

Konzept der Medizinischen Rehabilitationseinrichtung für psychische Gesundheit Herne

Dr. med. P.W. Nyhuis, Dr. med. B. Jung

Stand 01/2024

1. Einleitung

2. Allgemeines

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

3.1 Einbindung in die St. Elisabeth Gruppe

3.2 Prinzip der Selbstversorgung

4. Rehabilitationskonzept

4.1 Theoretisch- wissenschaftliche Grundlagen

- Persönlichkeitstheorien nach Prof. Kuhl
- AWMF-Leitlinien
- Bio-psycho-soziale Modellvorstellungen der ICF

4.2 Rehabilitationsindikation und –Kontraindikation

4.3 Rehabilitationsziele

4.4 Rehabilitationsdauer

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

- Akutbehandlung – A:
- Frührehabilitation – B / Weiterführende Rehabilitation – C:
- Abschluss der medizinischen Rehabilitation – D:
- Schulisch-berufliche Rehabilitation – E:

4.6 Rehabilitationsprogramm

4.7 Rehabilitationselemente

- 4.7.1 Aufnahmeverfahren
- 4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik
- 4.7.3 Medizinische Therapie
 - 4.7.3.1 Aufgaben des Arztes / Psychotherapeuten im Rehabilitationsteam
 - 4.7.3.2 Aufgaben des Psychologen / Psychotherapeuten im Rehabilitationsteam
 - 4.7.3.3 Umgang mit suizidalen Krisen, Zunahme der Akuität einer Erkrankung während der medizinischen Rehabilitation
 - 4.7.3.4 Die Behandlung bestehender Erkrankungen
 - 4.7.3.5 Organisation von Visiten, Arztgesprächen
- 4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppenangebote
- 4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen
- 4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken
- 4.7.7 Freizeitangebote
- 4.7.8 Sozialdienst
- 4.7.9 Gesundheitsbildung, Gesundheitstraining und Ernährung
- 4.7.10 Angehörigenarbeit
- 4.7.11 Gesundheits- und Krankenpflege
- 4.7.12 Beendigung der Leistung zur Medizinischen Rehabilitation

5. **Personelle Ausstattung**
6. **Standort und Räumlichkeiten der medizinischen Reha**
7. **Kooperationspartner der medizinischen Reha**
8. **Maßnahmen der Qualitätssicherung**
9. **Notfallmanagement**
10. **Supervision**

Anhang:

1. Einleitung

Beeinträchtigungen des sozialen Funktionsniveaus finden sich bei Menschen mit unterschiedlichen psychiatrischen Erkrankungen. Kognitive, interaktionelle und dynamische Defizite sowie mangelnde Fähigkeiten zur Selbststrukturierung haben sich als allgemein limitierende Faktoren für eine soziale und berufliche Teilhabe erwiesen. Diese Faktoren können durch konsequente Milieuthérapie und Fremdstrukturierung in der Rehabilitation gebessert werden.

Rehabilitation ist eine interdisziplinäre Aufgabe, die oft die Zusammenarbeit von Ärzten, Psychologen, Sozialpädagogen und Sozialarbeitern, Pflegekräften, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und anderen Spezialisten erfordert. Zusätzlich zur medizinischen Betreuung werden die Patienten oder ihre Angehörigen auch im Hinblick auf die spätere Verselbständigung und Eigenversorgung beraten, z.B. durch Wiederherstellen und Förderung bestimmter Fähigkeiten, Erlernen, Erproben und Ausprobieren, Psychoedukation und Schulung zur Selbsthilfe oder auch Selbstkontrolle bestimmter Parameter. Bei berufstätigen Patienten gilt es, die sozialmedizinische Situation zu beurteilen, ggf. auch zu fördern und auszubauen und bedarfsweise Hilfen für die weitere Berufstätigkeit zu erproben und zu planen.

Der für die Einrichtung in Frage kommende Patientenkreis weist meist infolge der psychischen Störung noch zusätzliche soziale Beeinträchtigungen auf. Viele Patienten haben aufgrund ihrer Erkrankung soziale und berufliche Einbußen erfahren. Das Verhältnis zur Familie ist oft gespannt, gestört oder ganz abgebrochen. Langjährige Krankheitsverläufe führen oft zur Einschränkung der sozialen Kompetenz, zur Reduzierung der Ich-Stärke und Schwächung des Selbstwertgefühls, zu Antriebsschwäche, Kontaktarmut und Resignation. Jüngere psychisch kranke Menschen, die noch keine Berufserfahrung haben, besitzen oft noch keinen Schulabschluss und drohen ohne rehabilitative Maßnahmen zu Langzeitpatienten zu werden.

Die lebenserfahreneren Menschen, die z.T. Berufserfahrung haben und selbständig gelebt haben, können durch wiederholte Erkrankungen mit häufigen, langen stationär psychiatrischen Behandlungen auch berufliche und soziale Einbußen erfahren. Bedingt durch die immer wiederkehrende Erkrankung mit folgender Antriebsarmut, sozialen Rückzug und einen Mangel an Flexibilität besteht eine Gefahr der Chronifizierung.

Durch eine hohe Überforderungsgefährdung und Krisenanfälligkeit bedürfen beide Gruppen einer Betreuung mit einem hohen Maß an Tagesstrukturierung, damit eine Stabilisierung und Reintegration in die Gesellschaft stattfinden kann.

Ziel unserer rehabilitativen Arbeit ist es, durch unser Handeln im Sinne einer psychotherapeutischen Gemeinschaft ein gesundes und lebendiges Gruppenklima zu ermöglichen, zu vermitteln und so darauf hinzuwirken, dass jeder Rehabilitand durch sein eigenes Handeln zum Gelingen dieses Zieles beiträgt. Dieses Setting stärkt und festigt eigene Ressourcen, das Erleben eigenständiger Handlungsfähigkeit und positiver Selbstwirksamkeit.

Trägerspezifische Rehabilitationsziele

Bei den Versicherten der Krankenversicherung zielen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß SGB V §40 und §111 darauf, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Bei den Versicherten der Rentenversicherung zielen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß SGB VI § 9 und § 15 darauf ab, den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken, oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder das vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern.

2. Allgemeines:

Bezeichnung des Rehabilitationskonzepts (Name, Leistungsform, Hauptindikation):	Medizinische Reha für psychische Gesundheit – Herne
Rechtsform der Einrichtung:	GmbH
Träger der Einrichtung:	St. Elisabeth Gruppe – Katholische Kliniken Rhein-Ruhr
Institutionskennzeichen (IK):	510596011
Anschrift:	Marienstraße 1, 44651 Herne
Telefon:	02325 / 61665
Fax:	02325 /35705
E-Mail-Adresse:	info@reha-herne.de
Internet-Adresse:	www.reha-herne.de
Name des Geschäftsführers:	Fr. Dr. Sabine Edlinger & Fr. Simone Lauer
Name des ärztlichen Leiters:	Chefarzt Dr. med. Peter W. Nyhuis
Name des stellv. ärztlichen Leiters:	Dr. med. Bettina Jung
Name des therapeutischen Leiters:	Dr. med. Bettina Jung

“Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger.“

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

Die medizinische Rehabilitationseinrichtung für psychische Gesundheit ist ein Angebot der gemeindenahen rehabilitativen Psychiatrie im Herne Raum und der in Herne umliegenden bzw. angrenzenden Ortschaften für mehr als 170.000 Menschen.

Die Einrichtung steht unter ständiger ärztlicher Präsenz bei Letztverantwortung des Chefarztes und ärztlichen Direktors des St. Marien Hospitals Eickel (Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik).

Die Eröffnung des Hauses erfolgte am 01. April 1981. Sie war damals nur möglich durch finanzielle Förderung im Rahmen des Modell-Programms Psychiatrie der Bundesregierung und des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, auf der Grundlage der §§ 39ff BSHG (im Rahmen der Vorleistung nach § 44 BSHG).

Seit Juli 1993 ist die Einrichtung als medizinische Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke Menschen von der LVA/DRV Westfalen auf der Grundlage der neuen Sozialgesetzgebung, insbesondere § 107, SGBV und § 15 Abs. 2 SGBVI anerkannt worden, dem sich noch andere Sozialversicherungsträger angeschlossen haben. Zuständige Leistungsträger können nach § 54 SGB XII in Verb. mit § 26 SGB IX sein: Krankenkassen, Rentenversicherungsträger im Einzelfall auch der Sozialhilfeträger und die Jugendämter.

Mit der DRV Westfalen besteht seit Juli 1993 ein Belegungsvertrag.

Mit den Krankenkassenverbänden besteht seit April 2006 ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V. Mit dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe besteht seit Juli 2006 ein Versorgungsvertrag nach §75 SGB XII.

Gemeindenah werden psychisch kranke Menschen aus Herne und den angrenzenden Städten und Kreisen betreut. Die Einrichtung erbringt stationäre und teilstationäre medizinische Leistungen zur Rehabilitation bei begleitender psychosozialer Betreuung für den Personenkreis psychisch kranker Menschen, die noch nicht oder nicht mehr einer Krankenhausbehandlung bedürfen.

Die medizinische Reha für psychische Gesundheit ist Mitglied der Deutschen Fachgesellschaft Psychose und Sucht e.V. und der Arbeitsgemeinschaft der Rehabilitationseinrichtungen Westfalen-Lippe.

Das Rehabilitationsverständnis der Einrichtung richtet sich nach den Kriterien der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und dem zu Grunde liegenden bio-psycho-sozialen Modell, das Gesundheit und Krankheit als Ineinandergreifen körperlicher, seelischer und sozialer Vorgänge beschreibt.

Die konzeptionellen Grundlagen befinden sich in ständigem Prozess der Anpassung an die Erfordernisse der Rehabilitanden, der gesellschaftlichen und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen unter Einbeziehung der Weiterentwicklung der psychiatrischen Behandlungs- und Rehabilitationsforschung.

Ein Qualitätsmanagement-System unterstützt unsere tägliche Arbeit und eine beständige Weiterentwicklung. Daraus entsteht die Verpflichtung zur Erfüllung von Kundenanforderungen und zur ständigen Verbesserung des Qualitätsmanagementsystems.

3.1 Einbindung in die St. Elisabeth Gruppe

Der medizinischen Reha für psychische Gesundheit steht das gesamte diagnostische und therapeutische Spektrum einer Fachklinik zur Verfügung. Durch die angebotenen Trainings und Therapien bewirken wir eine Reduzierung der Rezidivrate unserer Rehabilitanden. Der langfristige Krankheitsverlauf wird nachhaltig positiv beeinflusst, sodass Behandlungserfolge nachhaltig gesichert werden können.

Dabei profitiert die medizinische Rehabilitationseinrichtung von ihrer Funktion als eine Einrichtung in Trägerschaft eines fachlich und finanziell potenten Trägers, nämlich der St. Elisabeth Gruppe, so auch durch die enge inhaltlich therapeutische Vernetzung mit dem St. Marien Hospital Eickel (Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik) und den anderen Einrichtungen der St. Elisabeth Gruppe.

Die Versorgung der Teilnehmer erfolgt in der Einrichtung entsprechend dem Umfang der Maßnahme. Für die Dauer der Maßnahme ist ein Mitarbeiter über den gesamten Verlauf der Maßnahme zuständiger Bezugsbetreuer. Die fachärztliche Versorgung erfolgt in der Zeit der Anwesenheit der Teilnehmer über den zuständigen Arzt der Einrichtung. Während der Freizeit der Teilnehmer oder an den Wochenenden ist im Krisenfall die zuständige Ambulanz des psychiatrischen Krankenhauses zuständig.

Die Mitarbeiter der Einrichtung profitieren von den regelmäßig stattfindenden internen und externen fachlichen Fortbildungsangeboten des St. Marien Hospital Eickel.

Zudem arbeiten wir eng mit dem „Betreuten Wohnen“ am St. Marien Hospital Eickel zusammen, um eine Nachbetreuung unserer Klienten in Kontinuität zu gewährleisten.

Ebenso profitiert die Einrichtung von der seit 1981 bestehenden gelungenen Tradition gemeindepsychiatrischer Arbeit vor Ort und die mittlerweile z. T. jahrzehntelang gewachsene Zusammenarbeit mit anderen Trägern, Einrichtungen, Diensten, Ämtern, Vereinen und Personen im Kreise Herne, die für die Betreuung und für Hilfen für psychisch kranke Menschen zuständig sind, sowie dem vorhandenen umfangreichen psychosozialen Netzwerk in Herne und Umgebung.

3.2 Prinzip der Selbstversorgung

Das Haus arbeitet nach dem Prinzip der Selbstversorgung im Sinne der therapeutischen Gemeinschaft. Alle Rehabilitanden tragen zum geregelten Ablauf des Alltags und zur Aufrechterhaltung eines geordneten Wohnens und Lebens in der Gemeinschaft bei. Dies erfolgt im Hinblick auf den Erwerb von Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung (ADL) für die Zeit nach der Entlassung. Die Rehabilitanden erhalten - soweit notwendig - Anleitung und Unterstützung durch das Personal und auch durch Rehabilitanden, die schon geübt in der Selbstversorgung sind und sich im Ablauf der anfallenden Arbeiten auskennen.

4. Rehabilitationskonzept

4.1 Theoretisch-wissenschaftliche Grundlagen

Die theoretischen Grundlagen des zugrundeliegenden Therapieansatzes der medizinischen Reha für psychische Gesundheit basieren auf der Grundlage evidenzbasierter Theorien und Leitlinien wie folgt unter Berücksichtigung der:

- Persönlichkeitstheorien nach Prof. Kuhl und dem daraus abgeleiteten Krankheitsmodell, der entsprechend individuell angepassten Behandlung mit psychotherapeutischen Schwerpunkten (verhaltenstherapeutisch und tiefenpsychologisch) sowie Elementen aus der kognitiven, psychodynamischen, humanistischen, systemischen und interaktionellen Therapie.
- AWMF-Leitlinien der zu behandelnden Erkrankungen und Funktionsstörungen entsprechend der
- Bio-psycho-sozialen Modellvorstellungen der ICF, daraus resultierend entsprechende Rehabilitationsziele mit regelmäßiger Zielüberprüfung und entsprechender Abgleichung.

4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen

Aufgenommen werden psychiatrisch erkrankte Menschen ab dem 18. Lebensjahr. Eine obere Altersgrenze wird nicht genannt, da diese sich mit dem Behandlungs- und Rehabilitationsziel ergibt und sich dann mit dem Alter und den kognitiven Fähigkeiten limitiert.

Dabei fließen medizinische, soziale und berufliche Aspekte in die Rehabilitation mit ein und werden entsprechend berücksichtigt.

4.2.1 Patienten mit folgenden Diagnosegruppen werden dabei berücksichtigt:

- affektive und schizophrene Psychosen
- Persönlichkeitsstörungen
- Angst- und Zwangserkrankungen
- komorbide Suchterkrankung

Das Ziel ist es, das Wiedererlangen einer tragfähigen und längerfristigen psychischen Stabilität zur Vermeidung erneuter Wiedererkrankung mit der Folge der Notwendigkeit erneuter stationärer psychiatrischer Behandlung zu erreichen.

Die Rehabilitanden sollen befähigt werden, ihr Leben selbständig und eigenverantwortlich zu führen, den Umgang mit ihrer Erkrankung zu erlernen und auch wieder eine berufliche Perspektive zu entwickeln.

Erforderlich dazu ist eine mindestens ausreichende Motivation des Rehabilitanden zur Reha, ein gewisses Maß an Adhärenz, Therapieteilnahme und eine positive bzw. gute Prognose für den Rehabilitationsverlauf.

Es besteht die Möglichkeit einer stationären Reha gegenüber einer ganztägig ambulanten Reha. Während die stationäre Reha eine Übernachtung des Patienten in der Klinik beinhaltet, muss der Patient bei Teilnahme an einer ganztägig ambulanten Therapie in der Lage sein, den Weg zur und von der Klinik eigenständig zu bestreiten. Darüber hinaus sollte der Rehabilitand in der Lage sein, ein gewisses Maß an Selbständigkeit aufzubringen, auch für den Fall, dass keine Angehörigen vor Ort sind, um alleine zu Recht zu kommen. Dies

bedeutet aber auch, dass der Patient bereits eine mindestens ausreichende psychische Stabilität erreicht hat, die es weiter auszubauen gilt und um eine berufliche Perspektive zu entwickeln. Die Patienten sollten in der Lage sein, die Körperhygiene eigenständig zu betreiben. Eine pflegerische Tätigkeit erfolgt nur anleitend bzw. unterstützend.

Die formalen Voraussetzungen der Aufnahme zur Rehabilitation sind, dass Aufnahme und Behandlung unter freiwilligen Bedingungen erfolgen, diese fachärztlich angeordnet sein müssen und eine gültige Kostenübernahmeerklärung des entsprechenden Kostenträgers (RV, KV) beinhalten.

Kontraindikationen sind Menschen mit primärer oder im Vordergrund stehender Suchterkrankung, Menschen mit erheblichen kognitiven Störungen, schwerer Intelligenzminderung i. S. einer geistigen Behinderung, Demenz und Menschen mit einer erheblichen Störung im Sozialverhalten (Dissozialität) sowie akute Suizidalität.

4.3 Rehabilitationsziele

Eine wesentliche Zielsetzung der Rehabilitation besteht darin, die Betroffenen zu befähigen, mit ihrer Krankheit adäquat und selbstbestimmt umzugehen und trotz Einschränkungen vor allem ihre Funktionen im Beruf wahrzunehmen sowie ihre Rollen in Familie und Gesellschaft so weit wie möglich auszuüben.

Chronische Erkrankungen und ihre Folgen lassen ebenso wie Akuterkrankungen und traumatische Ereignisse nicht immer eine völlige Wiederherstellung der Gesundheit zu. Die Aufgabe der Rehabilitation liegt in diesen Fällen darin, eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erreichen, ein Fortschreiten des Krankheitsprozesses aufzuhalten, bereits eingetretene Funktions- und Aktivitätsstörungen weitestgehend zu reduzieren und eine Beeinträchtigung der Teilhabe bzw. dem Auftreten dauerhafter Benachteiligungen vorzubeugen.

Die Rehabilitationsziele werden individuell mit jedem Rehabilitanden besprochen, erörtert und festgeschrieben entsprechend seiner Fähigkeiten und werden unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Aufgaben der Rehabilitationsträger operationalisiert und konkret dargestellt.

4.3.1 Folgende Strategien werden dabei besonders berücksichtigt:

- aktive Einbeziehung des Rehabilitanden in den Prozess der Zieldefinition
- therapeutische Weiterentwicklung und Vertiefung von Krankheitseinsicht, Förderung der Adhärenz in psychoedukativen gruppen- und auch einzeltherapeutischen Angeboten
- Verbesserung der Erkrankung erzielen
- Behinderung im Alltagsleben mindern
- Selbstmanagement
- Erhaltung und Stabilisierung der dauerhaften Abstinenzfähigkeit bei komorbider Suchterkrankung
- Erkennung, Vermeidung und Bewältigung von „Rückfallsituationen“ i. S. von Wiedererkrankung
- Konflikt- und Krisenbewältigung
- Hinführung zu einer gesunden Lebensführung
- berufliche Wiedereingliederung/Hilfen im sozialen Umfeld

Ein besonderes Augenmerk gilt dabei der Sicherung der medikamentösen Behandlung, dem Medikamententraining, dem Umgang mit Krankheitssymptomen (Psychoedukation) und der Modifikation von dysfunktionalen Verhaltensweisen.

4.4 Rehabilitationsdauer

Die Aufenthaltsdauer ist abhängig von der Art und Schwere der Erkrankung, dem Ausmaß der Funktionsstörung und den jeweils individuellen Fortschritten der Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation. Diese kann je nach Ausrichtung der Rehabilitationsziele in Absprache mit dem Rehabilitanden und Kostenträger von 3 Wochen bis zu 12 Monaten betragen. Insbesondere bei der Antragstellung der Kostenverlängerung werden mit dem Rehabilitanden die Motivation und weitere Rehabilitationsvereinbarungen bzw. -ziele erörtert.

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Bei der rehabilitativen Behandlung geht es um das Bessern und Lindern der Krankheitsfolgen – „mit diesen leben lernen“ –, die Enthospitalisierung und Wiedereingliederung von Patienten, die für die rehabilitative Behandlung ausreichend stabilisiert sind und unter psychischen und sozialen Krankheitsfolgen leiden. Das Mittel der Behandlung ist ein mehrdimensional rehabilitatives, ergänzt durch Psychotherapie zur Bewältigung der Krankheitsfolgen sowie multimodale und multiprofessionelle Therapien.

In Anlehnung an das bekannte 4-Phasen-Modell für die Rehabilitation bei somatischen Erkrankungen, folgt hier die Einteilung der Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen, nach der in unserer Klinik gehandelt wird:

- Akutbehandlung – A:
Diese findet in der Regel im Akutkrankenhaus statt, oftmals, wenn nötig, auch mit intensivierter personeller Betreuung und/oder Medikation. Gelegentlich, im Fall eines Rückfalls bzw. einer Wiedererkrankung, kann die Akutbehandlung auch in der Rehabilitation vorübergehend erfolgen, um einen Beziehungsabbruch zu vermeiden.
- Frührehabilitation – B/Weiterführende Rehabilitation – C:
Ziel der weiterführenden Rehabilitation ist eine möglichst selbstständige Lebensführung. Es besteht noch ein hoher bezugstherapeutischer Bedarf, der Patient arbeitet jedoch bei den einzelnen Therapien mit. Ziel ist eine Enthospitalisierung nach langer Akutbehandlung im Sinne einer „Frühmobilisierung“ bzw. „Frührehabilitation“.
- Abschluss der medizinischen Rehabilitation – D:
Ziele sind das Bessern und Lindern der Krankheitsfolgen – „mit diesen leben lernen“ –, die Enthospitalisierung und Wiedereingliederung von Patienten, die Selbstversorgung im lebenspraktischen Bereich sowie die aktive Teilnahme an den Rehabilitationsmaßnahmen mit dem Ziel der beruflichen Wiedereingliederung bei Berufstätigen.
Bei Rentnern steht das Wiedererlangen der Alltagskompetenzen im Vordergrund.
Mit der Phase D kann die Rehabilitation abgeschlossen sein. Bei geplanter Wiedereingliederung in den Beruf kann sich die schulisch-berufliche Rehabilitation (Phase E) anschließen.
- Schulisch-berufliche Rehabilitation – E:
In Phase E geht es primär um die Sicherung des Behandlungserfolgs und um die berufliche Wiedereingliederung. Es stehen verschiedene Förderlehrgänge, Arbeitstherapie, Belastungserprobung und Berufsfindung als sogenannte Anpassungsmaßnahmen zur Verfügung. Ziel ist, dass der Patient entweder abgestuft oder

voll schulisch bzw. beruflich integriert werden kann. Wenn das nicht möglich ist, werden Umschulungsmaßnahmen eingeleitet oder, falls dies die Behinderung, Funktionsstörung oder die Folgen der Erkrankung nicht zulassen, ein Platz in einer Werkstatt für behinderte Menschen gesucht. Hier kann dann durch berufliche Vorbereitungslehrgänge eine weitere Förderung stattfinden.

Besonders die schulisch-berufliche Rehabilitation ist ein schwieriger Bereich, der eine enge Zusammenarbeit zwischen Klinik, Betroffenen, Angehörigen, den zuständigen Schul- und Arbeitsverwaltungen sowie den Kostenträgern erfordert. Nur so können Fehlentwicklungen vermieden werden, wie z.B. die vorschnelle Beantragung einer Rente.

Dementsprechend richten wir die jeweilige Behandlungsplanung individuell, ganzheitlich und passgenau auf den Kontext des jeweiligen Menschen aus.

Die Lebensgeschichte und Persönlichkeit sowie die physische und soziale Umwelt des Menschen werden berücksichtigt.

Die Folgen einer Erkrankung verstehen wir nicht nur als individuelles Schicksal, sondern auch als das Ergebnis möglicher Wechselwirkungen von krankheitsbedingten und kontextuellen Faktoren.

In der Einzel- und Gruppentherapie werden sowohl biographische Zusammenhänge erlebt und besprochen als auch die Bedingungen, welche die Beeinträchtigungen verstärken oder vermindern, thematisiert.

Elementar im Hinblick auf die berufliche Rehabilitation des Patienten, sind die verschiedenen Bereiche der Arbeitstherapie und die Maßnahmen zur Eingliederung ins Berufsleben.

Bereits während des ersten Gespräches, nämlich der Begutachtung vor der Rehabilitationsbehandlung, werden mit dem zukünftigen Rehabilitanden, seinen Bedürfnissen und Vorstellungen entsprechend, erste Behandlungsziele erörtert, die seine zukünftige Rehabilitationsbehandlung beeinflussen können.

Da zwischen dem Vorgespräch bis zur Aufnahme in die Rehabilitation ein unterschiedlich langes Zeitintervall liegen kann, werden auch im Aufnahmegespräch die individuellen Rehabilitationsziele nochmals erörtert, auf Sinnhaftigkeit überprüft und dann auch schriftlich als Behandlungsplan mit Therapieanordnung und als eine Behandlungsvereinbarung zwischen Patient und Klinik festgehalten.

Im weiteren Verlauf planen die Mitarbeiter aller beteiligten Berufsgruppen in Absprache mit dem Patienten erste Behandlungsziele und führen entsprechende Maßnahmen, wie die Erstellung eines Wochenplans über die für den Patienten individuell abgestimmten Therapien durch. Erste therapeutische Maßnahmen beginnen (Kontaktaufnahme/Beziehungsaufbau) mit dem Eintreffen des Patienten in die Medizinische Rehabilitation. Die Aufnahmeaktivitäten erfolgen aufeinander abgestimmt patientenorientiert und zeitnah.

Eine Überprüfung und Aktualisierung der Behandlungsziele erfolgt in den regelmäßig stattfindenden Visiten und führen zu einer koordinierten für alle Teammitglieder transparenten Behandlung der Patienten.

Diese finden wöchentlich zu festgelegten Zeiten als „Visiten“ und „Teamsitzungen/Übergaben“ im multiprofessionellen Team statt.

Die Teamsitzung dient zur Besprechung neu aufgenommener Patienten, Weitergabe des aktuellen Behandlungsstandes, Zielsetzungen in der Behandlungsplanung und Koordinierung des Behandlungsablaufes der einzelnen Patienten.

Dabei wird insbesondere Wert auf den Umgang mit der Erkrankung, alltagspraktische Fähigkeiten, soziale Kompetenzen, Ressourcen-orientierung und die berufliche Rehabilitation zur Wiederherstellung der Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit für den allgemeinen (ersten) Arbeitsmarkt oder für eine Arbeit im beschützten Bereich gelegt.

Zur Reintegration in das soziale Leben werden alle für den Rehabilitanden notwendigen Bezugspersonen mit seinem Einverständnis nach systemischem Verständnis einbezogen bzw. berücksichtigt.

Die berufliche Reintegration erfolgt, in Absprache mit dem Rehabilitanden, seinen beruflichen Vorgesetzten, wenn erforderlich auch immer in Absprache mit den Mitarbeitern der für den Rehabilitanden zuständigen Agentur für Arbeit oder auch Reha-Fachberater. Dem gehen jedoch oftmals noch extramurale Belastungserprobungen i. S. von Praktika voraus, in denen die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit ermittelt und überprüft werden kann. Die extramuralen Belastungs-erprobungen können in unterschiedlichen Arbeitsfeldern vermittelt und durchgeführt werden. Bei noch bestehendem Arbeitsvertrag kann auch eine berufliche Wiedereingliederung vermittelt und begleitet werden.

4.6 Rehabilitationsprogramm

Die Rehabilitanden gestalten in der Organisationsgruppe den Alltagsablauf für eine Woche mit allen Diensten und Aufgaben selbständig untereinander, falls erforderlich mit Hilfe der Betreuer. Die Patienten lernen sich und andere zu organisieren, zu planen, sich abzusprechen. Dies dient als soziales Übungsfeld, um eigene Bedürfnisse einzubringen, Kompromisse zu finden, gemeinsame Lösungen zu suchen, zu koalieren und auch sich abzugrenzen.

Die übliche Tagesstruktur der Rehabilitanden sieht folgendermaßen aus:

07.30 Uhr	Frühstücksvorbereitungen
08.00 Uhr	Gemeinsames Frühstück
08.30 Uhr	Frühbesprechung
09.00 Uhr	Ergotherapie / Therapiebeginn
12.30 Uhr	bis 13.00 Uhr Mittagessen und Pause
13.15 Uhr	Ergotherapie, bzw. Beginn der Therapiegruppen
16.30 Uhr	Ende der Therapie, anschließend unterschiedliche Angebote im Freizeitbereich über die Woche, Teilnahme freiwillig.
21.30 Uhr	Beginn des bis 8.00 Uhr dauernden Obmannendienstes/ Obfraudienstes (ein erfahrener Rehabilitand als erste Anlaufstelle für eventuelle Probleme / Krisen etc.)

Die vorstehende Tagesstrukturierung gilt montags bis freitags. Am Samstag und am Sonntag finden verkürzte Dienste statt.

Werktags sind von 8.00 bis 21.30 Uhr therapeutische Mitarbeiter im Hause anwesend, samstags und sonntags von 10.00 bis 14.00 Uhr. Zu allen übrigen Zeiten besteht bis zum jeweils nächsten Dienstbeginn Rufbereitschaft durch den „Arzt vom Dienst“ des St. Marien Hospital Eickel. Jeder Rehabilitand hat eine zuständige Bezugsperson aus dem therapeutischen Dienst.

Tages- und Wochenplan als Anlage

4.7 Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Die Aufnahme eines Rehabilitanden wird so geplant, dass diese möglichst zeitnah nach Erhalt der Kostenzusage stattfinden kann. Lange Wartezeiten sollen so vermieden werden.

Die Zuweisung des Rehabilitanden erfolgt über einen niedergelassenen oder einem in einer Klinik tätigen ärztlichen Kollegen, z. B. einer psychiatrischen Klinik oder Tagesklinik. Die Aufnahme erfolgt stets selektiv und unter freiwilligen Bedingungen.

Im Vorfeld der Aufnahme zur Rehabilitation erhält der zukünftige Rehabilitand einen Vorstellungstermin in der medizinischen Reha bzw. das Angebot einer Teilnahme als Gast i.S. eines oder mehrerer „Probetage“ über einen Zeitraum von ein bis zwei Tagen. Dabei hat der Patient die Möglichkeit, Informationen über die Therapieangebote zu erhalten und die Gegebenheiten der Rehaklinik kennen zu lernen.

Diese Zeit wird auch dazu genutzt, um Gespräche zwischen dem Patienten, den Mitgliedern des therapeutischen Teams sowie den entsprechend zuständigen Personen, Vertreter der vermittelnden Stelle, Eltern, Betreuer etc. zu führen.

Nach der beidseitigen Entscheidung zur Teilnahme an einer med. Reha erhält der Patient einen zeitnahen Termin zum fachärztlichen Gespräch.

In diesem Vorgespräch werden die aktuelle, psychiatrische, Familien-, Eigen-, Medikamenten- und Sozialanamnese sowie der psychische Befund erhoben. Darüber hinaus werden auch die Erwartungen, Erfahrungen, persönliche Perspektiven und die Motivation zur Reha des Patienten besprochen, die Rehabilitationsfähigkeit überprüft und mit den anamnestischen Angaben und eigenen Feststellungen eine gutachterliche Stellungnahme erstellt.

Des Weiteren wird das Behandlungs- und Therapieangebot erläutert sowie die Indikation zur stationären oder teilstationären medizinischen Rehabilitation gestellt, wobei beide Seiten die Eignung des Behandlungs- und Therapieangebotes prüfen. Die Vorgespräche werden von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit entsprechender Qualifikation oder Rehaerfahrung durchgeführt, der dann die Eignung des Behandlungs- und Therapieangebotes für den Rehabilitanden in Form einer gutachterlichen Stellungnahme beschreibt, dokumentiert und bewertet, welche dann an die entsprechende Kostenübernahmestelle weitergeleitet wird. Im Falle einer Zusage wird ein Aufnahmetermin vereinbart; falls kein Aufnahmetermin vereinbart werden kann, finden regelmäßige Telefonkontakte oder auch persönliche Kontakte bis zur Festlegung eines definitiven Aufnahmetermins statt.

Die administrative Aufnahme erfolgt bei Eintreffen des Patienten durch einen Bezugstherapeuten der Medizinischen Rehabilitation. Die Dokumentation wird angelegt. Soweit möglich, wird bereits in der Aufnahmeuntersuchung der Behandlungsplan in Absprache mit dem Patienten erstellt.

Die fachärztliche Untersuchung erfolgt am Aufnahmetag bzw. innerhalb der ersten 24 Std. nach Aufnahme. Behandlungsziele und Behandlungsplanung werden vorläufig festgelegt und in der regelmäßig stattfindenden Teamsitzung noch einmal besprochen. Vor oder direkt im Anschluss an die Aufnahmeuntersuchung, wird der Patient durch einen Mitarbeiter des therapeutischen Teams in sein Zimmer begleitet und seinen Mitpatienten vorgestellt. Er wird mit den Räumlichkeiten und Gegebenheiten der Medizinischen Reha nochmals vertraut gemacht. Ein aus der Patientenschaft der Medizinischen Reha benannter „Pate“ steht neben den Mitarbeitern dem Patienten für seine Orientierung zur Verfügung. Die Mitarbeiter aller beteiligten Berufsgruppen legen eine patientenzentrierte Dokumentation an, planen in Absprache mit dem Patienten erste Behandlungsziele und führen entsprechende Maßnahmen, wie die Erstellung eines Wochenplans über die für den Pat. individuell abgestimmten Therapien durch. Erste therapeutische Maßnahmen beginnen

(Kontaktaufnahme/Beziehungsaufbau) mit dem Eintreffen des Patienten in die Medizinische Reha. Die Aufnahmeaktivitäten erfolgen aufeinander abgestimmt patientenorientiert und zeitnah. Dazu gehören auch die EKG- und Laboruntersuchung zu Beginn der Rehabilitation. Die Mitarbeiter aller beteiligten Berufsgruppen legen eine patientenzentrierte Dokumentation an, planen in Absprache mit dem Patienten erste Behandlungsziele und führen entsprechende Maßnahmen durch.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Bei Aufnahme eines Patienten erfolgt sehr zeitnah zunächst die körperliche Untersuchung und die Blutentnahme zur Laborkontrolle, entweder am gleichen Tag oder am Folgetag. Es folgen entsprechende internistische Untersuchungen, EKG und EKG-Kontrollen im Verlauf sowie auch Kontrolle der Laborbefunde, in der Regel alle 14 Tage, zu bestimmten Fragestellungen können u. a. auch Sonographien, Langzeitblutdruckkontrollen und EEG-Untersuchungen durchgeführt werden.

Drogenscreenings (Sticks qualitativ) können nahezu jederzeit durchgeführt werden, geplant 2 x pro Woche bei vorliegender komorbider Suchterkrankung, ggf. auch im Verdachtsfall. Bei positivem Drogenscreening erfolgt zusätzlich eine semiquantitative Untersuchung, um eine Verlaufsbestimmung durchführen zu können.

Die somatische Diagnostik erfolgt durch entsprechend tätige Fachärzte in der Reha selbst, im benachbarten St. Marien Hospital Eickel oder in den in der Nachbarschaft angrenzenden Kliniken und Praxen, die die Patienten aufsuchen können (über Konsil oder Krankenkassenkarte).

Die psychiatrische bzw. psychische Diagnostik erfolgt entweder durch den in der Rehabilitation tätigen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder durch die in der Rehabilitation tätige psychologische Psychotherapeuten. Hierbei kommen auch neuropsychologische Untersuchungen zum Einsatz, je nach Fragestellung und Störung.

Zu rein diagnostischen Zwecken kommen folgende Testungen zum Einsatz:

- SKID I: Strukturiertes klinisches Interview für akute Störungen zu DSM IV
- SKID II: Strukturiertes klinisches Interview für Persönlichkeitsstörungen zu DSM IV
- SKID D: Strukturiertes klinisches Interview für Dissoziationen zu DSM IV
- DIPS I, II: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen
- HAWIE: Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene

Störungsspezifisch werden eingesetzt:

- BDI-II: Beck-Depressionsinventar
- SCL 90-R: Symptomcheckliste für psychische Störungen (90 Items, revidiert)
- HCL-32: Hypomania/Mania-Symptomcheckliste (32 Items)
- AUDIT: Alcohol use disorders identification test.
- HASE: Hamburger ADHS Skalen für Erwachsene

Die soziale, arbeitsbezogene Diagnostik sowie auch die Diagnostik der Förderfaktoren, Barrieren, Ursachen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe erfolgt in erster Linie durch den soziotherapeutischen Bezugstherapeuten sowie auch vom zuständigen ärztlichen oder psychologischen Therapeuten. Dazu ergänzend gehören auch die in der Teamsitzung oder Rehakonferenz beschriebenen Erörterungen, insbesondere zur Klärung der weiterführenden Diagnostik, Therapie und Nachsorge im Sinne einer Weiterbehandlung.

4.7.3 Medizinische Therapie

4.7.3.1 Aufgaben des Arztes / Psychotherapeuten im Rehabilitationsteam

- Sicherstellung und Planung der medizinischen und therapeutischen Versorgung der Rehabilitanden
- Beratungs-, Unterstützungs- und Informationsaufgaben gegenüber Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen
- Koordinationsaufgaben und Kooperationsaufgaben zwischen allen Mitwirkenden am Hilfeprozess innerhalb und außerhalb der medizinischen Rehabilitationseinrichtung, zwischen allen Beteiligten im Rahmen der vor-, stationären und nachstationären Versorgung

Allgemeine Aufgaben

- Führung der vorgegebenen Dokumentation und Statistiken
- Teilnahme an Teamsitzungen / Teambesprechung / Übergabe / Visiten
- Teilnahme an Supervision und Fortbildungsveranstaltungen (insb. der Pflichtveranstaltungen laut Schulungsplan)

Rehabilitationsbezogene / Patientenbezogene Aufgaben

Im Vorfeld

- Auswertung der Vorbefunde,
- Einbeziehung von Familie und Betreuer im Bedarfsfall und wenn Patient einverstanden,
- Gutachterliche Stellungnahme,
- Indikationsstellung zur Teilnahme an der med. Rehabilitation,
- Therapievorplanung in Absprache mit dem Rehabilitanden

Bei Aufnahme

- Überwachung der Aufnahmebefunderstellung, körperlichen Untersuchung,
- Überwachung der medikamentösen Therapie und Anordnung der medizinischen Behandlung sowie Besprechung der Therapieteilnahme und Anordnung dieser

Im Verlauf:

- Überwachung der medikamentösen Anpassung und Optimierung sowie Indikationsstellung, Ausweitung und Spezialisierung (Störungsbezogen) der Therapieangebote nach der Sinnhaftigkeit und nach den Bedürfnissen des Rehabilitanden
- Überwachung der somatischen Diagnostik und Mitbehandlung ggf. konsiliarische Behandlung des Rehabilitanden
- Regelmäßiger Austausch zur Therapieplanung und Besprechung der fortlaufenden Therapien
- Konzeptentwicklung und -überprüfung
- Überprüfung der Sinnhaftigkeit, Notwendigkeit und der Motivation sowie Fähigkeit zur Rehabilitationsteilnahme
- Überwachung der Endabfassung der Kostenverlängerungsanträge,
- Überwachung der Feststellung und Beurteilung der beruflichen Belastbarkeit
- Überwachung der Endabfassung und Erstellen von Epikrisen

Sonstige Aufgaben:

- Organisation und Durchführung von themenspezifischen Veranstaltungen
- Einhaltung und Umsetzung der Anforderungen der BAR, DEGEMED und der DIN EN ISO 9001 / Qualitätsmanagement

4.7.3.2 Aufgaben des Psychologen / Psychotherapeuten im Rehabilitationsteam:

Allgemeine Aufgaben:

- Führung der vorgegebenen Dokumentation und Statistiken
- Teilnahme an Teamsitzungen / Teambesprechung / Übergabe / Visiten
- Teilnahme an Supervision und Fortbildungsveranstaltungen (insb. der Pflichtveranstaltungen laut Schulungsplan)

Rehabilitationsbezogene / Patientenbezogene Aufgaben:

- Anamnese- und Befunderhebung
- Psychodiagnostik mittels Leistungs- und Persönlichkeitstests
- Erstellung von psychologischen Gutachten und Stellungnahmen
- Planung der Art und des Umfangs der psychologischen Behandlungsangebote für Patienten
- Krisenintervention
- Vermittlung von Entspannungsverfahren in Einzel- und Gruppentherapie
- Interdisziplinäre Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen
- Durchführung spezifischer Behandlungsprogramme bei speziellen Störungen und Indikationen
- Durchführung von psychoedukativen Gruppen
- Allgemeine und indikationsbezogene Gesundheitsförderung und Prävention
- Erstellung von Informationsmaterial für die Patienten zu spezifischen, klinisch relevanten Themen
- Information über Möglichkeiten der ambulanten Nachsorge

Sonstige Aufgaben

- Organisation und Durchführung von themenspezifischen Veranstaltungen
- Einhaltung und Umsetzung der Anforderungen der BAR, DEGEMED und der DIN EN ISO 9001 / Qualitätsmanagement

4.7.3.3 Umgang mit suizidalen Krisen, Zunahme der Akuität einer Erkrankung während der medizinischen Rehabilitation

Es gibt keine Standards im Umgang bei Zunahme der Akuität einer Erkrankung bis hin zur akuten suizidalen Gefährdung. Patienten werden individuell behandelt. Bereits während der „sogenannten Probetage“ in der medizinischen Rehabilitationsklinik werden erste Kontakte zwischen zukünftigen Bezugstherapeuten und dem Patienten hergestellt. Bei der Exploration des Patienten für das fachärztliche Gutachten zur Rehabilitation und dem fachärztlichen Aufnahmegespräch wird zusätzlich auch ein psychopathologischer Befund mit Krankheitssymptomen und expliziter Abklärung der Suizidalität erhoben.

Patienten mit einer akuten psychiatrischen Erkrankung werden dabei zur Aufnahme einer stationären psychiatrischen Behandlung beraten und ggf. auch vermittelt.

Für Patienten, die während der Rehabilitationsbehandlung erneut erkranken mit Zunahme von Krankheitssymptomen, erfolgt die Behandlung zur Symptomreduktion in der Rehabilitationsklinik unter engmaschiger personeller Betreuung in Absprache mit dem Patienten und den Bezugstherapeuten, um einen Beziehungsabbruch zu vermeiden. Zur Behandlung gehören ausführliche Krisengespräche mit dem Angebot engmaschiger therapeutischer und pflegerischer Begleitung durch die Krise sowie häufige Gesprächskontakte mit jeweiliger Abklärung von Suizidalität. Neben einer adäquaten Behandlung der Grundkrankheit ist eine zusätzliche Medikation mit niederdosierten, sedierenden Neuroleptika bzw. Benzodiazepinen zu bedenken. Ziel von Medikation ist

Anxiolyse, Entspannung, Sedierung, Herbeiführung von Schlaf sowie Dämpfung des Handlungsdruckes. Darüber hinaus steht im Vordergrund ein häufiger Austausch aller Beteiligten im therapeutischen Team und den diensthabenden Ärzten.

Erst die Akuität und Schwere einer Erkrankung sowie eine akute Suizidalität, die trotz der o. g. Maßnahmen keinen Symptomrückgang oder sogar noch eine Symptomzunahme erfahren (z. B. bei fehlender Absprache- oder Bedürfnisfähigkeit), machen ggf. eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik erforderlich.

Diese erfolgt i. d.R. im benachbarten St. Marien Hospital Eickel.

Die Diagnostik einer suizidalen Gefährdung erfolgt in der Regel in der Beziehung zwischen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie den betroffenen Patienten. Die Eigenverantwortung des Patienten besteht darin, Informationen über seine suizidale Not zu geben und deutlich werden zu lassen, soweit ihm dies in seiner Situation möglich ist.

Suizidalität ist die Gesamtheit all derjenigen Denk- und Verhaltensweisen eines Menschen, die selbstdestruktiven Charakter haben können und das eigene Versterben direkt oder indirekt in Kauf nehmen.

4.7.3.4 Die Behandlung bestehender Erkrankungen

Die ärztliche Grundversorgung bereits bestehender Erkrankungen wird, wie empfohlen, fortgeführt und ggf. überprüft und therapeutisch optimiert

Die Rehabilitanden haben, bei freier Arztwahl, in der Regel einen Hausarzt am Wohnort schon vor der Aufnahme. Bei Aufnahme werden die Daten ins das Stammbblatt aufgenommen. Darüber hinaus können alle verfügbaren Ärzte vor Ort über das örtliche Telefonbuch eingesehen werden. Bei Bedarf können Konsile angeordnet werden. Aktuelle Befunde werden durch den Krankenpfleger dem Arzt vorgelegt und in der Kurve aufbewahrt.

4.7.3.5 Organisation von Visiten, Arztgesprächen

Wöchentlich finden Einzelvisiten statt. Darüber hinaus hat jeder Patient die Möglichkeit, einen zeitnahen ärztlichen Gesprächstermin nach individueller Absprache und nach Notwendigkeit zu erhalten. Die Visite ist ein wesentliches Mittel zur Sicherstellung der Behandlungsqualität und des Dialoges zwischen Patient und Arzt.

Die psychiatrische Visite (Einzelvisite) ist einerseits Teil der psychiatrischen Behandlung durch gezielte therapeutische Interventionen, andererseits dient sie zur:

- Überprüfung, gegebenenfalls Erweiterung oder Korrektur des Behandlungsplans, Abklärung der weiteren medikamentösen (psychopharmakologisch) Behandlungsbedürftigkeit und Optimierung der Therapie
- Informationsgewinnung über den Stand der Behandlungen
- Besprechung von Befunden (Laborbefunde, Konsiliarbefunde, technische Untersuchungen wie Röntgen, CCT, EEG etc.)
- Besprechung der Behandlung, wie Teilnahme an entsprechenden Therapieangeboten nach Indikation

4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppenangebote

Die qualitative und quantitative therapeutische Ausrichtung ist sowohl von der Anzahl der Therapeuten als auch vom therapeutischen Angebot bewusst ausgewählt.

Dadurch kann eine Behandlung erfolgen, mit therapeutischen Schwerpunkten verhaltenstherapeutisch und auch tiefenpsychologisch sowie mit Einsatz von Elementen der kognitiven, psychodynamischen, humanistischen, systemischen und interaktionellen Therapie.

Die Arbeit am Patienten erfolgt im Bezugstherapeutensystem.

Schwerpunkt bilden jedoch die verhaltenstherapeutischen Einzelgespräche mit dem Ziel der Linderung von Störungen mit Krankheitswert, der Verbesserung der Behandlungsmotivation, Verarbeitung von erlebten Kränkungen und Leiden im Rahmen der Erkrankung sowie der Rückfallprophylaxe; ggf. erfolgen Paar- oder Angehörigengespräche.

Diese sind generell möglich für alle Patienten, je nach Erkrankungsbild werden passende Interventionen aus dem Bereich der Kognitiven Verhaltenstherapie angewendet; pro Woche werden mehrere Gesprächstermine à 50 Minuten angeboten, die nach Bedarf und zur Bearbeitung eines konkreten Therapieziels mit verhaltenstherapeutischen oder auch tiefenpsychologischen Methoden, Vor- und Nachbereitung von Gruppentherapien, sowie als Reaktion auf Krisen erfolgen. Dazu gehören auch die psychologische Diagnostik, verhaltenstherapeutische Interventionen, supportive Gespräche, Krisenintervention, Verhaltensanalysen, störungsspezifische Psychoedukation, Selfmonitoring, Verhaltenstestungen, Veränderung dysfunktionaler Grundannahmen, ressourcenorientierte Interventionen u.a.

Es existiert ein großes therapeutisches Angebot von offenen, halboffenen und geschlossenen Gruppenangeboten.

Die Gruppengröße variiert, so dass manche Angebote an mehreren Terminen angeboten werden. Die halboffenen oder geschlossenen Gruppenangebote wiederum bedürfen einer vorhergehenden Ankündigung bzw. Anmeldung über eine kurze „Warteliste“.

Therapeutische Leistungen werden im Rahmen der wöchentlich stattfindenden Visiten individuell verordnet, in ihrer Wirksamkeit überprüft, in den Rehabilitationsplan aufgenommen und kontinuierlich fortgeschrieben bzw. modifiziert. Die therapeutische Verantwortung unterliegt dem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.

Fachpsychiatrische und psychologische Leistungen

- Gruppe lebenspraktischer Fähigkeiten
- Psychiatrische Diagnostik
- Rehabilitationsdiagnostik
- Psychologische Diagnostik und testpsychologische Erfolgskontrolle
- Medikamentöse Behandlung und Umgang mit Medikamenten
- Psychotherapie in Einzel- und Gruppenverfahren
- Krisenintervention, Umgang mit Krisensituationen, persönlicher Krisenplan
- Psychoedukation für Patienten und Angehörige, Krankheitsbewältigung, Stressbewältigung
- Frühsymptommanagement zur Rückfallprophylaxe
- Entwicklung von Copingstrategien, Problemlösestrategien
- Konfliktmanagement
- Entwicklung von Strategien zum Abbau von Risikoverhalten
- Therapeutisches Angebot für Klienten mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht
- Angehörigenarbeit und Einbeziehung des sozialen Umfeldes
- Entspannungstraining nach Jacobsen
- Entspannung/Achtsamkeit mit tibetischen Klangschalen
- Traumazentrierte Beratung und Begleitung

4.7.4.1 Indikation zur Teilnahme an den angebotenen Therapien:

Angstgruppe:

Alle Patienten mit Diagnosen aus dem Bereich der Angst- und Zwangs-erkrankungen (F40.0 bis F42.9).

Das Angstbewältigungstraining richtet sich an Patienten mit primären Angsterkrankungen, v.a. Panikstörung und Agoraphobie, aber auch an zwangserkrankte Patienten. Es orientiert sich an kognitiv-verhaltens-therapeutischen Behandlungsmanualen.

Schwerpunktmäßig wird Psychoedukation fokussiert sowie auf allen drei Ebenen des Angsterlebens – der kognitiven, physiologischen und motorischen – therapeutisch angesetzt. Ziele sind ein besseres Krankheitsverständnis, erste Schritte einer Konfrontationsbehandlung und das Infragestellen angsterzeugender Kognitionen.

Skillsgruppe - Interaktives Skills Training:

Alle Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung (ICD 10 F60.30 und F60.31).

"Skills-Training". Dieses Trainingsprogramm basiert auf dem von M. Linehan im Rahmen der Dialektisch - Behavioralen Therapie (DBT) entwickelten "Skills-Training" für Patienten mit Borderline-Störung.

Das Ziel ist die Vermittlung von Fähigkeiten zur Regulation von Spannungszuständen (Emotionsregulation) und damit langfristig die Reduktion von selbstverletzendem Verhalten zu erreichen.

Training sozialer Kompetenzen:

Alle Patienten mit interaktionellen Verhaltensproblemen, die zu einer Störung der psychischen Gesundheit führen. Störungsbilder, bei denen ein Soziales Kompetenztraining insbesondere indiziert ist, sind:

Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Abhängigkeitserkrankungen, Schmerzstörungen, Depressionen, Angsterkrankungen, Burnout, Psycho-onkologie und somatoforme Störungen.

Training emotionaler Kompetenzen / TEK:

Alle Patienten, mit Ausnahme der Patienten mit Diagnosen aus dem Bereich der Schizophrenie.

Gesamtziel ist die Wiederherstellung bzw. Verbesserung der intrapsychischen Funktionsfähigkeit, um damit Voraussetzung für eine Teilhabe am (Arbeits-) Leben zu schaffen. Hierzu werden einerseits Kompetenzen im Umgang mit anderen Menschen und andererseits Fähigkeiten, konstruktiv mit verschiedenen belastenden Gefühlen umzugehen, vermittelt und praktisch eingeübt.

Suchtspezifische Gruppe:

Alle Patienten mit Suchterkrankungen, stoffgebunden oder nicht stoffgebunden, z. B.: F10.2, F12.2, F13.2, F14.2, F15.2.

Suchtgruppe: verhaltenstherapeutisches Praxismanual

(nach Gouzoulis-Mayfrank, E.):

Aufbau und Erhalt eines therapeutischen Bündnisses sowie Psychoedukation und Vermittlung eines Krankheitsmodells mit dem Ziel der Krankheitseinsicht und Abstinenz, Anwendung von psychotherapeutischen Techniken zur Behandlung von Abhängigkeit und Vermittlung von Relapse-Prävention-Strategien sowie Rückfallmanagement.

Im Einzelnen:

Aufbau und Aufrechterhaltung von Abstinenzmotivation, Erkennen von Risikosituationen, Erlernen alternativer Handlungen, Umgang mit Craving, Selbstbelohnungstechniken,

Copingstrategien, Förderung sozialer und emotionaler Fertigkeiten, Förderung euthymer Tätigkeiten, Alltagsstrukturierung, Stärkung der Persönlichkeit, Ressourcen, Selbstmanagementstrategien, Entlastung von Scham- und Schuldgefühlen.

Tabakentwöhnung / „Rauchfrei Leben“ (Anil Batra / Gerhard Buchkremer):

Die Schwerpunkte liegen dabei auf der Verhaltens- und der Nikotinersatztherapie. Bei den verhaltenstherapeutischen Raucher-entwöhnungsverfahren handelt es sich um die umfassendsten, aber auch um die wirksamsten Verfahren zur Raucherentwöhnung. Die verhaltens-therapeutische Raucherentwöhnung konzentriert sich auf die Überwindung der psychischen Abhängigkeit.

Ziel: Eine professionell unterstützte Tabakentwöhnungsbehandlung während der Rehabilitation.

Psychoedukation Psychose (Manual nach Jensen, Sadre Chirazi-Stark, Hoffmann):

Für alle Patienten mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis (F20 ff);
Nach Manual mit Themen: Modelle zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Bewältigung psychischer Krisen, Diagnosen, einzelne Störungsbilder, Frühwarnsymptome, Medikamenteninformation, gesundheitsförderndes Verhalten, Anspannungsregulation, Krisenplan, Information zur weiterführenden Behandlungsstrategie.

Therapeutisches Klettern:

Für alle Patienten, zum Abbau von Anspannungen, Aufbau und Gewinn von Vertrauen und Selbstsicherheit.

Therapeutisches Reiten:

Für alle Patienten, zum Abbau von Anspannungen, Aufbau und Gewinn von Vertrauen und Selbstsicherheit.

Theatergruppe:

Die Theatergruppe ist ein externes Angebot des Marien Hospital Eickel, sie soll Raum bieten für unbefangenes Begegnen miteinander und vor Publikum, sie möchte Herausforderung bieten und die Entfaltung des persönlichen Ausdrucks fördern. Die Freude am Spiel steht im Vordergrund, daher werden Übungen und Proben mit möglichst viel Leichtigkeit und Humor geleitet. Grundelemente sind:

Wahrnehmungs- und Konzentrationsübungen; Förderung des emotionalen Ausdrucks über Gestik, Stimme und Körperhaltung; Einführung in Improvisationstechniken; Ausprobieren von Schminke, Verkleidung und ihrer Wirkung; Wiederholen von Texten; Besuch von Theaterstücken; ggf. Entwicklung und Aufführung eines Theaterstücks.

Sportliche Aktivitäten (Schwimmen, Fußball, Tischtennis, Nordic Walking u.a.):

Förderung der körperlichen Fitness, Teamfähigkeit, Selbstvertrauen.

Metakognitives Training für schizophrene Patienten:

Acht Trainingseinheiten (Module), in denen mit den Patienten interaktiv und spielerisch kognitive Fehler und einseitige Problemlösestile erarbeitet werden, um die Entwicklung von dysfunktionalen Überzeugungen bis hin zum Wahn entgegen zu wirken. Stärkung der metakognitiven Kompetenz zur Rückfallprävention. Der Patient wird angeleitet, eigene Denkfallen zu erkennen und zu entschärfen.

Das durchgeführte metakognitive Training basiert auf den theoretischen Grundlagen der Verhaltenstherapie der Schizophrenie.

COGPACK:

COGPACK wurde für Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis entwickelt und ist für den Einsatz bei Patienten mit kognitiven Defiziten geeignet.

Folgende Funktionen werden mit COGPACK trainiert:

Gedächtnis, Konzeptbildung, Logisches Denken, Problemlösung, Rechnen, Vigilanz, Visuomotorik, Aufmerksamkeit.

Diese Funktionen decken sich mit den Bereichen, bei denen bei Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen Defizite auftreten können. Dieses Einzeltraining wird individuell abgesprochen, durchgeführt und ausgewertet.

Ziel: Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten und Informationsverarbeitung.

FreshMinder:

FreshMinder ist für den Einsatz bei Patienten mit kognitiven Defiziten konzipiert.

Trainingsbereiche sind:

Akustische Wahrnehmung, Arbeitsgedächtnis, Daueraufmerksamkeit, Flexibilität, Gedächtnis, geteilte Aufmerksamkeit, Impulskontrolle, logisches Denken, Neglect/Gesichtsfeldtraining, Perspektivenwechsel, Räumliches Vorstellungsvermögen, Reaktionsfähigkeit, Rechnen, Selektive Aufmerksamkeit, Sprachverständnis, Verarbeitungsgeschwindigkeit, Visuelle Raumoperationen, Visuelle Wahrnehmung, Visuokonstruktive Fähigkeiten, Visuomotorik.

Integriertes psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT):

nach Manual, Roder/Brenner/Kienzle/Hodel:

Dieses verhaltenstherapeutische Programm versucht, unter Erweiterung des Basisstörungskonzepts der Schizophrenie, über kognitiv-therapeutische Interventionen Defizite in den kognitiven Strukturen der Teilnehmer zu erkennen und durch entsprechende Trainingsprogramme positiv zu beeinflussen.

Anfänglich sehr einfache Wahrnehmungs- und Gedächtnisübungen bauen aufeinander auf und entwickeln sich langsam zu immer komplexeren Aufgaben, die die Bereiche soziale Wahrnehmung, verbale Kommunikation, soziale Fertigkeiten und interpersonelles Problemlösen umfassen.

Insbesondere spricht dieses Programm schizophrene Menschen an, die nach Abklingen der akut-psychotischen Symptomatik noch deutlich kognitive Störungen zeigen.

Entspannungsverfahren:

Erlernen von Anspannung und Entspannung, um diese Techniken auch im (Stress-) Alltag einzusetzen.

Einüben der Progressiven Muskelrelaxation (PMR) nach Jacobson. PMR ist ein Entspannungsverfahren, welches leicht und in kurzer Zeit erlernt werden kann. Außerdem sensibilisiert das Training für Muskelverspannung im Alltag.

Entspannung/Achtsamkeit mit tibetischen Klangschalén:

Die Entspannung mit den Klangschalén soll Tiefenentspannung befördern. Das trägt zu Stressabbau und Wohlbefinden bei. Die Körperwahrnehmung kann verbessert werden. Die Erkennung und Nutzung eigener Ressourcen wird unterstützt. Selbstheilungskräfte, Selbstbewusstsein, Kreativität und Schaffenskraft können positiv beeinflusst werden, der Schlaf und die Stimmung verbessert.

Laufgruppe & Fitnesstraining

Aufbau von Bewegungskompetenz (z. B. motorische Fertigkeiten), Vermittlung einer positiven Einstellung zu körperlicher Aktivität, Vermittlung von Bewegungsfreude, Förderung der

(psycho)-sozialen Kompetenz, belastungsadäquate Förderung und Verbesserung körperlicher Funktionen, Verbesserung der Koordination und Kraftfähigkeit, Aufbau von Bewegungskompetenz (z. B. motorische Fertigkeiten), Steuerungskompetenz (z. B. Belastungskontrolle) und Selbstregulationskompetenz (z.B. Selbstwirksamkeit), Vermittlung von körper- und bewegungsbezogenem Wissen.

Gruppe lebenspraktischer :

Einüben von Zivilisationstechniken und lebenspraktisches Training zum Erlernen und selbständigen Ausüben alltagspraktischer Fertigkeiten im Hinblick auf die spätere Selbstversorgung.

Berufliche Orientierung:

Auseinandersetzung mit der eigenen (beruflichen) Situation, Vorerfahrungen, Neigungen und Ressourcen. Erarbeitung von Perspektiven und Veränderungsmöglichkeiten, Berufswegplanung, Verbesserung der arbeitsbezogenen Belastungsbewältigung. Erarbeitung von Nachsorgestrategien. Informationsvermittlung zu sozialrechtlichen Fragen und berufsfördernden Maßnahmen. Förderung der (psycho)sozialen Kompetenz.

Offene Gruppe:

Soziales Lernen. Die Gruppenmitglieder sollen miteinander ins Gespräch kommen und sich untereinander austauschen. Die soziale Wahrnehmung und Kommunikation soll verbessert werden. Entwicklung gemeinsamer Regeln, Absprachen und Vereinbarungen für das Zusammenleben.

Kunst und Fotografie Kurs (Kun-Fo):

Vermittlung von Grundlagen der Fotografie, Vorstellung verschiedener Themen mit praktischen Aufgabe. Blockarbeit bestehend aus 14 Sitzungen die 1x wöchentlich stattfinden. Rehabilitanden der medizinischen Rehabilitation, ggf. auch bereits entlassene Rehabilitand*innen (Verordnung Nicht-Ärztlicher-Leistungen). Bei Bedarf kann das Projekt offen gestaltet werden, sodass Patienten des St. Marien-Hospitals das Angebot ebenfalls nutzen können.

Jakobuspilgergruppe:

Alle Indikationen, Training von Spannungsmanagement und Potenzierung von Widerstandsressourcen durch kontinuierliche Bewältigung authentischer Anforderungen, Verbesserung von Copingverhalten durch Zugewinn von intellektuellen und pragmatischen Fertigkeiten, Verbesserung der sozialen Kompetenzen, besseres Gespür für die körperliche Belastbarkeit, Entwicklung von sinnstiftenden Aktivitäten.

Gruppensitzung unter Leitung des verantwortlichen Arztes:

Austausch unter den Gruppenmitgliedern, Erarbeitung von Handlungsstrategien und Perspektiven, Erfolgskontrolle, Wochenrückblick / -vorschau:
Hier wird die Möglichkeit geboten, zu überprüfen, ob und wie gesetzte Ziele erreicht wurden. Daneben werden Perspektiven / Strategien für die kommende Woche besprochen bzw. entwickelt.

Ergotherapie

Unter besonderer Berücksichtigung der Aufgabenstellung der med. Reha sind die Ziele der ergotherapeutischen Maßnahmen durch unterschiedliche handwerkliche und gestaltende Mittel und Verfahren geprägt. In diesem therapeutischen Rahmen kann der Patient Erfahrungen mit Anforderungen und Regeln machen.

Ergotherapeutische Leistungen

- Arbeitsdiagnostik und Befundung nach Melba©,
- Ermitteln des Belastungsniveaus und der individuellen Leistungsfähigkeit
- Ermitteln und Trainieren der sozio-emotionalen und instrumentellen Arbeitsfähigkeiten
- extramurale Belastungserprobungen unter realistischen Arbeitsbedingungen mit Coaching durch die Einrichtung.
- Herausarbeiten von gesundheitserhaltenden Arbeitsbedingungen
- Beschäftigungstherapie
- personenzentrierte Reflexions- und Reha- Verlaufsgespräche
- berufliche Orientierung
- Planung und Einleitung berufstätigkeitsfördernder Maßnahmen
- Planung und Einleitung einer Arbeitsplatzanpassung

Ergotherapie / Beschäftigungstherapie

- Seidenmalerei
- Tonkarton
- Acrylmalerei
- Aquarellmalerei
- Tonarbeiten (Gieß- und Modellierton)
- Speckstein
- Holzarbeiten
- Pouring
- Gartenarbeit / Schrebergarten
- Imkern

4.7.5 Arbeitsbezogene Intervention

Die berufliche Reintegration erfolgt in Absprache mit dem Rehabilitanden und seinen beruflichen Vorgesetzten, wenn erforderlich auch immer in Absprache mit den Mitarbeitern der für den Rehabilitanden zuständigen Agentur für Arbeit oder auch Reha-Fachberater. Dem gehen jedoch oftmals noch extramurale Belastungserprobungen i. S. von Praktika voraus, in denen die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit ermittelt und überprüft werden kann. Die extramuralen Belastungserprobungen können in unterschiedlichen Arbeitsfeldern vermittelt und durchgeführt werden. Bei noch bestehendem Arbeitsvertrag kann auch eine berufliche Wiedereingliederung vermittelt und begleitet werden.

Dabei können wir unter anderem die Ressourcen der St. Elisabeth Gruppe und von Betrieben vor Ort nutzen, mit denen wir bereits seit langer Zeit erfolgreich kooperieren. So können wir sehr früh Rehabilitanden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern (Café, Großküche, Gärtnerei, Haustechnik, Lager, Verwaltung etc.) zur Arbeitsdiagnostik, Leistungsbeurteilung und Steigerung der Belastbarkeit und Ausdauer einsetzen.

Bei der Nutzung von extramuralen Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation greifen wir auf die Kooperationspartner in der Region zurück:

- Praktika- und Arbeitserprobungsplätze in Firmen vor Ort
- Praktika innerhalb der St. Elisabeth Gruppe
- Erprobung auf dem freien Arbeitsmarkt, Aushilfe, Anlern Tätigkeiten etc.
- Nachholen von Schulabschlüssen z.B. über die Volkshochschule
- Arbeitserprobung, Arbeit über Selbsthilfegruppen wie "Maloche e.V.", "Brockenhaus"

Die Rehabilitanden und die Anbieter von Praktika oder verschiedenen beruflichen Maßnahmen werden von den Bezugstherapeuten beraten und unterstützt. Regelmäßig finden Besuche am Arbeitsplatz bzw. an den Ausbildungsstätten statt. Bei Problemen wird den Arbeitgebern oder den Trägern der beruflichen Maßnahmen unverzüglich Hilfe gewährt. Eine enge Zusammenarbeit mit ortsansässigen Betrieben, Berufsbildungsträgern, Bundesagentur für Arbeit, den Reha-Fachberatern der Rentenversicherungsträger und Integrationsfachdiensten ist gewährleistet.

Mitgeltende Unterlagen für die Arbeitstherapie sind die Unterlagen „Melba“, aber auch der Praktikumvertrag sowie Werkvorlagen und eigene, mit den Rehabilitanden erstellte Baupläne.

Die Zielsetzungen sind:

- Training tätigkeits- und berufsspezifischer Fähigkeiten und Fertigkeiten
- Motivationsförderung
- Förderung körperlicher Fähigkeiten durch das Training arbeitsüblicher Bewegungsabläufe (z.B. im Hinblick auf körperliche Belastbarkeit, Feinmotorik, Geschicklichkeit)
- Förderung mentaler Fähigkeiten, z.B. Auffassung, Aufmerksamkeit, Konzentration, Umstellungsfähigkeit, Lernen, Vorstellungsvermögen, Problemlösen, Arbeitsplanung
- Verbesserung sozialer und sozialkommunikativer Fähigkeiten, z.B. Durchsetzungs- und Anpassungsvermögen, Kontaktfähigkeit, Kritikfähigkeit, Teamfähigkeit, Führungsfähigkeit
- Förderung der Art der Arbeitsausführung, z. B. Genauigkeit, Arbeitsergonomie, Zuverlässigkeit
- Förderung arbeits- und berufsbezogener Schlüsselqualifikationen, z.B. Eigeninitiative, Ausdauer, kritische Kontrolle, Misserfolgstoleranz, Ordnungsbereitschaft, Pünktlichkeit, Selbstständigkeit, Sorgfalt, Verantwortung
- Verbesserung persönlichkeitsbezogener Fähigkeiten, z.B. Selbsteinschätzung
- Selbstwahrnehmung, Selbstvertrauen

Die Angebote finden montags bis freitags von 9.00 bis 12.00 Uhr und 13.00 bis 16.00 Uhr in Räumlichkeiten der medizinischen Reha, im Krankenhausgebäude, auf dem Gelände des St. Marien Hospital Eickel sowie auch in Wohnungen der Rehabilitanden (Renovierung und Einrichten) statt.

Dabei richtet sich die Arbeitstherapie nach erlerntem Beruf, Fähigkeiten und körperlicher sowie psychischer Verfassung individuell im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten unter Berücksichtigung der Arbeitsplätze und Gruppengröße.

Daraus ergibt sich für:

den AT-Raum max. vier bis fünf Personen,
im Krankenhausgebäude zwei bis drei Personen,
das Krankenhausgelände beliebig,
die Wohnungen der Rehabilitanden, max. vier Personen.

Arbeitsbezogene Interventionen, bei der die Art der Arbeit schon festgelegt ist, sind:
z. B. Wohnungsrenovierung, Aufräumarbeiten im Krankenhausgebäude und Renovierungsarbeiten auf dem Krankenhausgelände, Gartenarbeit und Werkstattprojekte, Werkarbeiten (Opitec) nach vorgegebener Zeichnung und Zubehör, wo Arbeitsabläufe von leicht bis schwierig durchzuführen sind, nach individuellen Wünschen, z. B. Kleinmöbelbau für den eigenen Bedarf.

Wenn eine Ausbildung bzw. ein beruflicher Wiedereinstieg möglich ist, wird das Erstgespräch über die Arbeitstherapie gehalten. In der Regel werden dann auch weitere Gespräche mit allen Beteiligten mit dem Arbeitstherapeuten oder Bezugstherapeuten gehalten, um möglichst viele Informationen, Rückmeldungen über Fähigkeiten des Rehabilitanden.

- 4.7.6 Bewegungs- und sporttherapeutische Angebote
Sportliche Aktivitäten nach Bedürfnis, Jahreszeit und Nachfrage, wie Radfahren, Fußball, Joggen, Federball, Gymnastik werden gefördert.

Die Sporttherapie dient der Freizeitaktivierung, Fitness, Angstbewältigung, Stärkung des Gruppengefüges, Verbesserung des Körpergefühls und zur Stärkung des gesamten Bewegungsapparates. Alle therapeutischen Angebote werden von entsprechendem Fachpersonal also Sporttherapeut, Physiotherapeut und Bewegungstherapeut begleitet.

- 4.7.7 Freizeitangebote
Einmal wöchentlich mittwochs 17.40 Uhr „Spiel, Sport, Bewegung“, Königin-Luisen-Schule durch Sporttherapeut.
Fußball: Einmal wöchentlich freitags 13.15 – 15.00 Uhr, Kunstrasenplatz in der Mondpalastarena, im Winter Sporthalle der Albert- Schweitzer- Schule.
Schwimmen: Mittwochs 14.00 Uhr im Lago in Herne oder Nordwestbad Bochum Hofstede (je nach Witterung).
Exkursionen: Freitags 13.15 – 15.00 Uhr. Eine Teilnahme ist auch kurzfristig möglich, entweder durch Anmeldung durch den Patienten in der tgl. Frühbesprechung oder durch Erscheinen am Treffpunkt. Persönliche Sportbekleidung ist von den Teilnehmern mitzubringen.
Sport- und Trainingsgeräte werden gestellt.

„Spiel, Sport, Bewegung“ findet in einer Sporthalle statt, die durch die Stadt Herne zur Verfügung gestellt wird, die Gruppenleitung verfügt über die Schlüssel. Die Teilnehmer werden – wie auch beim Schwimmen - mit Dienstfahrzeugen gefahren.
In Ergänzung zu den beschriebenen Therapieangeboten bieten die Mitarbeiter der Einrichtung den Rehabilitanden im Rahmen der Verbesserung der Lebensqualität angeleitete Freizeitangebote wie Exkursionen, gemeinsame Außenaktivitäten wie Spaziergänge, Kino, Theater, Konzert, Museumsbesuche, Café, etc. an. Rehabilitanden können Vorschläge für weitere Aktivitäten benennen, die gemeinsam geplant und durchgeführt werden.

- 4.7.8 Sozialdienst
Sozialpädagogische und soziotherapeutische Leistungen werden für alle Patienten der Rehabilitationsklinik angeboten. Jeder der Patienten hat einen soziotherapeutischen Bezugstherapeuten, mit dem er, wenn erforderlich, die sozialdienstlichen Angelegenheiten klären kann, bzw. entsprechende Unterstützung erfährt.

Darüber hinaus bieten die sozialtherapeutischen Mitarbeiter folgende Dienste an:

- Themenzentrierte Gruppenarbeit mit rehabilitationsrelevanter Zielsetzung
- Rehabilitationsberatung
- Sozialberatung
- Soziotherapie
- Gestaltungstherapie
- Lebenspraktisches Training
- Sozio- und milieutheraeutische Freizeitmaßnahmen und -angebote

- Anleitung zur selbstständigen Freizeitgestaltung und Teilnahme an Gruppenaktivitäten
- Aktivierung von Selbsthilfepotential, Ressourcenorientierung
- Aufbau eines sozialen Netzwerkes
- Vermittlung an vorhandene Unterstützungsangebote in der Region

4.7.9 Gesundheitsbildung, Gesundheitstraining und Ernährung

Neben den Sport- und Freizeitangeboten ist es auch wichtig, sich mit der Ernährung auseinander zu setzen und auf eine gesunde, ausgewogene Ernährung Wert zu legen. Dies bezieht sich nicht nur auf möglicherweise bestehende somatische Erkrankungen, sondern soll insbesondere die Patienten motivieren, die eine Psychopharmakotherapie erhalten, sich mit der Ernährung auseinander zu setzen. Viele der Neuroleptika und Antidepressiva können eine Appetitsteigerung bewirken, so dass eine bewusste und gesunde Ernährung zu fördern ist.

Zur Förderung der Eigenverantwortlichkeit und Handlungskompetenz, werden die Rehabilitanden aktiv zur Mitgestaltung des Ernährungsplans und der Zubereitung der Nahrung motiviert.

Dazu erfolgt durch die ausgebildete Hauswirtschaftsmeisterin eine Anleitung zu einer ausgewogenen bewussten Ernährung, mit Informationen über Inhaltsstoffe, Vitamine, Mineralstoffe und ihre Wechselwirkungen.

Bedarfsweise, z. B. bei speziell einzuhaltenden Diäten, besteht die Möglichkeit, eine Diätberaterin über das St. Anna Hospital zu kontaktieren, um sich über die eigene Ernährung zu informieren.

Die Grundlage der Ernährungsgruppe ist das Manual der Deutschen Gesellschaft für Ernährung.

Die Erarbeitung und das Erlernen und Einüben gesunder und bewusster Ernährung im Rahmen der angebotenen Ernährungsgruppe unter Leitung der Hauswirtschaft sollen zur Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit beitragen.

Darüber hinaus besteht das gruppentherapeutische Angebot zur Raucherentwöhnung „rauchfrei leben“ sowie der „Suchtgruppe“ zur Abstinenzförderung und -einhaltung bei Konsum anderer stoffgebundener und nicht stoffgebundener Substanzen.

4.7.10 Angehörigenarbeit

Prinzipiell können Angehörige von Rehabilitanden jederzeit einen Gesprächstermin erfragen, werden z.T. auch eingeladen zu einem gemeinsamen Gesprächstermin. Voraussetzung ist eine Einverständniserklärung oder Schweigepflichtentbindung des jeweiligen Rehabilitanden. Darüber hinaus besteht ein manualisiertes gruppentherapeutisches Angebot zur Psychoedukation für Angehörige.

Das Ziel dieser Gruppentherapie für Angehörige von psychisch kranken Menschen ist vor allem Entlastung und Austausch der Angehörigen untereinander. Es besteht eine Teilnahmemöglichkeit für alle Angehörigen der Rehabilitanden der med. Reha. Angehörige oder Patienten werden über das Angebot der Angehörigengruppe informiert (bei Einzug, im Rahmen von Angehörigengesprächen, telefonische oder schriftliche Einladung). Auch hierbei erfolgt eine mündliche Vereinbarung mit dem Hinweis auf die Schweigepflicht.

4.7.11 Gesundheits- und Krankenpflege

Eine bestmögliche pflegerische Versorgung der Patienten nach den Prinzipien der psychiatrischen Krankenpflege erfolgt durch einen mit einer staatlichen Anerkennung in der Gesundheits- und Krankenpflege ausgebildeten Fachkrankenpfleger für Psychiatrie. In dieser Funktion nimmt er Beratungs-, Unterstützungs- und Informationsaufgaben gegenüber Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen wahr. Darüber hinaus erfüllt er

Koordinationsaufgaben und Kooperationsaufgaben zwischen allen Mitwirkenden am Hilfeprozess innerhalb und außerhalb der medizinischen Rehabilitationseinrichtung, zwischen allen Beteiligten im Rahmen der vor- stationären und nachstationären Versorgung.

Allgemeine Aufgaben

- Führung der vorgegebenen Dokumentation und Statistiken
- Teilnahme an Teamsitzungen, Teambesprechung, Übergabe, Visiten
- Teilnahme an Supervision und Fortbildungsveranstaltungen (insb. der
- Pflichtveranstaltungen laut Schulungsplan)
- Abdeckung der Frühdienste, Spätdienste, Wochenenddienste, Feiertagsdienste und
- Eigenverantwortliche Informationspflicht über die neuesten Erkenntnisse (Fachzeitschriften, Fachbücher)

Rehabilitationsbezogene / Patientenbezogene Aufgaben

- Sicherstellen hygienischer Maßnahmen, somatische Pflege, Vitalzeichenkontrolle
- Mitwirkungen bei Blutentnahmen, Injektionen und anderen medizinischen Verordnungen
- Medikamententraining, Richten, Ausgeben und Überprüfen von Medikamenten und deren Einnahme
- Begleitung zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen
- Mitwirkung bei der Notfallversorgung und von Maßnahmen der ersten Hilfe sowie Verabreichung von verordneten Injektionen i. m. und s. c.
- Erstellen der Pflegeanamnese
- Bewältigung in Krisensituationen, Krisenintervention, in Gefährdungssituationen entlastende und orientierungsgebende Gespräche
- Trainingsmaßnahmen im Rahmen des Pflegeprozesses u. a. Durchführung von Programmen zur Verhaltensänderung
- Gestaltung und Mithilfe bei der Tagesstrukturierung; Hilfestellung und Anleitung bei der Verrichtung von Aktivitäten des täglichen Lebens
- Begleitung bei Hausbesuchen und Konsilen, Vorstellungsterminen in anderen Einrichtungen
- Maßnahmen im Zusammenhang mit Aufnahme, Verlegung und Entlassung, Visiten des Arztes, Vorbereitung, Teilnahme, Ausarbeitung Kurvenvisite
- Anleitung, Mitwirkung und Beaufsichtigung bei kreativen Freizeitaktivitäten, Beobachtung gruppenspezifischer Prozesse sowie Mitwirkung und Durchführung bei Gruppentherapien
- Erstellung der Dokumentation
- Aktualisierung des Therapieplans
- Anforderung von Arbeitsmaterial, Pflegeutensilien u. sonstigen Ver- u. Gebrauchsgütern

Sonstige Aufgaben

- Organisation und Durchführung von themenspezifischen Veranstaltungen
- Einhaltung und Umsetzung der Anforderungen der BAR, DEGEMED und der DIN EN ISO 9001 / Qualitätsmanagement

4.7.12 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Bereits mit Beantragung der letztmaligen Kostenübernahme wird mit dem Rehabilitanden eine Entlassungsvorbereitung besprochen, um weitere Schritte planen zu können. Dazu entwickeln die Bezugstherapeuten gemeinsam mit dem Rehabilitanden zur gegebenen Zeit eine angemessene und realistische Wohn- und Lebensperspektive sowie mögliche berufliche Perspektiven. Der Arzt und auch die Bezugspflege engagieren sich mit dem Rehabilitanden um die weitere ambulante medizinische Betreuung, Medikation und auch die Betreuung durch einen ambulanten Pflegedienst bzw. ambulant betreutes Wohnen, wenn erforderlich. Der persönliche Kontakt wird in diesen Fällen im Verlauf der Entlassungsvorbereitungen hergestellt. Dies ermöglicht eine nahtlose Weiterbetreuung und ist häufig besonders wichtig, um die erzielten Behandlungserfolge nachhaltig zu sichern. Die Rehabilitanden werden aktiv von ihren Betreuern auf die Suche nach entsprechendem Wohnraum vorbereitet und in allen Situationen konkret unterstützt (Amtsgänge, Zeitungsinserate, Telefonate, Vorstellungsgespräche etc.).

5. Personelle Ausstattung

In der medizinischen Rehabilitationseinrichtung wird folgendes Personal vorgehalten:

- 1 verantwortlicher Facharzt für Psychiatrie und Neurologie und entsprechenden Zusatzqualifizierungen 1,15 VK
- 2 Psychologen 1,15 VK
- 1 Sozialarbeiter 1,0 VK
- 1 Dipl.-Sozialpädagoge 1,0 VK
- 1 examinierter Fachkrankenschwester für Psychiatrie 1,15 VK
- 2 Ergotherapeuten 1,15 VK
- 1 Hauswirtschafter*in 0,70 VK
- 1 Reinigungskraft 0,15 VK

6. Standort und Räumlichkeiten der medizinischen Reha

Die im Jahr 2010 fertiggestellte medizinische Reha für psychische Gesundheit befindet sich auf dem Gelände des St. Marien-Hospitals Eickel im Ortsteil Herne-Eickel. Eine sehr gute Anbindung an die Infrastruktur der anliegenden Städte Herne, Bochum, Gelsenkirchen (Nahverkehrsmittel, Autobahnzubringer) ist gegeben, aber auch eine ärztliche Versorgung außerhalb der Rehabilitation (Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen) sowie Apotheken, Shoppingmöglichkeiten, Lebensmittelgeschäfte, Restaurants, Cafés etc. sind vorhanden. Haltestellen (Auf der Wenge) öffentlicher Verkehrsmittel liegen in unmittelbarer Nähe des Gebäudes. Autobahnzubringer der A40, A42 und A43 sind in der Nähe.

Das Haus stellt 21 Plätze für Rehabilitanden zur Verfügung.

Es werden Einzelzimmer (davon ein behindertengerechtes) jeweils mit Badezimmer, Dusche und Toilette, ein großer Aufenthaltsraum, zwei kleinere Aufenthaltsräume mit Fernseher und Kühlschrank, ein großer Essraum, ein Gruppentherapieraum, eine große Küche, eine große Terrasse, Werkräume, ein Fitnessraum, W-Lan in der gesamten Einrichtung, ein Computerraum mit Internetzugang, eine Waschküche mit Trockenraum und ein überdachter Fahrradunterstand vorgehalten.

Zu den vorhandenen stationären Plätzen bieten wir zusätzliche ganztägig ambulante Plätze in unserer Einrichtung an. Diese stehen Interessenten zur Verfügung, die im näheren Umfeld der Einrichtung und den angrenzenden Gemeinden in einer eigenen Wohnung oder einer Wohngemeinschaft leben.

7. Kooperationspartner der medizinischen Reha

- Allgemeinpsychiatrische Stationen des St. Marien Hospitals Eickel (Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik)
- Ambulante psychiatrische Pflege des St. Marien Hospitals Eickel und anderer Anbieter
- Arbeitslosenzentrum / Arbeitslosentreff Wanne
- Atelieraktivitäten im St. Marien Hospital Eickel (Raum für Kultur, Kreativität und Freizeitaktivitäten)
- Begegnungsstätte für psychisch behinderte Menschen des Nachbarn e.V.
- Berufsförderungswerk Dortmund
- Berufstrainingszentrum Dortmund und Duisburg
- Betreutes Wohnen des St. Marien Hospital Eickel und anderer Anbieter

- Betriebe vor Ort zur Durchführung extramuraler Belastungserprobungen
- Christliches Jugenddorf Dortmund
- Eickeler Treff (kreative und problemorientierte Kursangebote, Café)
- Gesellschaft freie Sozialarbeit Brockenhaus
- Institutsambulanz des St. Marien Hospital Eickel
- Integrationsfachdienst Bochum-Herne
- Jugendkunstschule Wanne
- Offener Treff im St. Marien Hospital Eickel für psychisch Kranke und deren Angehörige
- Psychosoziale Fachdienste
- RE/init e.V. Recklinghausen
- Reha-Fachberatung der DRV Westfalen
- Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Herne
- St. Elisabeth Gruppe (Arbeitsmöglichkeiten im Rahmen der St. Elisabeth Gruppe zur Durchführung extramuraler Belastungserprobungen)
- Tagesstätte für psychisch behinderte Menschen des Nachbarn e.V.

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Die Medizinische Rehabilitationseinrichtung hat ein internes Qualitätsmanagementsystem gemäß den gesetzlichen Vorgaben nach § 20 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) eingerichtet. Wir sind seit April 2012 nach DIN ISO 9001: 2008 plus und den Anforderungskriterien der Deutschen Gesellschaft für medizinische Rehabilitation (DEGEMED) zertifiziert. Wir erfüllen damit die Anforderungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.

Ein Qualitätsmanagementsystem unterstützt unsere tägliche Arbeit und eine beständige Weiterentwicklung. Daraus entsteht die Verpflichtung zur Erfüllung von Kundenanforderungen und zur ständigen Verbesserung des Qualitätsmanagementsystems. Der Träger und die MitarbeiterInnen der Einrichtung sind dafür verantwortlich, dass Maßnahmen zur internen Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt und durchgeführt werden. Die Mitarbeiter kennen die Ziele und Qualitätsanforderungen und sind aktiv an deren Umsetzung beteiligt. Die planmäßige, fachliche und persönliche Qualifikation aller Mitarbeiter ist Führungsaufgabe aller Leitungskräfte.

9. Notfallmanagement

Die Einrichtung arbeitet mit einem „Obmannsystem / Obfrausystem“ (ein erfahrener Rehabilitand als erste Anlaufstelle für eventuelle Probleme / Krisen etc.).

Der Obmanndienst / Obfraudienst ist Teil des therapeutisch wirksamen Systems (Übernahme von Verantwortung für sich und andere Rehabilitanden) und wird im Rahmen der gemeinsam mit allen Rehabilitanden stattfindenden wöchentlichen Planung aller anfallenden Dienste und Aufgaben im Rahmen der Selbstversorgung festgelegt. Diesen Dienst übernimmt für die Werktage für je eine Woche jeweils ein Rehabilitand, der sich schon längere Zeit in der Rehabilitation befindet und das Vertrauen der Mitarbeiter und Rehabilitanden genießt.

Der Obmanndienst / Obfraudienst findet werktags von 21:30 Uhr bis zum nächsten Morgen um 08:00 Uhr statt, wenn der Spätdienst der Mitarbeiter beendet ist. Am Samstag und Sonntag oder an Feiertagen ist jeweils ein anderer Patient von 08:00 Uhr bis zum nächsten Morgen um 08:00 Uhr Obmann / Obfrau. In der Zeit zwischen 12:00 Uhr und 16:00 Uhr an den Wochenenden oder an Feiertagen ist jeweils ein Mitarbeiter im Dienst. In dieser Zeit ruht der Obmanndienst / Obfraudienst.

Während der gesamten Zeit dieses Dienstes hat der Arzt vom Dienst des St. Marien Hospital Eickel Hintergrundbereitschaft. Im Notfall eines Rehabilitanden wird dieser über das Handy des Obmannes oder direkt (fußläufig in 2 Minuten zu erreichen) informiert.

Alle Rehabilitanden werden regelmäßig über dieses System informiert und erhalten Instruktion über das Verhalten in Notfällen.

Notfallpläne und Evakuierungspläne sind analog zum St. Marien Hospital Eickel.

10. Supervision

Das Team wird durch eine regelmäßige Supervision beraten. In der Regel findet Fallsupervision statt. Die Supervision erfolgt in sechswöchigem Abstand durch einen externen ärztlichen Supervisor.