nacht-Rhythmus mit ausreichendem Nachtschlaf
- i. Neurokognitive Funktionen und PC-Bedienungsfähigkeiten mit Training berufsnaher Anforderungen am PC

c) bezogen auf Aktivitäten/Fähigkeiten

- Soziale Kompetenz für Gruppensituationen:
- Soziale Kompetenz für bestimmte Einzelsituationen (z.B.: Gespräch mit Vorgesetzten)

d) für Teilhabe in Lebenssituationen und Lebensbereiche

- Hier steht die besonders intensive Förderung und Begleitung zur Überwindung von Anfangsproblemen in der Teilnahme an allen Gruppen (z.B.: Sport, Ergo, Psychoedukative Gruppe) im Vordergrund: Anleitung zum rechtzeitigen Aufstehen, Auffinden der Therapieräume, Erinnern an verschiedene Tageterminale mit Einüben selbstständiger Erinnerungsrituale usw.
- Falls möglich, wird später die Teilhabe an indikationsunspezifischen Freizeitgruppen gefördert, um den Fähigkeitstransfer zu üben und Selbstwirksamkeitserfahrungen erlebbar werden zu lassen.



e) für Teilhabe mit besonderer Interaktion von Kontextfaktoren

- Motivation und Begleitung in der Planung, seltener auch Nutzung passender ambulanter Unterstützungsmöglichkeiten für private Teilhabeziele (z.B.: soziale Anbindung wohnortnah), als auch berufliche Teilhabeziele, z.B. des Integrationsfachdienstes [IFD].
- Beratung, Motivation und begleitender Planungsbeginn für berufliche Veränderungen, z.B.: Aufnahme einer Tätigkeit auf dem 2. Arbeitsmarkt

3.1. Individuelle Rehaziele

Individuelle Rehaziele entsprechen der intrinsischen Motivation des Rehabilitanden zur Rehabilitation, indem sie seine ganz persönlichen Wunschvorstellungen ausdrücken. Diese gewünschten, erhofften Rehaziele können passend oder ergänzend zu den indikationsspezifischen Rehazielen ausfallen oder auch konträr hierzu. Unabhängig von dem Realitätsgrad der individuellen Rehaziele stellen sie jedoch immer die ursprüngliche Motivation des Rehabilitanden zur Rehabilitation dar. Deshalb ist es für das Behandlungsteam von entscheidender Bedeutung, diese intrinsische Motivation für eigene Rehaziele als Grundlage für die gemeinsame Formulierung realistischer und passender indikationsspezifischer Rehaziele zu kennen und zu nutzen.

3.2. Gemeinsam abgesprochene Rehaziele

Das Behandlungsteam und hier federführend der Stationsarzt mit Unterstützung des Oberarztes kondensieren mit dem Rehabilitanden in der ersten Woche gemeinsame Rehaziele aus den passenden indikationsspezifischen und individuellen Zielen. Die so gemeinsam gefundenen Ziele werden von beiden auf dem Formular „Rehaziele“ festgehalten und von beiden unterschrieben. Dieser Prozess der gemeinsamen Rehazielabsprache ist nach unserem Verständnis ein wesentlicher Teil einer modernen, empowerment fördernden Rehabilitation und wird mit dem Rehabilitanden als gleichberechtigtem Partner geführt. Dabei gilt uns der Leitsatz, lieber weniger und konkrete Rehaziele, als viele unrealistische.

Anmerkung: Das Rehaziel der Leistungsbegutachtung besteht immer, wird aber nur auf ausdrücklichen Wunsch des Rehabilitanden auch auf diesem Formular notiert.

4. multimodales Therapiekonzept

Alle indikationsspezifischen Behandlungskonzepte sind multimodal. Dies bedeutet für uns, dass immer verschiedene Professionen (Ärzte, Psychologen, Pflegedienst, Ergotherapeuten, Sport- und Physiotherapeuten und Sozialpädagogen) in einem ärztlich geleiteten Behandlungsteam idealerweise gleichberechtigt mit dem Rehabilitanden arbeiten und dies nahezu gleichzeitig mit einem hohen Grad an interner Kommunikation tun. Damit dies hypothesengeleitet und zielorientiert erfolgt, werden die wesentlichen Behandlungsziele initial in Absprache mit dem Rehabilitanden (fachärztlich, ggf. unter Einbeziehung des gesamten Teams) formuliert und dann multimodal und möglichst gleichzeitig verfolgt, so dass sich Wirksynergien ergeben können.

Ausgehend vom bio-psychozialen Kontext, den individuellen Rehazielen und den Unterstützungsmöglichkeiten werden die Rehabilitationsziele möglichst patientenindividuell durch das multimodale Behandlungskonzept verfolgt.



Dabei verbleibt das multimodale Therapiekonzept meistens auf der ICF-Konzeptebene. Nur selten reicht es in die MBOR-Konzeptebene hinein, wenn bei kompletter und stabiler Krankheitsremission arbeits- oder berufsspezifische Themen in den Vordergrund der gemeinsamen Zielplanung von Rehabilitant und Stationsteam VG gelangen.

Therapiemodule	Indikationsspezifische Ausgestaltung
Psychotherapeutische Beratung, ggf. fokussierende Psychotherapie, fokussierendes Coaching	Diese wird hauptsächlich in den geplanten ärztlichen und psychologischen Einzelgesprächen i.d.R. mit integrativer Methodik unterschiedlicher Gewichtung umgesetzt Außerplanmäßige ärztliche/psychologische Krisengespräche gemäß der individuellen indikationsspezifischen Ziele gehören ebenfalls in dieses Therapiemodul. Expositionstrainings können im Einzelfall integriert werden.
Indikative Gruppe bei Komorbidität	Teilnahmemöglichkeit an der Suchtpräventionsgruppe, Selbstsicherheitstraining
Aktivitätsaufbau	Sozialtherapeutische Einzelbetreuung, Bewegung und Sport in der Freizeit, Stationsablauf- und Alltag strukturierende Gruppe (Stationsrunde), weitere vielfältige Freizeitangebote (wechselnd)
Psychoedukation	z.B. Ernährungsberatung einzeln
Entspannungstechniken	Progressive Relaxation nach Jacobson, oder/und individuell im ärztlich-psychologischen Gespräch im Sinne von Suche und Anwendung individueller Stabilisierungstechniken bei indikationsspezifischen Symptomen, etwa Grübeln
Bewegungstherapie	Spielorientierte Sport- und Bewegungstherapie, Muskelaufbautraining, sonstige Physiotherapie im Bewegungsbad in der Gruppe und andere mehr
Gesundheitsbildung	Seminar zur Gesundheitsförderung Modul „Gesundheit und Leistung“
Künstlerische Therapie	Zusatzangebot „offenes Atelier“ der Kunsttherapie
Ergotherapie	Produktorientiertes Arbeiten in der Gruppe, ggf. Einzelinterventionen
Soziale Beratung	Verschiedene sozialdienstliche Beratungsleistungen
Unterstützung in berufliche Integration	Je nach Situation, Einverständnis und Mitarbeit der Beteiligten werden Gespräche (Telefonate) mit Angehörigen, Betriebsärzten, Vorgesetzten, Personalstellen und Vorbehandlern und auch persönlich (Angehörige) durch Ärzte, Psychologen, Pflegedienst und Sozialdienst geführt.



Nachsorge und Integration	Im Sinne der privaten Teilhabeförderung werden unterschiedliche Aktivitäten angestoßen, gefördert, vermittelt. Dies kann eine Vermittlung von Selbsthilfegruppen, Sportgruppen, oder die Vermittlung spezieller Nachsorgeangebote, wie etwa die PRN (psychosomatische Reha Nachsorge) der DRV Westfalen.
---------------------------	--

5. Spezifisches Schnittstellenmanagement mit Vor- und Nachbehandlern

Grundsätzlich versuchen wir in jedem Einzelfall ein sich ergebendes Case Management zu unterstützen, wenn dies idealerweise wohn- und arbeitsnah angeboten wird. In neuester Zeit scheinen vereinzelt Firmen über das BEM-Verfahren (§84(2) SGB XI) einen Case Management ähnlichen Prozess anzubieten. Da dieser ggf. sogar etwas dem Wunschideal einer unterstützten Beschäftigung nahekommt, versuchen wir dies individuell bestmöglich zu unterstützen. Weitere Themen im spezifischen Schnittstellenmanagement sind: (a) die Abstimmung der Neuroleptie, (b) Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfolgung privater Teilhabeziele.

6. Überprüfung der Rehazielerreichung und Leistungsbeurteilung

Abschließend erfolgt eine Globaleinschätzung durch Rehabilitand und Stationsteam VG zu den wichtigsten drei Rehazielen, jeweils: (a) nicht erreicht, (b) beginnend erreicht, (c) weitergehend erreicht, (d) erreicht, die entsprechend in den Rehaabschlussbericht einfließt.

In den wöchentlichen Teamsitzungen wird sowohl zu den wichtigsten Rehazielen, als auch global eingeschätzt: (a) verschlechtert, (b) unverändert, (c) gebessert. Wann immer möglich, wird nach Gründen für eine Verschlechterung und Verbesserung gesucht, um diese evtl. zu verringern oder fördern zu können. Hierbei wird möglichst unterstützend (empowerment) vorgegangen, um dem Rehabilitanden die Chance der erlebten Selbstwirksamkeit zukommen zu lassen.

Infolge mangelnder Realitätseinschätzung und/oder eigener Selbstüberschätzung ergeben sich in dieser Indikationsgruppe manchmal spezifische Vorgehensweisen in der Handhabung der Rehazielerreichung in Bezug auf Konsequenzen. Beispiel: bei chronisch schizophrenen Patienten mit selbstüberschätzender Arbeitsmotivation und erhaltenem Arbeitsplatz, der bei genauer Betrachtung eher einem Nischenarbeitsplatz entspricht, erscheint eine tatsächliche Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht denkbar. Da der Patient seine Arbeit aber als letzten Halt eines normalen Lebens auffasst und unbedingt wieder arbeiten gehen will, der Betrieb ihn anscheinend mitträgt, wird er auch ohne Zielerreichung arbeitsfähig für diesen Nischenarbeitsplatz im Sinne einer Arbeitsbelastungserprobung entlassen.

Leistungsbeurteilung:

Grundsätzlich scheinen diese Rehabilitanden sich in Bezug auf ihre erwerbsbezogene Leistungsfähigkeit häufiger zu überschätzen, als Patienten anderer Indikationen. Deshalb muss das Stationsteam VG hier sorgfältig auf die realen Daten zur Leistungsfähigkeit aus den unterschiedlichen Verhaltensbeobachtungen achten.



Reizüberflutungsphänomene und die dem Rehabilitanden möglichen Bewältigungsstrategien sind immer zu erfragen und zu berücksichtigen.

Alle Teile des psychopathologischen Befundes, die das „in Erscheinung treten“ beschreiben, können eine wesentliche Bedeutung für die Leistungsfähigkeitseinschätzung bekommen. Beispiel: Wenn ein Patient auf den ersten Blick erkennbar „anders“ ist, skurril, bizarr, evtl. Manierismen hat, oder eindeutig erkennbare extrapyramidalmotorische Medikamentennebenwirkungen hat (oro-fazial, Speichelfluss ...), dann wird dieses (stigmatisierende) Symptom leider die Beschäftigungsfähigkeit und damit indirekt auch die Leistungsfähigkeit beeinflussen. Dies ist ggf. ausführlich individuell zu berücksichtigen.

Handbuch- Kapitel:	Erstellt: Dr. Ch. Tholen- Rudolph	Revision: E. Visel	Geprüft: CÄ Dr. Ch. Tholen- Rudolph	Freigabe: AD Dr. Ch. Smolenski
2.20	Datum: 17.01.2013	Datum: 21.03.2019	Datum: 25.03.2019	Datum: 28.03.2019