

Sozialpsychiatrische REHA-Einrichtung Ulm sp·r

RehaVerein für soziale Psychiatrie Donau-Alb e.V.



[EINRICHTUNGSKONZEPT]

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	2
1. Die Sozialpsychiatrische REHA-Einrichtung Ulm	2
2. Historie der RPK-Maßnahmen	2
3. Zielsetzung und Zielgruppe der sp·r	3
4. Rehabilitationskonzept RPK-Maßnahmen	4
4.1 Zielgruppe	6
4.2 Ausschlusskriterien	6
4.3 Einzugsgebiet	6
4.4 Kriterien für eine teilstationäre/ambulante oder stationäre Durchführung der Maßnahme	6
4.5 Behandlungsdauer	7
4.6 Ende der Behandlung	7
5. Personalausstattung der sp·r	7
6. Angebotsstruktur der sp·r	8
6.1 Bereich Medizin	8
6.2 Bereich Psychotherapie	9
6.3 Bereich Ergo-/Arbeitstherapie und Berufliche Rehabilitation	10
6.4 Bereich Sozialtherapie	11
6.5 Indikationsspezifische Gruppenangebote	12
6.6 Die Rehaplanungskonferenz	14
7. Organisatorische Rahmenbedingungen in der sp·r	15
7.1 Mitarbeiterpräsenz und Tagesablauf	15
7.2 Aufnahmeverfahren und -kriterien der sp·r	15
7.3 Leistungsträger	16
7.4 Aufbau- und Ablauforganisation der sp·r	16
7.5 Vernetzung in der Region	16
8. Qualitätsmanagement in der sp·r	16

Vorwort

Der RehaVerein für soziale Psychiatrie Donau-Alb e.V. ist Träger verschiedener sozialpsychiatrischer und sozialintegrativer Einrichtungen und Dienste in Ulm und Heidenheim. In unseren Einrichtungen und Diensten wird Menschen, die an einer psychischen Störung leiden, ein differenziertes Angebot an Leistungen der sozialen, medizinischen und beruflichen Rehabilitation unterbreitet. Weiter erhalten Menschen mit körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen spezifische Angebote im Bereich der beruflichen Rehabilitation. Für Menschen, die Folter und Vertreibung durchlebt haben und infolge dessen traumatisiert sind, bietet der RehaVerein eine darauf ausgerichtete Betreuung und Behandlung an.

Anmerkung: Werden im Folgenden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit lediglich in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

1. Die Sozialpsychiatrische REHA-Einrichtung Ulm (sp-r)

Die sp-r ist eine sozialpsychiatrische Rehabilitationseinrichtung und bietet 20 Personen einen Platz für eine stationäre medizinische und berufliche Rehabilitation an. Für drei Personen kann unter bestimmten Voraussetzungen eine ambulante Rehabilitation angeboten werden. Weitere 10 Plätze stehen für eine stationäre soziale Rehabilitation zur Verfügung. Im Anschluss an die stationäre Maßnahme kann – bei Vorliegen der Voraussetzungen - auch eine ambulante Nachbetreuung angeschlossen werden. Da sich eine psychische Erkrankung auf viele Lebensbereiche des Menschen auswirkt, ist Förderung und Unterstützung in fast allen Lebensbereichen notwendig, um wirksame Hilfe gewährleisten zu können. Dies spiegelt sich in unserem Leistungsspektrum wieder. Leistungsträger der Maßnahmen können sein: Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Arbeitsagenturen sowie die zuständigen Sozialhilfeträger.

Die sp-r besteht seit 1975, seit Januar 2001 befindet sich die Einrichtung in der Böblinger Straße 30a. Sie besteht aus zwei Wohnhäusern und einem Therapiehaus, in dem sich die Therapieräume, die Verwaltung sowie der Speise- und Aufenthaltsraum befinden. Die drei Häuser sind um einen gemeinsamen Innenhof angeordnet. Die sp-r liegt in einem Wohngebiet im Zentrum von Ulm, 15 Minuten vom Ulmer Münster entfernt, 10 Minuten zum Bahnhof und fünf Minuten zur Straßenbahn und nächsten Einkaufsmöglichkeiten, so ist es allen möglich, zu Fuß oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln die Angebote der Stadt zu nutzen und die Behörden selbständig zu erreichen.

Träger der sp-r ist der RehaVerein für soziale Psychiatrie Donau-Alb e.V.. Der RehaVerein für soziale Psychiatrie Donau-Alb e.V. ist als Mitarbeiterverein aus der Psychiatriebewegung zu Beginn der 1980er Jahre entstanden und hat seither die Sozialpsychiatrie der Region maßgeblich mitgestaltet. Seither sind wir ein stabiles und kontinuierlich wachsendes soziales Unternehmen, das sich seiner wertebasierten Wurzeln bewusst ist und auf eine mehr als 30-jährige Geschichte und Erfahrung zurück blicken kann. Inzwischen sind wir in Ulm, Heidenheim und dem Alb-Donau-Kreis in neun Einrichtungen des ambulanten und stationären Angebotsspektrums mit ca. 180 Mitarbeitenden tätig.

2. Historie der RPK-Maßnahmen

1975 befasste sich der Bundestag mit der Situation psychisch kranker Menschen. Eine Enquete-Kommission des Bundestags verfasste ein umfangreiches Gutachten über die Situation psychisch kranker Menschen in der Bundesrepublik, das als „Psychiatrie-Enquete“ ein breites Interesse in der Öffentlichkeit erweckte. In

dieser Ära wurde vom Gesetzgeber erkannt, dass psychisch kranke Menschen bei entsprechender Förderung die Möglichkeit haben, auch nach langen Krankheitsphasen am gesellschaftlichen Leben wieder teilzuhaben und zum Teil auch wieder berufstätig werden können. Damals gab es fast nur die Möglichkeit der stationären klinischen Behandlung oder die Unterbringung in Pflegeheimen oder Pflegestationen an den Landeskrankenhäusern, meist weit entfernt vom Heimatort. Die Chancen, trotz der psychischen Erkrankung ein selbstbestimmtes Leben zu führen, waren gering. Gleichzeitig mit der psychischen Erkrankung war auch die materielle Verarmung des Erkrankten zwangsläufiges Ergebnis einer längeren Krankheitsgeschichte.

Die Schaffung von Übergangseinrichtungen, die vom überörtlichen Sozialhilfeträger getragen wurden, war ein erster Schritt, psychisch kranke Menschen aus dem bis dahin fast unvermeidlichen Kreislauf der gesellschaftlichen Isolation, Untätigkeit im Sinne einer beruflichen Tätigkeit, Wiedererkrankung und schließlich der dauerhaften Pflegebedürftigkeit, zu befreien. Die Übergangseinrichtungen stellten einen ersten Baustein in der Entwicklung eines adäquaten Versorgungssystems psychisch kranker Menschen dar. In Folge dessen wurden ambulante Dienste, wie die Sozialpsychiatrischen Dienste, die berufsbegleitenden Dienste, beschützte Arbeitsplätze in den Werkstätten für psychisch kranke Menschen (WfpK), Tagesstätten, Familienpflege, betreutes Wohnen als weitere Angebote für psychisch kranke Menschen geschaffen. Für die Kosten der betreuenden Angebote war ausschließlich der (überörtliche) Sozialhilfeträger zuständig. Das bedeutete, dass jeder, der Hilfe benötigte, diese nach Antrag auch in Anspruch nehmen konnte, aber auch sein persönliches Einkommen für die Hilfe einsetzen musste. Dies stellte für viele ein Hemmnis dar, rechtzeitig die notwendigen Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. 1995 entschieden sich die Krankenkassen, Rententräger und die Arbeitsverwaltung nach einem Modellversuch die Rehabilitation psychisch kranker Menschen in Form eines ganzheitlichen Angebots zu finanzieren – die RPK-Maßnahme.

3. Zielsetzung und Zielgruppe der sp·r

Ziel der Maßnahmen und Angebotsbereiche in der sp·r ist die Verbesserung und Stabilisierung der psychischen Befindlichkeit und der Beziehungs- und Arbeitsfähigkeit psychisch kranker Menschen. Die RPK-Maßnahme besteht aus medizinischen, psychotherapeutischen, ergotherapeutischen und sozialtherapeutischen Angeboten. Darüber hinaus gibt es Beratungs- und Trainingsangebote zur Verbesserung alltagspraktischer Fähigkeiten.

Die Zielgruppe der sp·r sind junge Erwachsene, die an einer schweren psychischen Erkrankung leiden und wegen dieser Erkrankung in ihrer Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben eingeschränkt sind. Im Durchschnitt sind die Rehabilitanden 25 Jahre alt. Bevorzugt werden Rehabilitanden gemeindenah aus Ulm und dem Alb-Donau-Kreis (Grundversorgungsgebiet) aufgenommen. Ein Bezug zu der Region wirkt sich in den meisten Fällen positiv auf die Rehabilitation aus.

Der medizinische Teil der Maßnahme kann sich über einen Zeitraum von 12 Monaten erstrecken. Bei positiver Prognose für die Teilhabe am allgemeinen Arbeitsmarkt können im Anschluss Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation angeboten werden, die sich ebenfalls auf einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten erstrecken können. Mit dem Beginn einer beruflichen Tätigkeit oder Ausbildung ist die RPK-Maßnahme beendet. Bei Bedarf kann im Rahmen der Eingliederungshilfe durch stationäre oder ambulante Maßnahmen die Betreuung weitergeführt werden.

4. Rehabilitationskonzept RPK-Maßnahmen

Die sp-r ist eine Rehabilitationseinrichtung zur stationären und ambulanten medizinisch-beruflichen Rehabilitation für psychisch kranke Menschen. Zentrales Ziel der Rehabilitation ist die Krankheit und ihre Folgen zu bewältigen um größtmögliche Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft zu erreichen.

Die Rehabilitation hat insbesondere folgende Zielsetzungen im Blick

- Aktivierung der körperlichen und psychische Stabilisierung
- einen funktionalen Umgang mit der eigenen Erkrankung erlernen
- selbstständige Lebensführung und der (Re)Integration in das Wohnumfeld
- Aktivierung des Selbsthilfepotentials des Rehabilitanden und seines sozialen Umfeldes
- Abklärung der beruflichen Neigung und Eignung
- Überleitung in weiterführende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten zur beruflichen Anpassung
- Verkürzung von Arbeitsunfähigkeit (z.B. durch gleichzeitige stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess)
- Förderung der beruflichen Wiedereingliederung durch Kontaktaufnahme zum Betrieb zwecks frühzeitiger Einleitung innerbetrieblicher Maßnahmen(Anpassung von Fähigkeiten und Erwartungen am Arbeitsplatz)
- Verbesserten Kooperation in der Nachsorge(z.B. Kontaktanbahnung zu Selbsthilfegruppen, Kooperation mit niedergelassenen Ärzten)
- Überleitung in weiterführende Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- Nutzung eingliederungsfördernder Ressourcen eines vorhandenen komplementären sozialen Netzwerkes von Hilfen(z.B. Betreutes Wohnen, Integrationsfachdienste).

Die Rehabilitation psychisch Kranker (RPK) ist eine spezifische, auf die Bedürfnisse der Zielgruppe zugeschnittene Rehabilitation und verfolgt das Ziel, Rehabilitanden so zu unterstützen und zu fördern, dass ihnen der Wechsel von der Patientenrolle in die eines informierten und aktiven Partners und eine selbstverantwortliche Lebensführung möglich ist.

Im Rahmen des **medizinischen** Schwerpunktes der Rehabilitation erarbeiten sich die Rehabilitanden Kenntnisse über ihre eigene Erkrankung und die daraus entstehenden Einschränkungen und entwickeln in allen Therapiebereichen ressourcenorientierte effektive Bewältigungsstrategien und damit Autonomie innerhalb ihres persönlichen Bezugssystems.

Die schwerpunktmäßig **berufliche** RPK-Maßnahme beinhaltet die Klärung und Förderung der Arbeitsfähigkeit. Die beruflichen Kompetenzen werden gefördert und eine der Erkrankung entsprechende Arbeitsperspektive entwickelt.

Grundlage unserer Arbeit ist das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) und setzt die im SGB IX formulierten Anforderungen an die Teilhabe um. Da sich der Rehabilitationsbedarf individuell aus der Komplexität der Interaktionen von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren ergibt, wird die Rehabilitationsplanung auf den Einzelfall ausgerichtet. Bei jedem Rehabilitanden liegen in diesen Bereichen unterschiedliche Fähigkeiten beziehungsweise Fähigkeitsstörungen vor. Unter Berücksichtigung des dynamischen Verlaufs psychischer Erkrankungen und Behinderungen finden in festgelegten Zeiträumen gemeinsam mit den Rehabilitanden regelmäßige Ziel-

überprüfungen und gegebenenfalls Zielkorrekturen bezüglich der Rehabilitationsschwerpunkte, Zielplanung und Maßnahmengestaltung statt. In diesen Rehaplanungskonferenzen wirken die Rehabilitanden aktiv mit. Die Rehabilitationsplanung erfolgt anhand praktischer Erprobungen bei möglichst realitätsnahen Bedingungen unter Berücksichtigung der Rehabilitationsprognose und Einbeziehung der personenbezogenen Krankheitsfaktoren und Umwelteinflüsse auf der Grundlage der ICF-Diagnostik. Ein entsprechendes Datenverarbeitungsprogramm sowie Gutachten- und Prognoseverfahren dokumentiert den Rehabilitationsprozess gegenüber den Leistungsträgern. Unser Rehabilitationskonzept beinhaltet zugelassene indikationsspezifische Verfahren, die von der ärztlichen Leitung der sp-r regelmäßig überprüft werden. Die notwendige Weiterentwicklung oder die Einführung neuer Verfahren werden ebenfalls von der ärztlichen Leitung überprüft und freigegeben.

Mit der Empfehlungsvereinbarung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR (aktueller Stand: 29.9.2005) über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherung sowie der Bundesagentur für Arbeit bei der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen, wurde ein konzeptueller und sozialrechtlicher Rahmen für dieses Rehabilitationssegment geschaffen.

Darüber hinaus arbeiten wir nach folgenden Leitlinien:

- S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
- S3-Leitlinie für Affektive Störungen (DGPPN)
- S3 Leitlinie Unipolare Depression (DGPPN)
- S2-Leitlinie Persönlichkeitsstörungen (DGPPN)
- Leitlinie Psychopharmakotherapie (DGPPN)
- Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im jungen und mittleren Erwachsenenalter (DGPPN)

Entsprechend dieser Richtlinien werden durch uns vor der Beantragung der Kostenübernahme auf der Grundlage der Vorbefunde und einem ärztlich-psychologischen Vorgespräch folgende Voraussetzungen geprüft:

- Besteht **Rehabilitationsbedarf**: Ist die Aktivität und Teilhabe in relevanter Weise aufgrund nicht nur vorübergehender Funktionsstörung aufgehoben, beeinträchtigt oder gefährdet?
- Ist der **Indikationsbereich** gegeben, d.h. liegt eine Störung, die eine Diagnose von ICD-10 Kapitel F rechtfertigt, insbesondere schwere und chronisch verlaufende psychische Störungen vor?
- Ist eine **Rehabilitationsfähigkeit** gegeben:
 - Ist das erforderliche Mindestmaß an Motivation und Kapazität bei dem Betroffenen für die voraussichtliche Teilnahme an der Rehabilitationsmaßnahme gegeben? Zu berücksichtigen ist jedoch, dass bei den vorliegenden psychischen Gesundheitsproblemen die Motivation in vielen Fällen reduziert ist, so dass diese Voraussetzung oft erst während der Rehabilitation aufgebaut werden kann. Insofern ist für uns die Einschätzung der potentiellen Motivierbarkeit ebenfalls ein wichtiger Gesichtspunkt bei der Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit.
 - Liegen körperliche Besonderheiten vor, denen wir konzeptionell oder baulich nicht entsprechen können?
- Existiert eine **positive Rehabilitationsprognose**: Kann das Ziel der Rehabilitation voraussichtlich in dem zur Verfügung stehenden Umfang an Zeit und gegebenen Mitteln erreicht werden?
- Sowohl Voraussetzungen als auch Kontraindikationen werden immer einer Einzelfallprüfung unterzogen.

4.1 Zielgruppe

Zielgruppe sind psychisch kranke Menschen, die neben der medizinischen Rehabilitation gleichzeitig im Bereich Arbeit eine spezifische Förderung benötigen.

Dies umfasst insbesondere folgende Diagnosegruppen nach ICD 10:

ICD-10: F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

ICD-10: F3 Affektive Störungen

ICD-10: F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

4.2 Ausschlusskriterien

Personen

- bei denen eine ambulante Behandlung (ärztliche Versorgung, Psychotherapie, Soziotherapie etc.) ausreicht
- die noch der Krankenhausbehandlung bedürfen
- eine primären Suchterkrankung
- eine geistigen Behinderung
- eine Minderbegabung
- Folgezuständen nach Hirnverletzungen
- Gehunfähigkeit
- Blindheit
- Gehörlosigkeit und gleichzeitiger Unfähigkeit sich lautsprachlich auszudrücken
- Stoffwechselstörungen, die besondere diätetische Maßnahmen erfordern,

diagnostiziert wurden, können nicht aufgenommen werden

4.3 Einzugsgebiet

Rehabilitation psychisch kranker Menschen soll möglichst wohnortnah erfolgen. Unser Angebot richtet sich in erster Linie an die Bürgerinnen und Bürger der Stadt Ulm, des Alb-Donau-Kreises und der angrenzenden Landkreise. Darüber hinaus nehmen wir bei freien Kapazitäten und entsprechender Indikation auch gerne Personen aus den umliegenden Regionen in unserer Einrichtung auf.

4.4 Kriterien für eine teilstationäre/ambulante oder stationäre Durchführung der Maßnahme

Sofern Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und/oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erbringen sind, werden die folgenden Kriterien in die Entscheidungsfindung, ob eine ambulante oder stationäre Maßnahme angezeigt ist, einbezogen. Diese Entscheidung setzt ausreichende Informationen über den Rehabilitanden, den aktuellen physischen und psychischen Zustand, den Verlauf der Erkrankung, die Motivation und soziale Situation voraus.

Eine **ambulante medizinische Rehabilitation** beziehungsweise **ambulante Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** kommen insbesondere in Betracht, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- Die Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen), Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe liegen in einem Grad der Ausprägung vor, dass eine ambulante Rehabilitation Erfolg versprechend ist und eine stationäre Rehabilitation nicht oder nicht mehr erforderlich ist.
- Das soziale Umfeld des Rehabilitanden hat (noch) stabilisierende/unterstützende Funktion. Soweit Belastungsfaktoren bestehen, müssen diese durch bedarfsgerechte therapeutische Leistungen aufgearbeitet werden.
- Die Herausnahme aus dem sozialen Umfeld ist nicht oder nicht mehr erforderlich, da hiervon keine maßgeblichen negativen Einflüsse auf den therapeutischen Prozess zu erwarten sind.

- Der Rehabilitand ist beruflich (noch) ausreichend integriert. Jedoch schließen Arbeitslosigkeit, fehlende Erwerbstätigkeit oder Langzeitarbeitsunfähigkeit ambulante Maßnahmen nicht aus. Die sich abzeichnende Notwendigkeit zur Reintegration in das Erwerbsleben wird durch eine wohnortnahe Rehabilitation unterstützt.
- Eine stabile Wohnsituation ist vorhanden.
- Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme und zur Einhaltung des Therapieplans in Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Rehabilitation vorhanden ist.
- Der Rehabilitand ist bereit und in der Lage, am ambulanten Therapieprogramm regelmäßig teilzunehmen.
- Ausreichende Mobilität ist vorhanden, d.h. die tägliche An- und Abfahrt z.B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist möglich. Der Rehabilitand muss in der Lage sein, innerhalb einer angemessenen Zeit (maximal 45 Minuten) die Einrichtung zu erreichen bzw. nach Hause zurück zu kehren.

Eine **stationäre medizinische Rehabilitation** beziehungsweise **stationäre Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** kommen insbesondere in Betracht, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- Es bestehen ausgeprägte Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen), Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe, die eine erfolgreiche ambulante Rehabilitation in Frage stellen.
- Die Herausnahme aus einem pathogenen sozialen Umfeld (z.B. bei massiven familiären Konflikten oder destruktiven Partnerbeziehungen) ist erforderlich, um den Rehabilitationserfolg zu sichern.
- Das soziale Umfeld des Rehabilitanden hat keine unterstützende Funktion.
- Der Rehabilitand ist beruflich nicht integriert und bedarf infolgedessen spezifischer Leistungen zur Vorbereitung einer beruflichen Wiedereingliederung, die ambulant nicht erbracht werden können.
- Eine stabile Wohnsituation ist nicht vorhanden.
- Es ist erkennbar, dass die Fähigkeiten zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme oder zur Einhaltung des Therapieplans in Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Rehabilitation nicht ausreichend vorhanden sind.

4.5 Behandlungsdauer

Die sp·r bietet im Rahmen der RPK-Maßnahme die medizinische und berufliche Rehabilitation als Komplexleistung an. Sowohl die schwerpunktmäßig medizinische als auch die schwerpunktmäßig berufliche Rehabilitationsphase können jeweils, je nach Bedarf, zwischen drei und maximal zwölf Monate dauern.

4.6 Ende der Behandlung

Die Vorbereitung des Überganges in die Phase nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme erfolgt äußerst sorgfältig. Für den störungsarmen Übergang werden im Rahmen der Planungskonferenzen der Auszug besprochen und frühzeitig die notwendigen Folgeschritte geplant und initiiert.

5. Personalausstattung der sp·r

In der sp·r ist ein multiprofessionelles Team bestehend einer aus Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, medizinischem Fachpersonal, Psychologen, Sozialarbeiter/-pädagoginnen und Ergo-/ Arbeitstherapeuten, tätig. Die meisten Mitarbeitenden haben neben ihrer beruflichen Grundqualifikation psychotherapeutische und beraterische Zusatzausbildungen absolviert. Regelmäßige interne und externe Fortbildungen sorgen für die Aktualität fachspezifischer Kenntnisse und dienen der Auseinandersetzung mit neuen wis-

senschaftlichen Erkenntnissen in der Rehabilitation psychisch kranker Menschen. Verwaltungsfachkräfte, Praktikanten und Freiwillige im FSJ/BFD runden das Team ab.

Einmal wöchentlich finden unter ärztlicher Leitung Teambesprechungen statt, bei denen Informationen ausgetauscht werden und die geleistete Arbeit überprüft wird. Während der Besprechung tragen die Mitarbeiter ihre Beobachtungen, Überlegungen und Fragen zusammen, die sich aus der sozialen, persönlichen und beruflichen Entwicklung der jeweiligen Rehabilitanden ergeben. Jeder Mitarbeiter berichtet aus seinem Arbeits- und Verantwortungsbereich, was den ganzheitlichen Rehabilitationsprozess möglich macht.

Therapieverordnung und Freigabe des Rehabilitationsplanes unterliegen der ärztlichen Leitung.

Die therapeutischen Mitarbeiter der sp-r erhalten wöchentlich Supervision durch eine externe Supervisorin. Jährlich findet mit allen Mitarbeitenden der sp-r eine Klausurtagung statt, in der inhaltliche und strukturelle Fragen der Rehabilitationsarbeit diskutiert und geklärt werden.

6. Angebotsstruktur der sp-r

6.1 Bereich Medizin

Psychiatrische Behandlung:

Voraussetzung für eine stabile Entwicklung ist die Einsicht in die Notwendigkeit einer Behandlung und die Einsicht über den Krankheitswert des seelischen Leidens. Aus diesem Grund ist in der sp-r ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie tätig.

Ziel der fachärztlichen psychiatrischen Behandlung ist die individuelle Einstellung mit den geeigneten Medikamenten, die Überwachung der Medikamentenwirkung, das Verstehen der Erkrankung im Kontext der biologischen, biographischen und aktuellen Faktoren. Die Rehabilitanden werden über die Wirkungen und unerwünschten Effekte der Medikamente aufgeklärt. Psychosoziale Belastungsfaktoren, Beratung über einen gesundheitsförderlichen Lebensstil und die Entwicklung des Rehabilitanden sind Themen des ärztlichen Gesprächs.

Die psychiatrische Behandlung beinhaltet die psychiatrische Diagnostik regelmäßige Visiten, ärztliche Gespräche, medikamentöse Behandlung, sowie bei Bedarf Krisenintervention. Zusätzlich werden im Bedarfsfall, im Rahmen der Kooperation mit der Universitätsklinik Ulm neuropsychologische Testungen, ggf. inklusive Intelligenztestung, durchgeführt und alle Ergebnisse in den Therapieprozess optimal eingearbeitet.

Allgemeinmedizinischer Bereich:

Im Rahmen einer allgemeinen Gesundheitsfürsorge und -vorsorge kümmert sich das medizinische Fachpersonal um den angemessenen Hygienestandard. Es klärt über gesunde Lebensformen und Ernährung auf und achtet auf den gesundheitlichen Allgemeinzustand der Rehabilitanden. Das beinhaltet Anregung zu körperlichen und zahnmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen sowie Impfungen. Gegebenenfalls koordiniert das Fachpersonal allgemeinmedizinische und fachärztliche Untersuchungen und Behandlungen. Ebenso organisiert es die Einnahme von verordneten Medikamenten.

Für die allgemeinmedizinische ärztliche Betreuung und die notwendigen Kontrolluntersuchungen ist es teilweise erforderlich, dass die Rehabilitanden Kontakt zu einem niedergelassenen Hausarzt aufnehmen, der auch für die zuständigen Mitarbeiter Ansprechpartner ist. Bei der Wahl des Hausarztes besteht freie

Arztwahl. Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten ist für den ganzheitlichen Rehabilitationserfolg unerlässlich.

Psychiatrische Krankenpflege und Medikamententraining:

Psychiatrische Krankenpflege hat im Allgemeinen die Aufgabe, die Rehabilitanden so zu unterstützen und zu fördern, dass sie lebenspraktische Fähigkeiten und Fertigkeiten, die zur Stabilisierung ihrer Gesundheit notwendig sind, selbständig im Alltag ausüben können. Die Rehabilitanden sollen in der Lage sein, den eigenen Körper wahrzunehmen, Befindlichkeitsstörungen angemessen einzuordnen, sowie Aktivitäten und Notwendigkeiten des täglichen Lebens selbständig zu organisieren bzw. auszuüben.

Durch das Medikamententraining sollen die Rehabilitanden zu einem sachgemäßen und sicheren Umgang mit den verordneten Medikamenten befähigt werden. Durch psychoedukative Maßnahmen erlangen sie zudem Kenntnisse über die Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente und über eventuelle Einnahmевorschriften. Stufenweise erhalten sie nach und nach mehr Eigenverantwortung im Medikamentenmanagement, werden beim Vorbereiten ihres Wochendispensers geschult und verwalten am Ende eines erfolgreichen Medikamententrainings ihre Medikamente eigenverantwortlich. In dieser Phase werden sie besonders in der rechtzeitigen Besorgung und Einnahme ihrer Medikamente geschult, um möglichst realitätsnahes Umstände herzustellen und sie auf die Zeit nach der Rehabilitation vorzubereiten.

Gesundheitsförderung:

Die gesundheitsfördernden Maßnahmen haben zum Ziel, das Interesse für eine bewusste und gesundheitsförderliche Lebensweise zu wecken. Gesundheitsförderung erschließt sich aus unterschiedlichen Maßnahmen im Rahmen unseres integrativen und differenzierten Beratungs- und Behandlungsangebotes. Entspannungsverfahren und Achtsamkeitsübungen sowie Bewegungstherapie und Sportgruppen schaffen einen verbesserten Zugang zum eigenen Körpererleben und fördern das allgemeine Wohlbefinden. Dies wird ergänzt durch das gemeinschaftliche Zubereiten ausgewogener Mahlzeiten unter Anleitung. Wesentliche Elemente stellen Ernährungsberatung und insbesondere Aufklärung bezüglich der Entwicklung des Körpergewichtes unter Medikamenteneinnahme dar. Durch das Entdecken und Beleben der eigenen Ressourcen in der Haushaltsführung und dem selbständigen Umsetzen der in den Gruppenangeboten erarbeiteten Fähigkeiten im gemeinschaftlichen Alltagserleben werden Selbstbewusstsein und Eigenverantwortung bezüglich eines gesundheitsförderlichen Lebensstiles der Rehabilitanden gefördert und stabilisiert.

6.2 Bereich Psychotherapie

Psychotherapeutische Angebote:

Die Einzelgespräche sind je nach Störungsbild, supportiv und/oder edukativ, verhaltenstherapeutisch oder tiefenpsychologisch orientiert. Allgemeines Ziel ist das Verstehen und Bewältigen der hinter der Krankheit stehenden seelischen Dynamik, deren Konflikte oder die Akzeptanz der Krankheit sowie das Entwickeln von Beziehungsfähigkeit sowie Lebens- und Berufsperspektiven. Das stützende Einzelgespräch fördert die Fähigkeiten des Rehabilitanden die Belastungen und Anforderungen des jetzigen Lebens zu bewältigen, d.h. für krankheitsbedingte Einschränkungen Bewältigungsstrategien zu entwickeln und sich dabei selbst mit seinen Möglichkeiten und Grenzen wahrzunehmen und sein Leben darauf einzustellen.

Die Rehabilitanden haben für die Dauer des Rehabilitationsprozesses einen zuständigen Psychotherapeuten.

6.3 Bereich Ergo-/Arbeitstherapie und Berufliche Rehabilitation

Ergotherapie:

In unserer Einrichtung bildet die Ergotherapie zusammen mit der Arbeitstherapie und der beruflichen Rehabilitation eine therapeutische Einheit, mit unterschiedlicher und dennoch sich ergänzender bzw. aufeinander aufbauender Zielsetzung.

Das Ziel der Ergotherapie ist die (Wieder-)Gewinnung, Förderung und Erhaltung von Handlungsfähigkeiten im Alltag, der Selbstversorgung und dem Beruf. In der Ergotherapie werden Maßnahmen zur gezielten Behandlung krankheitsbedingter Störungen der psychosozialen und sozioemotionalen Funktionen und den daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen von Rehabilitanden angeboten.

Der Aspekt der Tagesstrukturierung, Training der Selbsthilfetätigkeiten, Beüben motorischer sowie sensorischer Störungen und Begleitung des Rehabilitanden stellt dabei einen wichtigen jedoch nicht den gesamten Aspekt dar. In der Aufnahmephase, die zunächst auf zwei Wochen ausgelegt ist, wird der Rehabilitand ab dem zweiten Tag nach der Aufnahme in die Ergotherapie integriert. Durch einen klar strukturierten Tagesplan, eher niederschwellige, in der Handlungsplanung differenziert beschriebene alltagspraktische und handwerklich-gestalterische Arbeiten soll dem neu aufgenommenen Rehabilitanden eine langsame und damit leichtere Eingewöhnung in die neue, ungewohnte Lebenssituation ermöglicht werden. In diesen ersten zwei Wochen findet auch eine erste vorsichtige ergotherapeutische Befunderhebung statt mit dem Ziel, fest zu stellen, in wie weit eine Belastbarkeit für die Arbeitstherapie gegeben oder noch spezielle Förderung notwendig ist. Die Ergotherapie versteht sich hier als Vorbereitung zur Arbeitstherapie. Die Ergotherapie stellt jedoch im späteren Therapieverlauf immer auch die Möglichkeit zur Krisenintervention dar. Durch individuell angepasste, eher niederschwellige Tätigkeiten ist es möglich, eine entsprechend entlastende Tagesstrukturierung zu ermöglichen, auf die Bedürfnisse des Rehabilitanden einzugehen und ihm somit unterstützend und stabilisierend bei der Bewältigung der Krise zu helfen.

Arbeitstherapie:

Ziel der Arbeitstherapie ist das Erkennen und das Fördern von Fähigkeiten und Fertigkeiten, das Erkennen und Überwinden von Arbeitsstörungen, Hemmungen und Defiziten. Die Arbeitstherapie unterstützt die Rehabilitanden bei der Wahl einer geeigneten Beschäftigung bzw. Berufsausbildung.

Viele Rehabilitanden mussten aufgrund von Arbeitsstörungen ihren Beruf aufgeben oder konnten noch keine berufliche Ausbildung beginnen. Zunächst steht die Entwicklung und Stabilisierung basaler Arbeitsfaktoren im Vordergrund. Dies sind z.B. Durchhaltevermögen, Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, Konzentrationsfähigkeit, Kooperationsfähigkeit und Motivation. Der Ergotherapeut geht auf die fachlichen und persönlichen Schwierigkeiten des Einzelnen ein. Gefördert werden u.a. die Fähigkeit zur Kooperation, Konzentration und die Ausdauer. Der Rehabilitand soll lernen Eigeninitiative und Selbständigkeit zu entwickeln, Verantwortung zu übernehmen, Beurteilungen zuzulassen und andere angemessen zu beurteilen. Begleitend zu der praktischen Tätigkeit in den handwerklichen und haushaltspraktischen Bereichen findet durch einen Berufsfachlehrer Fachkundeunterricht statt. Dieser dient der Vertiefung der Fachkenntnisse, dem kognitiven Training und der Vorbereitung auf die Anforderungen der Berufsschule bei einer späteren Ausbildung. Die Ergotherapeuten bieten Unterstützung an, um u.a. Schulabschlüsse nachzuholen, eine schulische/betriebliche Berufsausbildung zu beginnen oder den erlernten Beruf wieder aufzunehmen.

Arbeitstherapie in der RPK-Maßnahme, Schwerpunkt medizinische Rehabilitation:

In der RPK-Maßnahme findet die Belastungserprobung in der Eingangsstufe der Holzwerkstatt statt. Anhand festgelegter Produkte wird eine erste Einschätzung der Fähigkeiten gewonnen. Zusammen mit dem

Arbeitstherapeuten werden Ziele formuliert und Überlegungen angestellt, welche Mittel geeignet sind, um diese zu verwirklichen. Die Arbeitstherapie strukturiert den Tag, dient der allgemeinen Aktivierung, der psychischen Stabilisierung, der Entwicklung von Grundarbeitsfähigkeiten sowie einer ersten Abklärung beruflicher Neigungen. Zur Erprobung und Steigerung der Belastbarkeit können bei ausreichender Stabilität des Rehabilitanden schon während der medizinischen Maßnahme erste Versuche einer Tätigkeit in einem Kooperationsbetrieb stattfinden.

Berufliche Rehabilitation in der RPK-Maßnahme, Schwerpunkt berufliche Rehabilitation:

Nach Abschluss der schwerpunktmäßig medizinischen Rehabilitation wird bei entsprechender Indikation die schwerpunktmäßig berufliche Rehabilitation beantragt bzw. durchgeführt. Diese berufsfördernden Maßnahmen erfolgen in Kooperation mit Betrieben oder anderen Rehabilitationseinrichtungen. Wenn noch keine festen Berufsvorstellungen vorhanden sind, können im Rahmen von Berufsfindungsmaßnahmen Vorschläge entwickelt und erprobt werden. Die Arbeitserprobung dient der Abklärung von Fragen bei bestehenden Berufswünschen und der Überprüfung der Belastbarkeit in dem gewählten Beruf. Durch Berufsvorbereitungsmaßnahmen soll der Rehabilitand befähigt werden, nach Abschluss der Maßnahme eine Ausbildung, Fortbildung oder Umschulung aufzunehmen. Krankheits- und/oder lernbedingte Schwierigkeiten können während dieser Förderung abgebaut und fehlende Grundkenntnisse erworben werden.

Ziel der beruflichen Anpassung/beruflichen Trainingsmaßnahme ist es, bei einer schon vorhandenen Ausbildung die aufgrund der Dauer der Erkrankung eingetretenen Lücken im beruflichen Wissen zu schließen und den Anforderungen und Entwicklungen der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Erfordernisse anzupassen.

In der Regel findet einmal wöchentlich ein Arbeitsgespräch statt. Ein Jobcoach spricht mit dem Rehabilitanden über alle arbeitsbezogenen Fragen und Planungen. Konflikte aus dem Arbeitsbereich werden angesprochen und es wird gemeinsam nach geeigneten Lösungswegen gesucht. Der Rehabilitand wird individuell begleitet, seine Fähigkeiten und Möglichkeiten in einer angemessenen Tätigkeit umzusetzen und bei der Suche nach einem geeigneten Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz unterstützt

Mit Arbeitsaufnahme bzw. Ausbildungsbeginn endet die RPK-Maßnahme. Eine Überleitung zur Eingliederungshilfe mit den entsprechenden berufsbegleitenden Angeboten und soziotherapeutischen Maßnahmen ist dann möglich, wenn der Rehabilitationserfolg mit Beendigung der stationären RPK-Maßnahme gefährdet ist und eine entsprechende Indikation vorliegt.

Eine umfassende konzeptionelle Darstellung der Beruflichen Rehabilitation in der sp-r ist unserem „*Fachkonzept der schwerpunktmäßig beruflichen RPK-Maßnahme*“ zu entnehmen.

6.4 Bereich Sozialtherapie

Wohngruppenarbeit:

Ziel der Wohngruppenarbeit ist Förderung der Fähigkeiten

- zur Bewältigung von Alltagsaufgaben (Einkauf, Kochen, Wäschepflege, Pflege der Wohnung etc.)
- zur Gestaltung des persönlichen Umfelds
- zur Gestaltung des Zusammenlebens

In der Einrichtung leben die Rehabilitanden in therapeutischen Wohngruppen unterschiedlicher Größe (2-5 Rehabilitanden) und mit einem differenzierten Betreuungsangebot. Alle Wohnungen sind mit Küche und

Sanitärräumen ausgestattet. Im Untergeschoss befinden sich Freizeiträume und die Waschküche. Die Wohngruppen werden durch einen für die jeweilige WG verantwortlichen Mitarbeiter betreut. Wöchentlich findet in den Wohngruppen mit dem zuständigen Wohngruppenbetreuer eine Wohngruppensitzung statt, bei der alle anliegenden Probleme besprochen werden. Die Rehabilitanden erfahren Anleitung in den einzelnen alltagspraktischen Bereichen, werden darin unterstützt, individuelle Schwierigkeiten zu bewältigen und ermutigt, sich innerhalb der Wohngruppe mit ihren Wünschen und Bedürfnissen einzubringen.

In den ersten vier Wochen nach Aufnahme findet wöchentlich eine individuelle alltagspraktische Förderung des Rehabilitanden statt. Zusatztermine zur Wohngruppenbetreuung sind bei Bedarf möglich.

Psychosoziale Beratung:

Die individuelle Lebenswelt der Rehabilitanden steht im Fokus der Rehabilitation. Dazu gehört die Ermittlung des Hilfebedarfs in den Bereichen Lebensunterhalt, Wohnen und Freizeit. Als Kontextfaktoren werden vorhandene Fähigkeiten des Rehabilitanden in der Aufnahme und Gestaltung persönlicher und sozialer Beziehungen sowie die Zugangsmöglichkeiten zu Behörden und Ämtern bei der Bedarfsermittlung ebenfalls berücksichtigt.

Die Rehabilitanden erhalten, angepasst an den Verlauf der Rehabilitation und den persönlichen vorliegenden sozialrechtlichen Ansprüchen, umfassende Beratungsleistungen über berufliche Fördermöglichkeiten nach geltendem Sozialrecht. Die Leistungen umfassen die Sicherung der Leistungsträgerschaft sowie die Sicherung des Lebensunterhalts des Rehabilitanden während und im Anschluss an die Rehabilitation.

Freizeittherapie:

Zu den freizeittherapeutischen Angeboten der sp-r gehören neben den internen Sportgruppen, die Förderung und Unterstützung bei der Nutzung der kulturellen Angebote der Region, der Integration in die regionalen Vereine, Clubs etc.

Ziel der Freizeittherapie ist die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, das Erkennen eigener Bedürfnisse und individueller Grenzen sowie die zeitliche Strukturierung von Aktivität und Erholung. Der Verlust von Interessen und sozialen Kontakten ist häufig Folge der psychischen Erkrankung. Oft ist die Beziehung zu Freunden, Kollegen oder zur Familie abgebrochen und die Fähigkeit zur Teilnahme am kulturellen Leben verloren gegangen. Die individuelle Freizeitförderung knüpft an den Interessen des Einzelnen an. Dazu werden die regionalen Angebote (Vereine, Chor, Kirchengemeinde, VHS etc.) genutzt, aber auch verschiedene Angebote in der Einrichtung unterbreitet. Zur Feststellung und Entwicklung der individuellen Interessen, finden regelmäßige Gespräche mit den Freizeittherapeuten statt.

6.5 Indikationsspezifische Gruppenangebote

Psychoedukation: (Psychose, Persönlichkeitsstörungen, affektive Störung)

Unter dem Begriff „Psychoedukation“ werden verschiedene Methoden zusammengefasst, die Aufklärung und Informationsvermittlung über die Erkrankung sowie Förderung des Störungsverständnisses und der Fähigkeit zum Selbstmanagement zum Ziel haben.

Die Teilnahme dient der Förderung zur Einsicht in die Erkrankung und eigene Defizite, Erkennen und Entwickeln eigener Potentiale und Ressourcen, Übernahme von Selbstverantwortung, konstruktiver Umgang mit Psychopharmaka, Verständnis der Rezidivauslöser und Verhaltensänderungen zur Rezidivprophylaxe, Bearbeitung der Erfahrungen bei psychiatrischen Behandlungen und dem Erfahrungsaustausch.

Soziales Kompetenztraining:

Ziel des Sozialen Kompetenztrainings ist es, grundlegende Fertigkeiten für den Umgang mit anderen Menschen zu erlernen bzw. zu verbessern. Das Training bezieht sich auf die drei Situationstypen „Eigene Rechte durchsetzen“, „Selbstsicheres Verhalten in Beziehungen“ und „Sympathie gewinnen“. Bei dem erstgenannten Situationstyp geht es darum, wie man kompetent berechnete Forderungen stellt oder Forderungen anderer ablehnt. Ein Beispiel dafür wäre die Reklamation fehlerhafter Ware. Bei dem zweiten Situationstyp handelt es sich um nahe Beziehungen, wie beispielsweise Partnerschaft, und die Frage, wie man dort eigene Bedürfnisse und Gefühle mitteilt und mit den Bedürfnissen des anderen in Einklang bringt. Der dritte Situationstyp umfasst diejenigen Situationen, in denen man durch sympathisches Auftreten Kontakte zu anderen Menschen herstellt oder jemanden zu einem Gefallen bewegt. In dem Training werden zum einen Informationen vermittelt und zum anderen praktische Übungen anhand von Rollenspielen durchgeführt.

Achtsamkeitsgruppe:

Mit Achtsamkeit ist eine bestimmte heilsame Haltung und Daseinsweise gemeint. Sie wird durch regelmäßige Übung zunehmend verinnerlicht und verwirklicht. Zunächst bedeutet achtsam sein, wach und präsent, gegenwärtig zu sein. Achtsamkeit üben heißt zu lernen, im gegenwärtigen Augenblick ganz da sein zu können. Anstatt über die Vergangenheit zu grübeln oder sich übermäßig über die Zukunft zu ängstigen. Anstatt der Gegenwart ausweichen zu wollen, weil man sich ihr nicht gewachsen fühlt.

Achtsamkeit beinhaltet, offen zu sein für all das, was auch immer in der Erfahrung und im Bewusstsein auftaucht. Diese Öffnung und grundlegende Offenheit bringt es oft mit sich, ungeliebten oder verdrängten, unterdrückten Seiten der eigenen Person zu begegnen. Achtsamkeit üben heißt auch, eine Grundhaltung von Freundlichkeit und Akzeptanz sich selbst gegenüber zu entwickeln. Achtsamkeit, das ist der Gegenpol zu stressgetriebener Impulsivität und blindem Re-Agieren. Gegenwärtigkeit, Offenheit und freundliche Akzeptanz nehmen zu. Es wird möglich, innezuhalten und ein tieferes Verständnis für sich und seine Erfahrungen zu gewinnen. So kann aus 'impulsivem Reagieren' immer häufiger ein 'intentionales Antworten' werden.

Im Rahmen einer geschlossenen Gruppe, begrenzt auf acht Stunden, werden verschiedene Module bearbeitet und anhand verschiedener praktischer Übungen brachliegende Ressourcen reaktiviert, die es ermöglichen, einen achtsameren Umgang mit sich selbst und der Erkrankung zu lernen. Verdeutlicht wird dies im Rahmen der Gruppe anhand vielfältiger praktischer Übungen und dem entstehenden Austausch zwischen den Teilnehmern.

Entspannungsverfahren:

Entspannungsverfahren sind übende Verfahren zur Verringerung körperlicher und geistiger Anspannung oder Erregung. Körperliche Entspannung und das Erleben von Gelassenheit, Zufriedenheit und Wohlbefinden sind eng miteinander verbunden. Entspannungsverfahren werden als Behandlungsverfahren in der Psychotherapie und allgemein zur Psychohygiene genutzt.

Ziel aller Entspannungsverfahren ist die Entspannungsreaktion, die sich sowohl auf körperlicher Ebene z.B. durch Verminderung der Muskelspannung, Verlangsamung der Herzfrequenz, etc., als auch der psychologischen Ebene in Form von Gelassenheit, Zufriedenheit und Wohlbefinden ausdrückt und die Konzentrationsfähigkeit und Differenzierungsfähigkeit der körperlichen Wahrnehmung verbessert.

Alle Entspannungsverfahren zielen durch häufiges Wiederholen der Entspannungsreaktion auf eine Bahnung und Stabilisierung derselben im Zentralnervensystem ab. Je länger ein Entspannungsverfahren geübt ist, also je öfter und stärker die Entspannungsreaktion wiederholt wurde, desto schneller und leichter kann

sie auf Grund von Konditionierungsprozessen im Alltag aktiviert werden. Eine kurze Selbstinstruktion oder eine kleine bewusste körperliche Veränderung können dann, selbst in Stresssituationen, schnell beruhigend wirken.

RehaCom:

RehaCom ist ein computergestütztes Kognitionsprogramm mit dem durch gezielt ausgesuchte Übungen am Computer kognitive Fähigkeiten wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Reaktion, Konzentration, Strategie, Verarbeitung, Logik, Rechnen und Sprache trainiert werden. Die Rehabilitanden erhalten zeitnah eine Auswertung Ihrer Leistungen. Dieses therapeutische Programm wird als Einzeltherapie angeboten.

Kognitives Training:

Das kognitive Training findet in einer Gruppe mit mehreren Rehabilitanden statt. Es werden hier Konzentration, Aufmerksamkeit, kognitive Flexibilität, Merkfähigkeit und andere kognitive Fähigkeiten trainiert, indem spezielle Übungsblätter bearbeitet oder gemeinsame Denkaufgaben gelöst werden

Kochgruppe:

Die regelmäßig stattfindende Kochgruppe zielt zum einen auf die Entwicklung basaler Kochkenntnisse und -fertigkeiten als Basis einer eigenverantwortlichen Selbstversorgung. Darüber hinaus dient dieses Angebot für unsere adipösen Rehabilitanden als wichtiger unterstützender Therapiebaustein, indem sie lernen sich im Sinne einer Ernährungsumstellung langfristig gesund und ausgewogen zu ernähren.

Sportgruppen:

In der Woche werden mind. drei Sportgruppen angeboten, die Teilnahme an einem Angebot ist verpflichtend. Die angebotenen Sportarten werden in erster Linie durch die ärztliche Leitung festgelegt, wobei auch, soweit möglich, aktuelle Wünsche der Rehabilitanden Berücksichtigung finden

6.6 Die Rehaplanungskonferenz

Ziel der Rehaplanungskonferenz ist es,

- die Rehabilitanden aktiv am Rehabilitationsprozess zu beteiligen, damit sie Verantwortung für die Umsetzung der angestrebten Nah- und Fernziele übernehmen können und
- den Unterstützungs- und Hilfebedarf individuell zu ermitteln und zu gestalten.

Ca. sechs Wochen nach Aufnahme treffen sich Rehabilitand, Bezugstherapeut und alle am Rehabilitationsprozess beteiligten Mitarbeitenden der unterschiedlichen Bereiche zur ersten Rehabilitationsplanung. Hierbei geht es darum, Beobachtetes in die Rehabilitationsplanung einzubringen, Ziele zu formulieren und die notwendigen Schritte/Interventionen zur Zielerreichung zu besprechen. In der Regel erfolgen diese Planungsgespräche alle acht bis neun Wochen, um die besprochenen Ziele und Interventionen zu überprüfen und fortzuschreiben oder bei Bedarf zu modifizieren

Angehörige des Rehabilitanden werden bei Bedarf in die Entwicklung und Erreichung der Rehabilitationsziele miteinbezogen, wenn das Einverständnis des Rehabilitanden vorliegt. Diese Fragestellung ist obligatorischer Bestandteil der Rehabilitationsplanung und fließt in den Rehabilitationsplan ein.

7. Organisatorische Rahmenbedingungen in der sp·r

7.1 Mitarbeiterpräsenz und Tagesablauf

In der Einrichtung ist rund um die Uhr ein Mitarbeiter anwesend, der für alle Fragen Ansprechpartner ist und bei Entscheidungen entweder an den jeweils zuständigen Bezugstherapeuten verweist oder Mitteilungen entgegennimmt und weiterleitet. Darüber hinaus ist auch rund um die Uhr eine Rufbereitschaft installiert.

Der Tagesablauf ist werktags durch die Therapien in den verschiedenen Bereichen und Sportangebote innerhalb und außerhalb der Einrichtung strukturiert. Der Tag beginnt werktags um 8:30 Uhr mit einem gemeinsamen Frühstück. Therapieangebote finden in der Regel täglich zwischen 8 und 19 Uhr statt. Zwischen 12.00 und 13.00 Uhr ist Mittagspause. Das Mittagessen wird von dem Team des Arbeitstherapiebereichs Hauswirtschaft zubereitet und serviert. Das Abendessen wird bis 19 Uhr selbstständig in den Wohngruppen zubereitet. Jeden Donnerstagabend treffen sich die Rehabilitanden und Mitarbeiter um 18.15 Uhr zur Hausversammlung. Hier werden Themen des Zusammenlebens in der Einrichtung sowie die Freizeit bzw. das Wochenende geplant.

7.2 Aufnahmeverfahren und -kriterien der sp·r

Aufnahmemodus:

In der sp·r werden regelmäßig Informationsstunden angeboten, bei denen Interessenten die Einrichtung besichtigen und sich informieren können. Bei Interesse an einer Aufnahme werden dem Bewerber die Bewerbungsunterlagen ausgehändigt. Sobald die Unterlagen und Arztberichte vorliegen, wird der Bewerber zu einem Probetag und persönlichen Vorstellungsgespräch eingeladen, in welchem gemeinsam überlegt und entschieden wird, ob die Maßnahme für den Bewerber sinnvoll ist.

Sowohl die Einrichtung als auch der behandelnde Facharzt erstellen jeweils ein Gutachten über die Eignung für die RPK-Maßnahme. Das Gutachten und die sonstigen ärztlichen Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, an die die Einrichtung gebunden ist. Der Bewerber stellt in Zusammenarbeit mit der sp·r einen Antrag bei dem zuständigen Leistungsträger.

Personenkreis und Aufnahmekriterien:

Die Einrichtung nimmt volljährige Frauen und Männer auf, die an Psychosen, Persönlichkeitsstörungen und affektiven Störungen leiden, die nicht mehr der Behandlung im Krankenhaus bedürfen, aber aufgrund der Art und Schwere der Störung eine umfangreiche stationäre Rehabilitationsmaßnahme benötigen. Vor Aufnahme überprüfen wir:

- die ausreichende Belastbarkeit, welche die Teilnahme am Rehabilitationsprogramm ermöglicht
- die Bereitschaft zur Veränderung
- die Fähigkeit, Rehabilitationsziele und Maßnahmen einzuschätzen und zu realisieren
- die Bereitschaft, sich auf den therapeutischen Rahmen einzulassen, bzw. ihn für sich zu nutzen
- die Bereitschaft, die Notwendigkeit der Maßnahme zu erkennen und aktiv an der eigenen Rehabilitation mitzuwirken
- die Bereitschaft zur Kooperation mit den Mitarbeitern

Nicht aufgenommen werden Personen, bei denen die Problematik einer Suchterkrankung oder einer Minderbegabung im Vordergrund steht.

7.3 Leistungsträger

Die Leistungsträger der RPK-Maßnahme sind die Krankenkassen, die Rentenversicherungsträger, die Agentur für Arbeit. Voraussetzung für die Maßnahme ist einerseits die Erfüllung von versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und eine günstige Prognose für eine erfolgreiche Wiedereingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Leistungsträger für die Nachbetreuung ist der zuständige Sozialhilfeträger.

7.4 Aufbau- und Ablauforganisation

Die Aufbau –und Ablauforganisation der RPK sind im QM-Handbuch dargestellt und können dort eingesehen werden

7.5 Vernetzung der sp-r in der Region

Mit der Psychiatrischen Abteilung der Universitätsklinik Ulm pflegen wir eine enge Kooperation, die eine optimale medizinisch-psychiatrische Versorgung und engmaschige Zusammenarbeit, auch in Krisensituationen gewährleistet.

Auch die Kooperationen mit anderen Einrichtungen, Kliniken sowie mit den ortsansässigen Arbeitgebern und Verbänden wie z.B. IHK und Handwerkskammer sind wichtige Bestandteile unserer Arbeit.

Darüber hinaus gehört die sp-r zum Gemeindepsychiatrischen Verbund der Region und ist in allen Gremien des Verbundes vertreten. Durch diese Mitgliedschaft gestalten wir die Entwicklung der Sozialpsychiatrie in der Region maßgeblich und aktiv mit und können so auch die Interessen unserer Rehabilitanden vertreten

Die Kooperation mit anderen Leistungsträgern z.B. die regelmäßige Gesprächsrunden mit den Rehabilitanden der DRV Land und der AfA, ermöglicht eine individuelle Planung und Umsetzung der Rehabilitationsziele jedes einzelnen Rehabilitanden.

8. Qualitätsmanagement

Gemäß der im SGB IX § 20 verankerten Anforderung zu einem internen Qualitätsmanagement hat die sp-r ein systematisches Qualitätsmanagementsystem aufgebaut und ist seit 2012 zertifiziert.

In diesem Rahmen ist auch das Notfallmanagement geregelt.

Claudia Lauser
Dipl. Psychologin
Einrichtungsleiterin

Dr. med. Mihoko Kusano-Schwarz
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Ärztliche Leiterin