



Rehabilitationskonzept des Hauses St. Antonius

Autoren:
Ulrich Saur
Kristin Sandkötter

Datum der Erstellung: 27.05.2014
Update: 21.06.2021
Cordula Schiele

IK-Nummer: 510554818

Adresse:
Haus St. Antonius Bevergern
Baumgarten 6
49477 Hörstel-Bevergern
Tel. 05459-80160
e-mail: hsa@caritas-rheine.de
Website: www.caritas-rheine.de



Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
1.1	Einführung und Kurzdarstellung	4
1.2	Träger der Einrichtung	4
1.3	Lage und Ausstattung	4
2	Rehabilitationskonzept	6
2.1	Zielgruppe und Versorgungsregion	6
2.2	Rehabilitationsindikation und Kontraindikation	6
2.3	Kriterien für eine stationäre oder ganztägig ambulante Behandlung	7
2.4	Rehabilitationsverständnis unter Berücksichtigung der Internationalen Klassifikation für Funktions- fähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)	9
	Rehabilitationsziele	11
2.5		11
2.5.1	Allgemeine Rehabilitationsziele	11
2.5.2	Kostenträgerspezifische Rehabilitationsziele	11
2.5.3	Rehabilitationsziele im Haus St. Antonius	12
2.6	Aufnahmeverfahren	15
2.7	Kommunikationsstruktur und Therapieorganisation	17
2.8	Rehabilitationsverlauf	17
2.8.1	Diagnostik und Integration	18
2.8.2	Ressourcenorientierte Behandlung und arbeitsbezogene Interventionen	19
2.8.4	Entlassungsvorbereitung, Planung weiterführender Maßnahmen	22
2.9	Therapeutisches Leistungsangebot	25
2.9.1	Medizinisch–psychiatrische Behandlung	25
2.9.2	Psychotherapeutische Behandlung	26
2.9.3	Soziotherapeutische Angebote	26
2.9.4	Ergotherapie und Arbeitstherapie	26
2.9.5	Bewegungs- und sporttherapeutische Angebote	27
2.9.6	Freizeitangebote	27
2.9.7	Angehörigenarbeit	28
2.9.8	Entlassungsvorbereitung	28
2.9.9	Gesundheits- und Krankenpflege	29
2.10	Dokumentation	30
2.11	Regionale und überregionale Vernetzung	30
3	Personelle Ausstattung	30
4	Qualitätssicherung	31
5	Notfallmanagement	32
5.1	Notfallablaufplan medizinischer Notfall	32



Ablaufplan Hygiene	34
5.2	34
5.3 Ablaufplan Umgang mit Medikamenten.....	35
5.4 Notfallablaufplan technischer Notfall.....	35
5.5 Ablaufplan Arbeitssicherheit	36
6 Fortbildung	39
7 Supervision.....	39
8 Hausordnung und Behandlungsvereinbarung	39



1 Einleitung

1.1 Einführung und Kurzdarstellung

Das Haus St. Antonius ist seit 1993 als medizinischen Rehabilitationseinrichtung zur Behandlung psychisch kranker Menschen (RPK) durch die Deutsche Rentenversicherung Westfalen im Sinne des § 15 Abs. 2 SGB VI anerkannt. Seit 2006 besteht ein Versorgungsvertrag mit der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 111 SGB V.

Im Rahmen einer Leistungs-, Prüfungs- und Vergütungsvereinbarung mit dem Landschaftsverband Westfalen – Lippe sind begrenzt auch Teilhabeleistungen gem. des SGB XII (§§ 53,60,75,78 und 97 SGB XII) möglich.

Behandelt werden Menschen, die im Verlauf ihrer psychischen Erkrankung vorwiegend nach einem Klinikaufenthalt weiterer stationärer oder teilstationärer / ambulanter Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation bedürfen. Das Haus St. Antonius bietet 30 vollstationäre Behandlungsplätze, sowie 2 Plätze zur teilstationären / ambulanten Behandlung.

1.2 Träger der Einrichtung

Träger des Hauses St. Antonius ist der Caritasverband Rheine e.V., der über langjährige Erfahrung in der ambulanten, komplementären und stationären Behandlung und Betreuung psychisch kranker Menschen verfügt.

Neben der stationären und ganztägig ambulanten Behandlung im Haus St. Antonius in Bevergern bietet der Caritasverband Rheine differenzierte Leistungen zur beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Menschen sowie vielfältige psychosoziale Angebote wie das Ambulant Betreute Wohnen, Kontakt- und Beratungsstelle, Tagesstätte, Tages-Zentrum, sowie gerontopsychiatrische Behandlungsangebote in Rheine und Umgebung.

Das Angebot der medizinischen Rehabilitation ist eingebettet in das gemeindenahere psychiatrische Versorgungssystem im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes des Kreises Steinfurt.

1.3 Lage und Ausstattung

Das Haus St. Antonius liegt zentral im Kreis Steinfurt, in Bevergern. Bevergern ist ein Ortsteil der Stadt Hörstel, in der insgesamt 21.000 Einwohner leben. Die nahegelegenen Städte Rheine und Ibbenbüren sind gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen. Den Rehabilitanden stehen dafür kostenfreie Bustickets zur Verfügung. Beide Städte bieten eine gute psychosoziale Infrastruktur. Kooperierende Kliniken, Ärzte, Werkstätten, Betriebe und Firmen, Beratungsstellen sind innerhalb von 30 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen. Die Bushaltestelle liegt in 50 Meter Entfernung von der Einrichtung.



Die Einrichtung verfügt über 30 stationäre und 2 ambulante Plätze, die auf 4 Wohnbereiche aufgeteilt sind.

Die einzelnen Wohneinheiten sind ausgestattet mit

- Einzel- und Doppelzimmern mit Waschecke
- Gemeinschaftsraum mit Fernsehecke
- Küche
- getrennten sanitären Anlagen für Frauen und Männer

Das Haus hat einen Aufzug und barrierefreien Zugang.

Die Einrichtung verfügt insgesamt über, 32 Einzelzimmer mit 12 m², davon können 2 Zimmer zu Doppelzimmer genutzt werden.

Für die medizinische Behandlung und die weiteren therapeutischen Angebote sind folgende Räume vorhanden:

- Ärztliches Behandlungs- und Untersuchungszimmer Sprechzimmer
- Medizinisches Behandlungs- und Untersuchungszimmer
- 10 Büroräume
- 3 multifunktionale Therapieräume mit einer Größe von 32 m² bis 55 m²
- Gymnastik- und Fitnessraum 78m²
- Nutzungsmöglichkeiten der Sporthalle der angrenzenden Grundschule.

Zur Durchführung der Arbeitsdiagnostik und der Maßnahmen zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit stehen folgende Räumlichkeiten zur Verfügung:

- Holzwerkstatt, 35 m²
- Lagerraum für Holzwerkstatt und Tonofen, 23 m²
- Ergotherapieraum 13,4 m²
- Ergotherpaieraum 24,0 m²
- Garten- und Zierpflanzenanlagen, 3000 m²



2 Rehabilitationskonzept

2.1 Zielgruppe und Versorgungsregion

Das Rehabilitationsangebot wendet sich an psychisch erkrankte oder seelisch behinderte Erwachsene, die nicht mehr krankenhausbearbeitungsbedürftig sind und wegen Art und Schwere ihrer Beeinträchtigungen einer medizinischen Rehabilitation bedürfen.

Zielgruppe sind also Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung.

Im Sinne der gemeindepsychiatrischen Versorgung werden vorrangig Rehabilitanden aus dem Kreis Steinfurt und den angrenzenden Regionen behandelt.

2.2 Rehabilitationsindikation und Kontraindikation

Neben einer erforderlichen eigenen Motivation und einem Verständnis für die angestrebte Rehabilitationsmaßnahme wird im Rahmen des Aufnahmeverfahrens durch die ärztliche Leitung der Einrichtung oder ihren vertretungsberechtigten Ärzten abgeklärt, ob die Maßnahme und die angestrebten Ziele Aussicht auf Erfolg haben. Behandelt werden Menschen, mit folgenden Erkrankungen:

- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (ICD 10: F 2)
- affektive Störungen (ICD 10: F 3)
- Belastungsbedingte Störungen, somatoforme Störungen, neurotische Störungen (ICD 10: F 4)
- Essstörungen als komorbide Störung zu o.g. Indikationen (ICD 10: F 5)
- schwere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD 10: F 6)
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit oder Jugend (ICD 10 F 9)

Im Einzelfall kommen in Betracht:

- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen werden als komplizierende Komorbidität mit behandelt, vorausgesetzt es besteht Abstinenzfähigkeit nach abgeschlossener Entzugsbehandlung (ICD 10: F 1)

Und soweit Rehabilitationsfähigkeit besteht:

- sonstige psychische Störungen auf Grund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (ICD 10: F 0)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen auf Grund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (ICD 10: F 0)

Als Aufgaben für die Rehabilitation werden folgende Aufgaben vom Gesetzgeber genannt um die Auswirkungen der Erkrankung abzufedern:

- Weitere Behandlung zur Stabilisierung



- Verbesserung der krankheitsspezifischen Fähigkeitsstörungen
- Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zur besseren Bewältigung des Alltags
- Gezielte medizinische Leistungen zur Vorbeugung der Pflegebedürftigkeit, bei Eintritt beseitigen, verbessern oder Verschlimmerung verhindern
- Krankheitsspezifische Fähigkeitsstörung verbessern
- Versagensängste abbauen
- Selbstvertrauen fördern
- Motivation zur Eingliederung in die Gesellschaft, Arbeit und Beruf aufbauen, da als Folge der Erkrankung oft keine tragfähigen Beziehungen zu Verwandten, Freunden etc. vorhanden sind und damit eine Isolation herrscht mit erhöhtem Rückfallrisiko
- Verbesserung der krankheitsspezifischen Fähigkeitsstörungen vor Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Viele Menschen mit psychischer Erkrankung sind nach stationären psychiatrischen Aufhalten wieder an ihren Arbeitsplatz zurückgekehrt, hier werden häufig Rückfälle wegen Überforderung erlitten, zudem drohen bei Krankheit beruflicher Abstieg oder Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit, hier soll die Rehabilitation entgegensteuern, so der Gesetzgeber. Durch die Rehabilitationsmaßnahme sollen auch Menschen unterstützt werden, die während ihrer Schul- oder Berufsausbildung durch ihre psychische Erkrankung gescheitert sind oder nur unregelmäßig gearbeitet haben und dadurch keinen Standort im Berufsleben gefunden haben.

Nicht aufgenommen werden können:

- Personen mit akuter psychotischer Symptomatik
- Menschen, bei denen eine akute Suizidgefährdung besteht
- Personen mit einer primären Abhängigkeitserkrankung
- Personen, bei denen pflegerische Hilfebedürfnisse im Vordergrund stehen.

2.3 Kriterien für eine stationäre oder ganztägig ambulante Behandlung

Das Haus St. Antonius bietet stationäre und alternativ ganztägig ambulante Rehabilitationsmaßnahmen an.

Während der stationären Rehabilitation sind die Rehabilitanden in einer der Wohneinheiten im Haus St. Antonius untergebracht.

In der Zielgruppe der Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung finden sich häufig Kriterien, die eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme erfordern.

Kriterien für eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme sind:

- Ausgeprägte Beeinträchtigung der psychischen Funktionen.



- Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe,
- Die Herausnahme aus einem krankmachenden Umfeld ist erforderlich ist.
- Das soziale Umfeld des Rehabilitanden keine unterstützende Funktion hat.
- Der Rehabilitand beruflich nicht integriert ist und infolgedessen spezifischer Leistungen bedarf, die ambulant nicht erbracht werden können.
- Eine stabile Wohnsituation ist nicht vorhanden.
- Die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme zur Einhaltung des Therapieplanes noch nicht hinreichend vorhanden ist.



Kriterien, die für eine ambulante Behandlung sprechen, sind:

- Es liegt eine hinreichend stabile Wohnsituation vor.
- Eine Beeinträchtigung der psychischen Funktionen und der Aktivitäten und Teilhabe liegen in einem Grad der Ausprägung vor, dass eine ambulante Rehabilitation erfolgversprechend ist.
- Das soziale Umfeld des Rehabilitanden hat stabilisierende, unterstützende Funktion.
- Die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, Verlässlichkeit bei der Wahrnehmung der Therapieangebote ist gegeben.
- Eine ausreichende Mobilität ist vorhanden.

Die ambulante Rehabilitation kann von Beginn an erfolgen, die Rehabilitationsdauer unterscheidet sich dann nicht von der im Rehabilitationsverlauf beschriebenen Dauer der Maßnahme.

Das ganztägig ambulante Behandlungsangebot ist auch eine mögliche Anschlussmaßnahme zur Absicherung eines stationär erzielten Rehabilitationserfolges, wenn eine stationäre Behandlung nicht mehr notwendig ist, eine direkte Entlassung aber eine Gefährdung des Gesamtrehabilitationserfolges bedeuten würde.

Eine ganztägig ambulante Behandlungsmaßnahme ist auch ein Angebot zur Verkürzung der stationären Rehabilitationsmaßnahme, wenn diese nicht mehr erforderlich ist.

In den beiden letztgenannten Fällen dauert eine abschließende ambulante Rehabilitationsmaßnahme bis zu drei Monaten.

Ansonsten wird die ambulante Behandlung entsprechend den allgemeinen Behandlungsprinzipien durchgeführt, die Organisation der therapeutischen Angebote ist identisch mit der stationären Behandlung. Allen Rehabilitanden steht durchgängig eine Rufbereitschaft durch die Mitarbeiter des Hauses St. Antonius, Bevergern zur Verfügung.

2.4 Rehabilitationsverständnis unter Berücksichtigung der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Neben sozialpsychiatrischen Grundsätzen wie einer individuellen Klientenorientierung, einem regionalen und wohnortnahe Bezug, bezieht sich das grundsätzliche Rehabilitationsverständnis auf die Behandlung der Folgen eines gesundheitlichen Problems mit der Perspektive die entstandenen Funktionseinschränkungen zu mildern oder zu beheben und damit die Teilhabefähigkeit zu vergrößern. Hieraus folgt ein prozesshaftes Rehabilitationsverständnis.



Das Rehabilitationsverständnis im Haus St. Antonius orientiert sich an den Kriterien der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und basiert auf dem zugrunde liegenden bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell, das variable Interdependenzen zwischen Gesundheitsproblemen, funktionaler Gesundheit und den jeweiligen Kontextfaktoren berücksichtigt.

Zur bestmöglichen und individuellen Behandlung der schwer psychisch erkrankten Rehabilitanden wird ein integratives Behandlungskonzept umgesetzt.

Inhaltlich werden nur anerkannte Behandlungsverfahren angewendet, auf Grundlage der evidenzbasierten Medizin.

Eine weitere Orientierung sind die Praxisleitlinien Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen der BAG RPK.

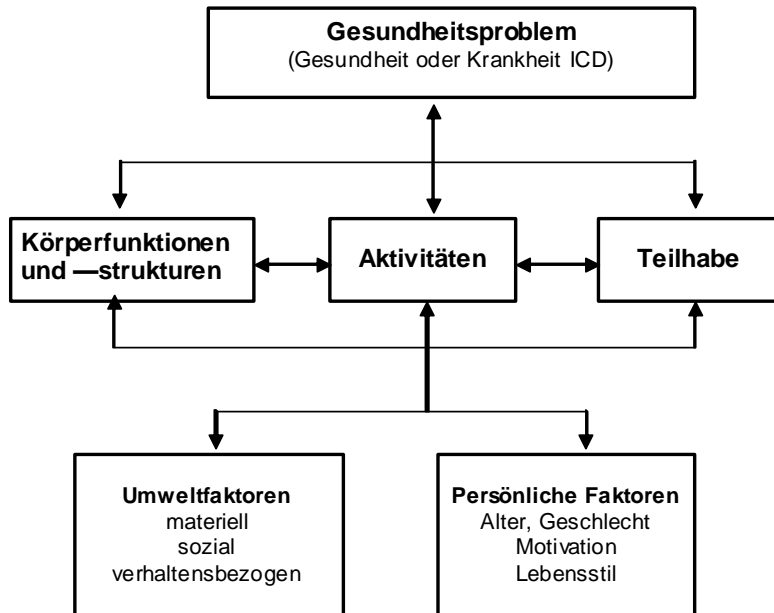
Neben der Orientierung an den Zielen und Bedürfnissen der Rehabilitanden orientiert sich der Rehabilitationsprozess auch an den Erfordernissen des jeweiligen Krankheitsbildes. Hierzu kommen unterschiedliche störungsspezifische Behandlungselemente zum Einsatz. Die Integration dieser Angebote, der Abgleich mit den Bedürfnissen der Rehabilitanden, so wie die durch die Kostenträger vorgegebene Zielorientierung, erfolgt in einer individuell 14-tägig abgestimmten Rehabilitationsplanung.

Das bio-psycho-soziale Modell nach ICF:

In der ICF werden Gesundheitsstörungen als negatives Ergebnis einer Wechselwirkung beschrieben. Zentrales Konzept ist das der funktionalen Gesundheit: Ein Mensch wird unter Berücksichtigung seines gesamten Lebenshintergrundes (Konzept der Kontextfaktoren) dann als funktional gesund betrachtet,

- wenn seine Körperfunktionen (auch die mentalen) und seine Körperstrukturen allgemein anerkannten Normen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und Körperstrukturen)
- wenn er all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme im Sinne der ICF erwartet wird (Konzept der Aktivitäten)
- wenn er sein Dasein in allen für ihn wichtigen Lebensbereichen in der Weise und in dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigungen der Körperfunktionen, Körperstrukturen und Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe).

Bio-psycho-soziales Modellverständnis des ICF:



2.5 Rehabilitationsziele

2.5.1 Allgemeine Rehabilitationsziele

Ziel der Rehabilitation ist, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben durch frühzeitige Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhindern.

Dieses Ziel soll erreicht werden durch eine größtmögliche Wiederherstellung der ursprünglichen Struktur, Funktion, Aktivität und Teilhabe.

2.5.2 Kostenträgerspezifische Rehabilitationsziele

In der Rentenversicherung zielen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die im Haus St. Antonius Bevergern erbracht werden, gemäß SGB VI § 9 und § 15 darauf:

- die Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken.
- die Krankheit zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegen zu wirken
- ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern
- die Rehabilitanden möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiedereinzugliedern.



In der Krankenversicherung zielen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wie im Haus St. Antonius erbracht, gemäß SGB V § 40 und § 111 darauf, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhindern oder ihre Folgen zu mildern.

2.5.3 Rehabilitationsziele im Haus St. Antonius

Die medizinische Rehabilitation im Haus St. Antonius zielt im Detail auf die Verbesserung folgender Schädigungen und Beeinträchtigungen:

Schädigung psychischer Funktionen

- Dimensionen der Persönlichkeit (z.B. mangelnde psychische Stabilität, gestörtes Vertrauen)
- emotionale Funktionen (z.B. Störung der affektiven Kontrolle, depressive Verstimmung)
- Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (z.B. mangelnde Impulskontrolle)
- Funktionen der Selbstwahrnehmung (z.B. Störung der Körperbildes, mangelnde Selbstakzeptanz)
- höhere kognitive Leistungen (z.B. Störungen des Einsichtsvermögens, Störung des Zeitmanagements)
- Denkfunktionen (z.B. Zwangsgedanken und Aufmerksamkeitsfunktionen, Konzentrationsstörungen)
- Körperfunktionen (z.B. Somatisierungsstörung, oder als primär somatische Störung)
- Schlaffunktion (z.B. gestörter Schlafrhythmus)
- psychomotorische Funktionen.

Beeinträchtigung der Aktivitäten

In Folge der o.g. Schädigungen / Funktionsstörungen können Fähigkeitsstörungen auftreten.

Diese betreffen insbesondere folgende Bereiche:

- alltägliches Verhalten (z.B. in Familie, Beruf, Freizeit)
- psychische Belastbarkeit (z.B. Schwierigkeiten beim Umgang mit Anforderungen des Alltags)
- interpersonelle Beziehungen und Interaktionen (z.B. Störungen bei der Aufnahme und Aufrechterhaltung von Beziehungen)
- Problemlösefähigkeit und der Entscheidungsfindung
- Umstellung (z.B. auf neue Berufssituationen)
- Krankheitsbewältigung



Beeinträchtigung der Teilhabe

Daraus resultierend können als Folge der o.g. Schädigungen / Funktionsstörungen und / oder Fähigkeitsstörungen Beeinträchtigungen insbesondere in folgenden Bereichen auftreten:

- der psychischen Unabhängigkeit
- der physischen Unabhängigkeit
- in der sozialen Integration / Reintegration
- der Arbeitsfähigkeit und wirtschaftlichen Eigenständigkeit.

Die zuvor beschriebenen Ebenen sind nicht unabhängig voneinander, sondern stehen entsprechend dem Bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell in einer komplexen Wechselbeziehung.

Als relevante Kontextfaktoren bei psychischen Erkrankungen sind u.a. zu nennen:

- persönliche Unterstützung und tragfähige Beziehungen (z.B. Familienmitglieder, Freunde, Bekannte, Kollegen, Hilfs- und Pflegepersonal, professionelle Helfer)
- individuelle Arbeitssituation
- Zugang und Nutzung sozialer Einrichtungen, soziale Absicherung
- soziokulturelle Strukturen (z.B. in Familie, Verwandtschaft, ethnischen und religiösen Gemeinschaften)
- natürliche Umwelt (z.B. Geographie, Klima, Licht, Lärm, Luftqualität)
- persönliche Umwelt (z.B. Gestaltung der Wohnung)
- Einstellungen und Wertesysteme (z.B. Religion).

Kontextfaktoren können einerseits einen günstigen Einfluss (positive Kontextfaktoren) auf Schädigungen, Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen und somit auf den Rehabilitationsverlauf haben. Daher gilt es, diese möglichst früh zu erkennen und ihre rehabilitative Wirkung zu nutzen (Ressourcenkonzept der Rehabilitation). Sie können andererseits aber auch einen nachteiligen Einfluss (negative Kontextfaktoren) auf Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen haben und Gesundheits- bzw. Krankheitsrisiken darstellen. Vor diesem Hintergrund ist auch das in der Rehabilitationsmedizin etablierte Risikofaktorenkonzept (z.B. Rauchen, Übergewicht, Alkohol) zu sehen.

Die Schwerpunkte der medizinischen Rehabilitation im Haus St. Antonius im Einzelnen sind:

Verbesserung der Bewältigungskompetenzen

Die ärztliche, psychologische und sozialtherapeutische Behandlung sowie gezielte psychoedukative und psychotherapeutische Maßnahmen wie die psychoedukativen Einzelgespräche, gezielte Gruppentrainingsprogramme zur Bewältigung von Depressionen, Ängsten, Sozialen Ängsten, Emotionsstörungen, das psychoedukative Training für schizophrene Patienten auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Grundlage



fokussieren auf eine Verbesserung der Bewältigungskompetenzen. Hierzu zählen die Fähigkeiten, aktiv und lösungsorientiert an der Erhaltung bzw. Wiedererlangung der eigenen Gesundheit zu arbeiten.

Diese Bewältigungskompetenzen beinhalten folgende Aspekte: Informiertheit über die Störung, Störungsverständnis, Wissen über Selbsthilfe und Behandlungsmöglichkeiten, Wissen über Bewältigungsmöglichkeiten, die persönliche Bereitschaft zur Nutzung dieser Bewältigungs- und Behandlungskompetenzen.

Verbesserung des körperlichen Funktionsvermögens und der psychischen Energie

Die medizinisch-fachärztliche Behandlung im Haus St. Antonius, die Entspannungstherapien sowie sport- u. bewegungstherapeutischen Angebote zielen auf eine Verbesserung des körperlichen Funktionsvermögens.

Verbesserung der Lern- und Anpassungsfertigkeiten

Im Bereich der Lern- und Anpassungsfertigkeiten zielt die medizinische Rehabilitationsbehandlung auf ein Lernen im Sinne des Aneignens neuer Fertigkeiten, Problemlösen im Sinne einer Anpassung an neue Gegebenheiten sowie die Fähigkeit, Regeln und Routine zu erwerben.

Verbesserung des sozialen Funktionsvermögens

Ein weiterer Rehabilitationsschwerpunkt liegt auf der Verbesserung des sozialen Funktionsvermögens. Das soziale Funktionsvermögen umfasst das Ausmaß und die Intensität alltäglicher sozialer Interaktionen und das Interesse daran. Die Fähigkeit, in zwischenmenschlichen Kontakt zu treten, ist grundlegend für die Bewältigung von Anforderungen des Alltags und des Erwerbslebens.

Verbesserung des psychischen Funktionsvermögens und der Aktivitäten

Zentraler Bestandteil der medizinischen Rehabilitation ist die Verbesserung des psychischen Funktionsvermögens, welches kognitive, affektive und energetische Funktionsbereiche umfasst sowie die Verbesserung der Fähigkeiten, die alltägliche Grundversorgung und Tagesstruktur selbstständig durchzuführen. Dabei umfasst die Grundversorgung Selbstständigkeit in Bezug auf Wohnen, Hygiene, Ernährung, Mobilität und Geschäftsfähigkeit. Die Tagesstruktur bezieht sich auf die Aufrechterhaltung einer sinnhaften Tagesgestaltung. Beide Fähigkeiten sind Voraussetzungen für die Bewältigung der Arbeits- und Alltagsanforderungen.

Verbesserung der Teilhabe unter Berücksichtigung kostenträgerspezifischer Rehabilitationsziele und der Kontextfaktoren

Im Weiteren zielen die Maßnahmen auf eine Verbesserung der Ausbildungs- und Arbeitsfähigkeit, Verkürzung von Arbeitsunfähigkeit, Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten zur beruflichen Anpassung, Abklärung der beruflichen Neigung und Eignung, Förderung der beruflichen Wiedereingliederung durch Kontaktaufnahme zu Betrieben zwecks frühzeitiger Einleitung innerbetrieblicher Maßnahmen, Überleitung in weiterführende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Ebenso werden fördernde und hemmende Faktoren im unmittelbaren Umfeld des Rehabilitanden, Unterstützung aus dem familiären Umfeld, Haltung und Einstellung



des Freundeskreises, Einstellung der Behandler, Arbeitsplatzbedingungen, in die medizinische Rehabilitation einbezogen.

Die Rehabilitation erfolgt klientenzentriert als Komplexleistung. Die Behandlungsangebote orientieren sich dabei an dem Hilfebedarf der einzelnen Rehabilitanden. Sie werden unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen und der krankheitsspezifischen Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen zielorientiert festgelegt.

Ein durch die ärztliche Leitung der Einrichtung erstellter individueller Behandlungs- und Rehabilitationsplan wird gemeinsam mit dem Rehabilitanden / der Rehabilitandin und dessen BezugstherapeutIn erarbeitet, abgestimmt und kontinuierlich bedarfsgerecht fortgeschrieben. Dieser dient als Grundlage für die Überprüfung der Zielerreichung und ist damit auch ein wesentlicher Teil für die Bewertung der Ergebnisqualität.

Das in der Einrichtung verwirklichte Milieu ist ein Element des Rehabilitationsangebotes. In diesem Rahmen wird den Rehabilitanden unter schützenden, übersichtlichen Bedingungen in Alltagssituationen, durch Partizipation und offene Kommunikation, eine Vielzahl an sozialen Erfahrungen und Lernmöglichkeiten zur Bewältigung ihrer Erkrankung und zur Verbesserung der krankheitsspezifischen Fähigkeitsstörungen ermöglicht.

Ein besonderes Augenmerk der Behandlung liegt auf der Entlassungsvorbereitung und Nachsorge. An dieser Stelle sollen die häufig generellen Schwierigkeiten des Übergangs in die neue Arbeits-, Wohn- und Lebenssituation vermindert werden. Auch eine Überlastung der Rehabilitanden mit der möglichen Folge einer Gefährdung des Therapieerfolges und einer erneuten Erkrankung bzw. einer weiteren Chronifizierung gilt es durch die Nachsorge zu verhindern. Die Einbeziehung der Angehörigen in den Behandlungsprozess spielt hierbei in der Regel eine wichtige Rolle.

Sämtliche Leistungen werden fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal erbracht.

2.6 Aufnahmeverfahren

Die Kontaktaufnahme erfolgt in der Regel über die vermittelnden Institutionen, wie z.B. psychiatrische Fachkrankenhäuser, niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten, sowie psychosoziale Fachdienste.

Das Aufnahmeverfahren hat folgenden Ablauf:

- Allgemeines Informationsgespräch über die Einrichtung und die Behandlungsmöglichkeiten.
- Hospitationstag (entfällt während der Corona Pandemie) und Begutachtung durch die verantwortliche Ärztin der Einrichtung, sowie Überprüfung der Eignung des Bewerbers für eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme.
- Bei gegebener Indikation und positiver Entscheidung des Bewerbers werden die Antragsunterlagen durch die Rehabilitationseinrichtung an die zuständigen Kostenträger weitergeleitet.



Bei Vorliegen einer Kostenzusage und wenn ein entsprechender Platz in der Einrichtung frei ist, erfolgt die Aufnahme.



2.7 Kommunikationsstruktur und Therapieorganisation

Die medizinische Behandlung sowie die Behandlungs- und Rehabilitationsplanung erfolgt durch die ärztliche Leitung und nachgeordnete Fachärzte der Einrichtung. Sämtliche therapeutische Maßnahmen werden ärztlich verordnet. Die Einrichtungsleitung arbeitet eng mit der ärztlichen Leitung zusammen.

Bezüglich personeller, organisatorischer und wirtschaftlicher Ziele erfolgt eine wöchentliche Abstimmung im Leitungsteam. Dienstplanung, Akquise und Qualitätssicherung erfolgen gesondert in den entsprechenden Arbeitsteams mit der Einrichtungsleitung. Die Position der Stellvertretung der Einrichtungsleitung ist vakant; die Urlaubsvertretung erfolgt über die ärztliche Leitung.

Jedem Rehabilitanden steht während der gesamten Dauer der Rehabilitationsmaßnahme ein Bezugstherapeut als Ansprechpartner zur Verfügung. Dieser begleitet den Rehabilitanden im kontinuierlichen persönlichen Kontakt.

Eine kontinuierliche Abstimmung zwischen allen beteiligten Fachkräften ist in Form von einer wöchentlich stattfindenden, ärztlich geleiteten Besprechung des Rehabilitationsteams gewährleistet.

Tägliche morgendliche Kurzbesprechungen, einmal wöchentlich stattfindende Koordination der Rehabilitationsangebote, wöchentliche Organisationsbesprechungen, sechswöchige interne Fortbildungen sichern eine reibungslose Zusammenarbeit des multiprofessionellen Teams. Darüber hinaus finden mehrfach wöchentliche Besprechungen zwischen Ärztin, Pflegekraft, Bezugstherapeut und Wirtschaftlerin, sowie innerhalb des Wirtschaftsteams statt.

2.8 Rehabilitationsverlauf

Die Rehabilitation im Haus St. Antonius orientiert sich an den oben genannten Zielen, unter größtmöglicher Einbeziehung der Bedürfnisse und Ziele des Rehabilitanden. Der Behandlungsverlauf lässt sich dabei in drei Rehabilitationsphasen unterteilen.

Zur Verdeutlichung der jeweiligen therapeutischen Schwerpunkte erfolgt eine Unterteilung in die Bereiche Diagnostik und Integration, ressourcenorientierte Behandlung und Training, sowie Entlassungsvorbereitung und Einleitung weiterführender psychosozialer und berufsrehabilitativer Maßnahmen.

Diese drei Phasen im Rehabilitationsverlauf bauen aufeinander auf. Dabei gehen diese Phasen in der Praxis fließend ineinander über. Bei auftretenden Schwierigkeiten wird der Behandlungsverlauf individuell an die unterschiedlichen Anforderungen der Rehabilitanden angepasst.



2.8.1 Diagnostik und Integration

Am Aufnahmetag erfolgt eine ärztliche Eingangsdagnostik, mit Erhebung differenzierter Anamnesen, eines psychopathologischen Befundes und einer gründlichen körperlich-neurologischen Untersuchung. Auf der Grundlage einer kategorialen Diagnostik nach ICD 10 und einer funktionalen Diagnostik nach ICF erfolgt die Erfassung krankheitsspezifischer Fähigkeitsstörungen sowie der Ressourcen des Rehabilitanden. Die Erfassung dient der Problem- und Zielanalyse zur Erstellung eines individuellen Rehabilitationsplanes. In diesem werden aktuelle Beschwerden, krankheitsspezifische Fähigkeitsstörungen und vorhandene Ressourcen gewichtet, Behandlungsziele einvernehmlich vereinbart, sowie ein konkretes Vorgehen festgelegt. Im Sinne eines fortschreitenden Problemlösungsprozesses mit Rückkopplungscharakter erfolgt eine fortlaufende ärztlich geleitete Behandlungsplanung und Zielanalyse, gemeinsam mit dem Rehabilitanden und dem Bezugstherapeuten. Die Behandlungsziele werden fortlaufend 14-tägig gemeinsam mit dem Rehabilitanden abgestimmt und der Grad der Zielerreichung erfasst. Auf der Grundlage eines zu Beginn der Behandlung aufgestellten Therapiewochenplanes erfolgt die Integration in die Rehabilitationsbehandlung, sowie der Aufbau einer Tagesstruktur. Durch die Integration in die nachfolgend aufgeführten therapeutischen Bausteine erfolgt die gezielte Behandlung der krankheitsspezifischen Fähigkeitsstörungen und Förderung der vorhandenen Ressourcen. Ebenso erfolgen die Integration in die jeweilige Rehabilitandengruppe und der Aufbau einer therapeutischen Beziehung, um die Voraussetzung für eine problem- und veränderungsorientierte Behandlung zu schaffen. Hiermit wird auch die Motivation und die Therapieadhärenz gefördert.

Zur Erreichung dieser Ziele bilden nachfolgend genannte therapeutische Inhalte im Rahmen des Komplexleistungsprogrammes den Schwerpunkt dieser Behandlungsphase:

- Fachärztliche/psychotherapeutische Behandlung, einschließlich regelmäßiger Einzel- und Gruppengespräche
- Diagnostische Abklärung einschließlich testpsychologischer Diagnostik (MELBA SL, IDA, D 2, SKID, Frankfurter Beschwerdebogen, BDI, Cogpack, FPI) und Intelligenztestung mittels I-S-T 2000 R von Hogrefe 2007
- Erhebung der sozialen Anamnesen
- Therapie- und Behandlungsplanung
- Psychopharmakotherapie
- Regelmäßige Einzelgespräche mit dem Bezugstherapeuten
- Integration in die Ergotherapie zur Verbesserung krankheitsspezifischer Fähigkeitsstörungen und zur diagnostischen Abklärung der arbeitsrelevanten Fähigkeiten. Hierzu werden die diagnostischen Instrumente MELBA, IDA genutzt.
- Computergestütztes Training Cogpack und Fresh Minder



- Beginn mit speziellen psychoedukativen Behandlungsverfahren wie der Depressionsbewältigungsgruppe, Angstbewältigungsgruppe, Fertigkeiten-
training – DBT nach M.Linehan, Gruppentraining sozialer Kompetenz (GSK),
psychoedukatives Training für schizophrene Patienten (PTS + MKT),
Ergänzungen durch Entspannungsverfahren wie Progressive
Muskelentspannung, Achtsamkeitstraining.
- Im Verlauf ergänzen die Gruppen Zusammenhang Erkrankung, Rehabilitation
und Arbeit (ZERA), Sucht und Psychose das Angebot.
- Aktivitätsaufbau durch Integration in die intramurale Arbeitstherapie sowie in
das sporttherapeutische Bewegungsprogramm: Walking, Hallensport, Thera fit,
Body weight, Faszientraining, Schwimmen, Tai Ji Quan, –Pilates.
- Sozialrechtliche und Rehabilitationsberatung z.B. bei bestehender
Verschuldungsproblematik, zur Durchsetzung von individuellen Ansprüchen
sowie Absicherung von Lebensgrundlagen
- Lehrküche
- Training lebenspraktischer Fähigkeiten
- Ernährungs- und Gesundheitsberatung
- Einbeziehung der Angehörigen bzw. des relevanten sozialen Netzwerkes in die
Therapie. Hierzu kann neben individuellen, klärenden, beratenden
Angehörigengesprächen bei Bedarf eine systemisch orientierte
Familienberatung durchgeführt werden.

Die Dauer dieser Rehabilitationsphase beträgt mindestens 6 bis durchschnittlich 16
Wochen.

2.8.2 Ressourcenorientierte Behandlung und arbeitsbezogene Interventionen

Auf der Grundlage der 14-tägigen fortlaufenden Rehabilitationsplanung und der
erfolgreichen Integration in die Behandlungsmaßnahme wird durch gezielte
Maßnahmen-:

- Reduzierung der krankheitsspezifischen Fähigkeitsstörungen in den Bereichen
der Persönlichkeit, der emotionalen Funktionen, der Funktionen der
psychischen Energie und des Antriebs, der Funktionen der Selbst- und
Fremdwahrnehmung,
- höhere kognitive Leistungen,
- der Denkfunktionen,
- der Körperfunktionen,
- der Schlaffunktionen sowie psychomotorischer Funktionen angestrebt.

Die Festlegung der einzelnen Maßnahmen erfolgt in 14-tägigen
Rehabilitationsplanungsgesprächen. Zwischen Rehabilitand, ärztlicher Leitung, den
anderen Fachärzten und Bezugstherapeut werden unter Berücksichtigung der Ziele
des Kostenträgers Zwischenziele konkretisiert, benannt und fortlaufend
weiterentwickelt. Die einzelnen vereinbarten Maßnahmen werden im individuellen
Therapie-Wochenplan festgehalten. Beeinträchtigungen der Aktivitäten in den
Bereichen des alltäglichen Verhaltens, der psychischen Belastbarkeit, der
interpersonellen Beziehungen und Interaktionen, der Problemlöse- und
Entscheidungsfindung, der Umstellung und der Krankheitsbewältigung werden gezielt



behandelt. Die Dauer der Rehabilitationsmaßnahme ist abhängig vom individuellen Grad der Erreichung der vereinbarten Rehabilitationsziele. Entsprechend Stellung bezogen wird hierzu in mindestens dreimonatigen Berichten an den jeweiligen Kostenträger, mit denen bei entsprechender Indikation, auch die Verlängerung der Rehabilitationsmaßnahme beantragt wird.



Beeinträchtigungen der Teilhabe in den Bereichen der psychischen und physischen Unabhängigkeit, der sozialen Integration/Reintegration und der wirtschaftlichen Eigenständigkeit werden ebenso berücksichtigt, wie die unterschiedlich wirkenden Kontextfaktoren, sowie die komplexen Wechselwirkungen, in denen die beschriebenen Ebenen stehen.

Neben diesen Maßnahmen liegt, entsprechend des individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsplanes und der hierin festgelegten Ziele, ein weiterer Schwerpunkt in dieser Phase auf den arbeitsrehabilitativen Maßnahmen. Auf der Grundlage der im Rahmen der intramuralen Arbeitstherapie erreichten Stabilisierung der Arbeitsfähigkeiten erfolgt die Entscheidung über weitere Schritte im Hinblick auf die individuelle berufliche Wiedereingliederung.

Hierfür lernen die Rehabilitanden Kontakt zu den Wirtschaftsbetrieben der Region aufzunehmen, sich über Berufsbilder im persönlichen Kontakt, über digitale Medien, die Tagespresse und spezielle Berufswahltests über ihren Berufswunsch zu informieren. - Hier verfügt die Einrichtung aufgrund der langjährigen Erfahrung im Bereich der medizinischen Rehabilitation über eine gute Kooperation mit den Arbeitgebern der Region. Mit über 70 Betrieben, Firmen und Institutionen aus der näheren Umgebung in den Bereichen Handwerk/Gewerbe, Industrie, Handel, Verwaltung, Gesundheit/Soziales sowie Land- und Forstwirtschaft bestehen Erfahrungen und entsprechende Absprachen für diese extramuralen Belastungserprobungen. Hierüber kann jedem Rehabilitanden kurzfristig ein entsprechender Praktikumsplatz in erreichbarer Nähe (d.h. Erreichbarkeit mit dem eigenen PKW oder dem ÖPNV innerhalb von 20-30 Minuten) zur Verfügung gestellt werden. - Im nächsten Schritte wird vom Rehabilitanden ein konkreter Praktikumsplatz ausgewählt, dies vertraglich mit dem Praktikumsgeber und der Einrichtung vereinbart und vom Rehabilitanden das Praktikum gestuft in zunehmenden Belastungsstufen absolviert.

Auftretende Schwierigkeiten, Überlastungssituationen können begleitend zeitnah thematisiert und konkrete Lösungsalternativen erarbeitet werden.

Durch den jeweiligen Bezugstherapeuten erfolgt eine enge Kooperation mit dem jeweiligen Anleiter vor Ort.

Diese Praktika werden in einem Umfang von mindestens 4 Stunden an zwei Tagen pro Woche bis maximal 8 Stunden pro Tag und Woche durchgeführt. Ziel ist dabei die sukzessive Belastungssteigerung bis zur Belastungsgrenze des jeweiligen Rehabilitanden.

Die Auswertung dieser Belastungserprobungen erfolgt durch regelmäßige Auswertungsgespräche mit den Praktikumsanleitern, auf deren Grundlage die nachfolgenden Rehabilitationsziele für diesen Bereich formuliert werden.



Durch diese extramuralen Belastungserprobungen können die individuellen Arbeitsfähigkeiten weiter vertieft und gezielt gefördert werden, die jeweilige entwickelte berufliche Perspektive unter den Bedingungen des 1. Arbeitsmarktes geprüft und ggf. verändert werden. Hierzu erfolgt in der Regel auch eine engmaschige Abstimmung mit der Agentur für Arbeit, sowie den Rehabilitationsberatern der Rentenversicherungen.

Begleitend erfolgt die Integration in das Gruppenprogramm Zusammenhang Erkrankung, Rehabilitation und Arbeit (ZERA). Hier können auftretende Fragen und Probleme lösungsorientiert thematisiert werden, soziale Kompetenzen trainiert, sowie alle notwendigen Fähigkeiten und Techniken, die für Bewerbung, Stellensuche und Arbeitnehmertätigkeit erforderlich sind, gemeinsam erarbeitet werden.

Für Rehabilitanden mit anhaltend eingeschränkter psychophysischer Belastbarkeit stehen auch niedrighwelligere Arbeitsangebote im geschützten Bereich der Werkstätten für Menschen mit Behinderung in Rheine und Ibbenbüren zur Verfügung.

Für die in der zweiten Rehabilitationsphase formulierten Inhalte stehen im Rahmen des Komplexleistungsprogrammes folgende Angebote zur Verfügung:

- Fachärztliche/psychotherapeutische Behandlung, einschließlich regelmäßiger Einzel- und Gruppengespräche
- Fortschreibung der Therapie- und Behandlungsplanung
- Psychopharmakotherapie
- Regelmäßige Einzelgespräche mit dem jeweiligen Bezugstherapeuten
- Intramurale Ergotherapie
- Intramurale Arbeitstherapie
- Fortführung der begonnenen psychoedukativen Gruppen und Wechsel in neue noch nicht absolvierte Gruppen.
- Fortführung des Sport- und Bewegungsangebotes
- Fortführung Lehrküche und Lebenspraktisches Training
- Freizeitangebote wie Kinobesuche, Bowling
- Sozialrechtliche Beratung sowie Beratung zur beruflichen Rehabilitation

Einbeziehung der Angehörigen und des sozialen Umfeldes in die Therapie.

Die Dauer dieser Rehabilitationsphase beträgt 3-8 Monate.

2.8.4 Entlassungsvorbereitung, Planung weiterführender Maßnahmen

Auf der Grundlage der in der Behandlungsphase erreichten Ziele erfolgt eine intensive Entlassungsvorbereitung, sowie die Einleitung notwendiger weiterführender psychosozialer und berufsrehabilitativer Maßnahmen.

Ziel ist hier die Entwicklung langfristiger, tragfähiger Perspektiven in den Bereichen Gesundheitsfürsorge, Arbeit, Wohnen und Freizeit, sowie der Transfer der erreichten Ziele in einen ambulanten Betreuungsrahmen. Die begonnenen Maßnahmen zur Stabilisierung und Bewältigung der Erkrankung, wie z.B. die psychoedukativen Einzel- und Gruppengespräche, werden fortgeführt. Der Schwerpunkt in dieser Rehabilitationsphase liegt auf den bevorstehenden Veränderungen durch die



Entlassung aus der Einrichtung. Strategien im Umgang mit Stress- und Belastungssituationen werden erarbeitet, in Rollenspielen eingeübt und in Belastungserprobungen trainiert. Die Thematisierung individueller Möglichkeiten zur Rückfallprophylaxe wird intensiviert.

Medizinische Nachsorgeleistungen wie psychiatrische, nervenärztliche und psychotherapeutische Anschlussbehandlungen werden eingeleitet.

Die zuvor eingeleiteten Maßnahmen zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit werden fortgeführt und ggf. weiter ausgeweitet.

Gleichzeitig erfolgen in den Einzel- und Gruppengesprächen ein gezieltes Bewerbungstraining und die Vorbereitung auf mögliche Vorstellungsgespräche durch Rollenspiele und individuelle Beratung. Ebenso erhält der Rehabilitand Unterstützung bei der Erstellung von Bewerbungsunterlagen, der Stellensuche, sowie bei Fragen im Hinblick auf Schwierigkeiten und Probleme am Arbeitsplatz.

Durch die kontinuierliche Einbeziehung der Rehabilitationsfachberater der Rentenversicherungsträger, sowie der Bundesagentur für Arbeit werden rechtzeitig notwendige und weiterführende Maßnahmen zur weiteren beruflichen Rehabilitation geprüft und - falls erforderlich - eingeleitet.

Bedarfsgerecht erfolgt die Beantragung und Einleitung nachfolgender psychosozialer Betreuungsangebote, wie z.B. das Ambulant Betreute Wohnen, Kontakt- und Beratungsstelle etc. Bei Bedarf erhält der Rehabilitand Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Wohnumfeld.

Fortlaufend wird im Rehabilitationsprozess überprüft, ob weiterhin eine stationäre Maßnahme erforderlich ist, oder eine Überleitung in einen teilstationären Behandlungsrahmen möglich ist.

Abschließend erfolgt ein reflektierendes Gespräch mit beidseitiger Bewertung des Rehabilitationsverlaufes und ein ärztliches Entlassungsgespräch-

Der Entlassungsbericht wird innerhalb der von der DRV geforderten Frist von 14 Tagen nach Rehabilitationsende erstellt.

Für die in dieser dritten Phase beschriebenen Inhalte stehen im Rahmen des Komplexleistungsprogramms folgende Angebote zur Verfügung:

- Fachärztliche/psychotherapeutische Behandlung, einschließlich regelmäßiger Einzel- und Gruppengespräche
- Fortschreibung der Therapie- und Behandlungsplanung
- Psychopharmakotherapie
- Regelmäßige Einzelgespräche mit dem Bezugstherapeuten
- extramurale Belastungserprobungen
- gezieltes Bewerbungstraining und Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche
- Psychoedukatives Training



- Gruppentraining sozialer Kompetenzen
- Ggf. Einbeziehung der Angehörigen in den Therapieprozess
- sowie bedarfsgerecht die bereits o.g. Therapieangebote

Sämtliche in dieser Phase gemachten Angebote zielen auf eine langfristige Stabilisierung und eine Überleitung in ein tragfähiges ambulantes Umfeld.

Die Dauer dieser Abschlussphase beträgt 1-3 Monate.

Die Dauer der Behandlung ist individuell unterschiedlich und hängt wesentlich vom Rehabilitationsverlauf und von den zu erreichenden Zielen ab.

Unter der Maßgabe der Ziele des SGB V kann die Rehabilitation in der Regel in 9 Monaten abgeschlossen werden.

Im Hinblick auf die Ziele des SGB VI kann die Behandlung in der Regel in 9 – 12 Monaten abgeschlossen werden.



2.9 Therapeutisches Leistungsangebot

Das therapeutische Leistungsangebot fokussiert sich auf die Verbesserung der krankheitsspezifischen Fähigkeitsstörungen und wird im Rahmen des individuellen ärztlich verantworteten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes bedarfsorientiert verordnet, um die angestrebten Behandlungsziele zu erreichen.

Die therapeutischen Behandlungselemente werden nach dem aktuellen Stand der Rehabilitationsforschung, orientiert an der Praxisleitlinie Rehabilitation, sowie den gesetzlichen Grundlagen und den entsprechenden Rahmenempfehlungen fortlaufend aktualisiert und kritisch auf ihre Verwendbarkeit im Rahmen des Komplexleistungsprogrammes überprüft.

Die einzelnen Behandlungsangebote, ihre Zielsetzung und Inhalte werden im Qualitätshandbuch detailliert beschrieben.

2.9.1 Medizinisch–psychiatrische Behandlung

Die fachärztliche Behandlung der Rehabilitanden wird durch die Fachärzte der Einrichtung sichergestellt. Die verantwortliche Ärztin oder deren namentlich benannter Vertreter steht werktäglich von 7 bis 21 Uhr in schwierigen Fällen oder Notfällen auch darüber hinaus persönlich oder telefonisch zur Verfügung. Dadurch ist eine 24-stündige ärztliche Dauerbereitschaft gewährleistet. In akuten Notfällen ist der reguläre ärztliche Notdienst des Kreises Steinfurt zu benachrichtigen.

Die Ärzte der Einrichtung sind ferner zuständig für:

- Erhebung der Anamnesen, Diagnostik und die Erstellung des Behandlungs- und Rehabilitationsplanes sowie dessen Überprüfung und Fortschreibung
- Erhebung des psychopathologischen und körperlich-neurologischen Befundes
- Leitung des Rehabilitationsteams
- Durchführung psychotherapeutischer Einzel- und Gruppensitzungen
- Durchführung psychoedukativer Gruppen
- Anordnung, Anleitung und Überwachung der therapeutischen und psychotherapeutischen Maßnahmen
- Psychopharmakotherapie, Laborkontrollen, Weiterleitung zu interkurrenten Behandlungen

Eine ständige Erreichbarkeit des Personals wird über eine Rufbereitschaft gewährleistet.



2.9.2 Psychotherapeutische Behandlung

Die psychotherapeutische Behandlung erfolgt durch Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter z.T. mit spezifischer Zusatzausbildung sowie einer Pflegekraft. Die Koordination der psychotherapeutischen Behandlung findet gemeinsam mit dem Rehabilitanden, dem zuständigen Arzt und dem Bezugstherapeuten statt.

Die einzeltherapeutischen Gespräche mit einer Dauer von ca. 50 Minuten erfolgen wöchentlich. Psychoedukative Gruppenangebote mit einer durchschnittlichen Teilnehmerzahl von 5 bis 10 Rehabilitanden finden wöchentlich abhängig von der Art des Angebots über einen Zeitraum von 7 bis 12 Wochen statt. Die Dauer eines psychoedukativen Gruppenangebotes beträgt abhängig vom Angebot 50 bis 90 Minuten.

2.9.3 Soziotherapeutische Angebote

Die soziotherapeutischen Angebote erfolgen durch Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und Ergotherapeuten.

- Sozialrechtliche- und Rehabilitationsberatung
- Milieutherapeutische Betreuung
- Bewerbungstraining
- Training sozialer Kompetenzen
- Psychosoziale Beratung und Betreuung
- Absicherung von Lebensgrundlagen
- Stabilisierung und Reorganisation des Umfeldes im Arbeits-, Familien- und Freizeitbereich
- Erschließung von finanziellen Hilfen zum Einrichten eines Arbeitsplatzes

Die Thematisierung soziotherapeutischer Fragen erfolgt in Gruppen, überwiegend jedoch im Einzelgespräch. Frequenz und Dauer richten sich nach dem individuellen Bedarf des Rehabilitanden.

2.9.4 Ergotherapie und Arbeitstherapie

Die Ergotherapie und Arbeitstherapie erfolgt durch Ergotherapeuten und Arbeitstherapeuten.

- Arbeitstherapie Holz, Metall, Garten
- Industrielle Verpackung und Montagearbeiten
- Training lebenspraktischer Fähigkeiten
- Arbeitsdiagnostik nach MELBA und IDA
- Computergestütztes kognitives Training / Cogpack und Fresh Minder
- Vorbereitung auf weiterführende berufliche Rehabilitationsmaßnahmen
- Extramurale Belastungs- und Arbeitserprobungen
- Praktika zur beruflichen Orientierung und Integration
- Arbeitsplatzanpassung



Die Ergotherapie erfolgt als Gruppen- und Einzelmaßnahme. Die Einzeltherapie findet zweimal wöchentlich mit einer Dauer von 90 Minuten statt, die Gruppentherapie ebenfalls zweimal wöchentlich über jeweils 3 Stunden.
Die Arbeitstherapie in der Holzwerkstatt und im Gartenbereich findet viermal wöchentlich über drei Stunden statt.

2.9.5. Bewegungs- und sporttherapeutische Angebote

Das Bewegungs- und sporttherapeutische Angebot dient den psychisch kranken Rehabilitanden zur allgemeinen Aktivierung im Rahmen von Tagesstrukturierungsproblemen und Antriebsstörungen. Es dient der Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit und Steigerung der Fitness und Ausdauer. Viele Rehabilitanden haben aufgrund der primären Störung, (Essstörungen ICD 10 F 50 Diagnosen, Traumatisierungen) oder aufgrund von Nebenwirkungen der Psychopharmakotherapie, insbes. Rehabilitanden mit Schizophrenien, keinen Zugang zu körperlichem Erleben, oder deuten körperliche Symptome wie bei Rehabilitanden mit Angst- und Panikstörungen als bedrohlich und lebensgefährlich. Ziel ist es jeweils ein neues Bewusstsein für den Körper zu erlernen, Belastungsgrenzen zu erfahren, sowohl im „zuviel“ wie bei Anorexien, als auch im „zu wenig“ wie bei den meisten anderen Störungen. Hier sind insbesondere Rehabilitanden mit Phobien, die z.T. gar nichts mehr an körperlicher Aktivität unternommen haben angesprochen. Der Aufbau körperlicher Leistungssteigerung bedeutet, dass in der Regel innerhalb kurzer Zeit Erfolge zu verzeichnen sind, die wiederum zum allgemeinen Wohlbefinden beitragen und zur psycho-physischen Gesundung. Mit dem Erleben, dass Bewegung gut tut und Spaß bringt, gelingt es den Rehabilitanden oft, an frühere sportliche Betätigungen anzuknüpfen und ihre Ressourcen wieder zu entdecken.

Durch die Physio- und Sporttherapeuten werden die Gruppen Nordic Walking, Thera Fit, Body Weight, Faszientraining und Hallensport durchgeführt.

Zusätzlich bieten die therapeutischen Mitarbeiter Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen und Yoga an, mit Reflexionsgesprächen im Rahmen der Psychotherapie.

Verbindliche Angebote bestehen für Schwimmen, Geräteanleitung im Fitnessraum und Pilates, die von allen Berufsgruppen betreut werden.

2.9.6 Freizeitangebote

In unserer Bibliothek finden sich Bücher, aktuelle Zeitschriften und Tageszeitungen und 3 PCs. Darüber hinaus steht zur gemeinsamen Freizeitgestaltung eine umfangreiche Spielesammlung zur Verfügung. Zur freien Nutzung im Haus stehen ein Kicker, ein Basketballkorb sowie eine Tischtennisplatte zur Verfügung. Außerhalb des Hauses kann der Rehabilitand ein eigenes Beet pflegen oder sich anderweitig gärtnerisch betätigen; es stehen auch Fahrräder zur Verfügung, eigene Räder dürfen gerne mitgebracht werden. Therapeutisch begleitet werden wechselnde



Abendangebote wie Kino, Bowling, Karaoke, Spieleabende, Bingo Abend, Wellness für Damen. Über Tag gibt es wechselnde Angebote mit Wandern in den Naherholungszonen in der Umgebung oder individuelle Angebote durch unsere Praktikanten (StudentInnen Soziale Arbeit, Psychologie). Den Rehabilitanden stehen Musikinstrumente zur Verfügung wie ein Klavier, ein Schlagzeug und Gitarren. Inhalte und Materialien aus der Ergotherapie können auf Wunsch auch zur Freizeitgestaltung ausgeliehen werden. Des Weiteren werden jahreszeitliche Angebote gemacht wie z.B. Besuch der Jahrmärkte, Ibb-on-Ice, Weihnachtsmärkte. Die Rehabilitanden sind angehalten sich über besondere Events in der Umgebung zu informieren, um diese dann realisieren zu können.

In den örtlichen Sportvereinen ist bei Interesse eine vorübergehende Mitgliedschaft möglich.

Zur individuellen Freizeitgestaltung in den umliegenden Städten wie Rheine oder Ibbenbüren stehen 3 Bustickets zur Verfügung.

Ziel jeder Freizeitgestaltung ist eine sinngebende Aktivierung der Rehabilitanden. Zur Verfügung steht ein Rahmen, in dem sich die Rehabilitanden ausprobieren können, ihre Neigungen entdecken lernen. Gefördert wird das Gemeinschaftserleben, die Schaffung von Ressourcen, Zugang zur Natur, aber auch die Möglichkeit, wie nach einem anstrengenden Tag ein Hobby zur Regeneration und Krankheitsbewältigung beitragen kann.

2.9.7 Angehörigenarbeit

Die Rehabilitation erfolgt teilhabeorientiert, bei Bedarf und Wunsch unter Einbeziehung der Familie, Angehöriger, sozialer Kontakte. Hierzu sind Familien- und auch Paargespräche nach individuellem Bedarf möglich.

Im Bedarfsfall können bereits während der Rehabilitationsmaßnahme familientherapeutische Interventionsmaßnahmen durchgeführt werden.

2.9.8 Entlassungsvorbereitung

Das Team unterstützt den Rehabilitanden beim Übergang in einen tragfähigen ambulanten Betreuungsrahmen und bei der Vermittlung in eine Arbeitstätigkeit auf dem allgemeinen oder dem geschützten Arbeitsmarkt.

Planung und Einleitung weiterführender Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation.

Vermittlung von weiterführenden ambulanten psychosozialen Hilfen.

Es erfolgt eine Unterstützung bei der Eingliederung in regionale Strukturen und dem Aufbau tragfähiger sozialer Beziehungen.

Im Rahmen der Entlassungsvorbereitung werden Hilfepläne gemeinsam mit dem Rehabilitanden erstellt, Anträge bearbeitet, Kontakte zu Ämtern und weiter betreuenden Einrichtungen aufgenommen. Der dafür erforderliche Zeitrahmen richtet sich nach dem Bedarf im Einzelfall.

Im Rahmen der Entlassungsvorbereitung erfolgt bereits während der Rehabilitationsmaßnahme im Bedarfsfall Kontaktaufnahme zur Psychosozialen Beratungsstelle (PSB) des gleichen Trägers, so dass der Transfer in ein ambulantes



Setting vor allem auch dann sichergestellt ist, wenn die Indikation für ein anschließendes Ambulant Betreutes Wohnen nicht gegeben ist.

2.9.9 Gesundheits- und Krankenpflege

Die Gesundheits- und Krankenpflege ist für folgende Aufgaben verantwortlich:

- Erstellung und Pflege des ärztlich-pflegerischen Dokumentensystems / Kurve,
- Erstellung einer Pflegeanamnese incl. Vitalparameter, und Gewichtskontrollen,
- organisiert den Medikamentenbestand,
- teilt die Medikamente an die Rehabilitanden aus,
- führt mit diesen Schulungen zur selbstverantwortlichen Medikamenteneinnahme durch und stellt Hilfsmittel vor (Tages/Wochen-Dosets).
- Organisiert die Umsetzung der ärztlichen Anordnungen und Verschreibungen,
- führt Blutentnahmen, i.m. Injektionen und Drogenscreenings durch,
- fungiert als Bindeglied zu den mitbehandelnden Haus- und Fachärzten im Rahmen von Terminabsprachen und Organisatorischem,
- ist zuständig für die Versorgung von Bagatellverletzungen und sondiert die Anliegen der Rehabilitanden nach Dringlichkeit zur Weiterleitung an die ärztliche Sprechstunde.
- Außerdem berät sie in gesundheitlichen Fragen.



2.10. Dokumentation

Der gesamte Rehabilitationsverlauf, erhobene Rehabilitandendaten werden fortlaufend in unserem computergestützten und rehabilitandenbezogenen Dokumentationssystem Contur festgehalten und ab Sommer 2021 in das Dokumentationssystem Vivendi überführt.

Einmal monatlich wird die Dokumentation ausgedruckt und in der ärztlich geführten Akte des jeweiligen Rehabilitanden abgelegt. Neben der ärztlichen Akte wird eine Verwaltungsakte für jeden Rehabilitanden geführt, die Kopien von gestellten Anträgen, Kostenzusagen, sowie den Briefwechsel mit beteiligten Behörden und Ämtern enthält.

Regionale und überregionale Vernetzung

Im Hinblick auf die berufliche Integration gibt es eine langjährige und gute Kooperation mit den Betrieben und Verwaltungen des allgemeinen Arbeitsmarktes im Kreis Steinfurt.

Das Haus St. Antonius kooperiert u.a. über verschiedene Arbeitskreise und Gremien mit allen Anbietern sozialpsychiatrischer Leistungen in der Region. Die aktive Mitarbeit in den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAGs), den Sektorkonferenzen im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes sowie in fachbezogenen Arbeitskreisen ist daher ein fester Bestandteil der regionalen Vernetzungsarbeit. Sie dient der Sicherstellung und Fortentwicklung der psychiatrischen Versorgung im Kreis Steinfurt.

Eine enge fallbezogene Kooperation gibt es mit den psychiatrischen Fachkliniken in der Region: der LWL-Klinik Lengerich und der Abteilung in Rheine, dem Lukaskrankenhaus Gronau, dem Rochus-Hospital Telgte, dem St. Vinzenz Hospital Rhede und der LWL-Klinik Münster. Ebenso arbeitet die Einrichtung mit den niedergelassenen Ärzten, den Rehabilitationsberatern der Agentur für Arbeit und der Rentenversicherungsträger, sowie mit den Anbietern psychosozialer Leistungen in der Region eng zusammen.

Darüber hinaus ist das Haus St. Antonius Mitglied in der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation der RPK-Einrichtungen (BAG-RPK), in der Arbeitsgemeinschaft der medizinischen Rehabilitationseinrichtungen in Westfalen-Lippe, im Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie, sowie im Diözesanarbeitskreis "Hilfen für psychisch Kranke".

3 Personelle Ausstattung

Montags bis donnerstags ist in der Zeit von 7.30 Uhr bis 19.00 Uhr bzw. freitags bis 16.00 Uhr Fachpersonal anwesend. An den Wochenenden ist samstags 12.00 Uhr bis 16.00 Uhr, sonn- und feiertags 11.00 bis 14.00 Uhr das Fachpersonal anwesend. Darüber hinaus besteht in den übrigen Zeiten eine Rufbereitschaft durch die ärztliche Leitung, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten, Gesundheits- und Krankenpflegekraft und durch die Wirtschafterinnen.



Stationäre und ambulante Rehabilitationsleistungen werden von einem multiprofessionellen Team erbracht.

Im aktuellen Personalstandsplan werden alle Mitarbeiter mit Ausbildung, Funktion, Beschäftigungsdauer aufgeführt. Der Personalstandsplan wird halbjährlich aktualisiert und den Kostenträgern mitgeteilt.

Zu den Mitarbeitern des Hauses St. Antonius gehören:

- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie; Psychosomatische Medizin
- Diplom oder Master-Psychologen/Psychologische Psychotherapeuten
- Diplom oder Bachelor of Arts -Sozialarbeiter/-Pädagogen
- Ergotherapeuten
- Gesundheits- und Krankenpflegefachkraft
- Wirtschaftlerinnen
- Physiotherapeut.

4 Qualitätssicherung

Die Rehabilitationseinrichtung Haus St. Antonius Bevergern in Trägerschaft des Caritas-Verbandes Rheine e.V. ist gemäß der gesetzlichen Vorgaben nach § 20 SGB 9 seit dem 10.12.2013 mit dem Paritätischen Qualitätssiegel Reha durch die akkreditierte Zertifizierungsgesellschaft SQ Cert GmbH zertifiziert.

Das Zertifikat ist gültig bis zum 10.09.2021.

Das Qualitätshandbuch ist prozessorientiert aufgebaut. Es beschreibt die Struktur der Rehabilitationseinrichtung, das Qualitätsmanagementsystem mit allen wichtigen Prozessen, Verfahren und zugehörigen Dokumenten. Damit dient es als verbindlicher Bezugsrahmen für unsere Arbeit, in dem die zentralen Bestandteile verständlich und handlungsleitend geregelt sind. Das Handbuch ist für jeden Mitarbeiter jederzeit in digitaler Form auf dem Server des Caritas-Verbandes Rheine verfügbar.

Alle Mitarbeiter sind aktiv an der Qualitätssicherung beteiligt. Für die unterschiedlichen Aufgabenbereiche sind jeweils prozessverantwortliche Mitarbeiter benannt.

Zu Maßnahmen der Qualitätsverbesserung unserer Rehabilitationsbehandlung zählt die Erhebung und Auswertung von Rehabilitandenfragebögen zum Ende der Rehabilitation.

Darüber hinaus werden jährliche statistische Erhebungen in Form von Summenbögen erstellt sowie Einjahreskatamnesen, die an die Bundesarbeitsgemeinschaft RPK zur wissenschaftliche Auswertung und Erstellung einer Jahresstatistik weiter gegeben werden.



5 Notfallmanagement

Die Sicherheit, Gesundheit, körperliche Unversehrtheit, Wahrung der Persönlichkeitsrechte aller Rehabilitanden und Mitarbeiter sind oberstes Ziel des Notfallmanagements.

Das Notfallmanagement umfasst die Minimierung der Verbreitung von Krankheitserregern, die optimale Versorgung im Falle eines medizinischen Notfalls bei akut lebensbedrohlicher Situation, die optimale Risikominimierung bei akuten äußeren Bedrohungssituationen wie Brand, Gasaustritt, Hochwasser, die sichere und hygienische Versorgung der Rehabilitanden mit Medikamenten und die Arbeitssicherheit aller Mitarbeiter.

5.1. Notfallablaufplan medizinischer Notfall

Bei Verdacht auf das Vorliegen eines akuten medizinischen Notfalls oder beim Eintreten eines medizinischen Notfalls ist die Rettungsleitstelle unter der Telefon-Nr. 112 zu benachrichtigen.

Die Meldung erfolgt anhand der folgenden Fragen:

- Wer ruft an?
- Was ist passiert?
- Wo ist es passiert?
- Rückfragen sind abzuwarten.

Ein Notruf kann sowohl durch die Rehabilitanden, als auch durch die Mitarbeiter abgesetzt werden.

Durch die Meldung in der Notrufzentrale wird zeitgleich das örtliche Deutsche Rote Kreuz alarmiert, so dass spätestens nach 10 Minuten ein Ersthelfer des Deutschen Roten Kreuzes im Haus zur Verfügung steht. Das DRK verfügt über Schlüssel für das Haus, um im Notfall rasch Zugang zu erlangen, dazu führen wir ein DRK Schlüsselübergabebuch zu finden im Büro Haustechnik. In jeder Wohngemeinschaft hängt eine Liste mit den Notrufnummern.

Im Falle fremdaggressiven Verhaltens, fortgesetzter Bedrohung Dritter, ist zusätzlich die Polizei unter der Nummer 110 zu informieren. Die Meldung erfolgt anhand der oben bereits aufgeführten Fragen.

Im Falle der Meldung eines Notfalls durch die Rehabilitanden soll der Bereitschaftsdienst über die Telefon Nr. 19 informiert werden. Der Rufbereitschaftsdienst begibt sich in diesem Falle ebenfalls auf direktem Wege in die Einrichtung.

Im Falle, dass sich ein Rehabilitand zunächst an den Rufbereitschaftsdienst wendet, obliegt es der Einschätzung des Rufbereitschaftsdienstes, ob ein Notruf erforderlich ist.

Die Einschätzung erfolgt anhand der Fragen

- Wer ruft an?
- Was ist passiert?



- Wo ist es passiert?

Im Falle der Notwendigkeit einer stationären Einweisung erfolgt die telefonische Kontaktaufnahme zur LWL-Klinik Lengerich oder zur LWL-Klinik Lengerich, Abt. Rheine, durch den zuständigen Mitarbeiter, die Telefonnummern sind den „Informationen für Rufbereitschaft und Notfälle“, die sich in allen Büros der Wohngruppen und bei den Rufbereitschaftsmitarbeitern zu Hause befinden, zu entnehmen.

Im Falle der Notwendigkeit der Unterbringung auf einer geschlossenen Station bei krankheitsbedingter Fremdgefährdung und akuter Suizidalität sind in den „Informationen für Rufbereitschaft und Notfälle“ ebenfalls die Telefonnummern des Ordnungsamtes Hörstel sowie der Rufbereitschaft des Ordnungsamtes zu entnehmen. Ein entsprechendes Zeugnis wird durch den diensthabenden Notarzt erstellt.

Im Falle einer notwendigen Hilfemaßnahme durch die Mitarbeiter findet sich Verbandsmaterial sowie auch ein Verbandskasten im Raum der medizinischen Pflege. Dort hängen Plakate mit den wichtigsten Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Verletzungen, sowie lebensrettende Maßnahmen bei einer lebensbedrohlichen Situation, an der Wand.

Der Notfallkoffer mit Ambubeutel, Verbandsmaterial, Larynxtubus, Guedeltubus, Infusionen wird ebenfalls im Raum der medizinischen Pflege unter der Untersuchungsliege aufbewahrt.

Bei Verletzungen, wo es zu Kontakten mit Blut oder potentiell infektiösem Material kommen kann, ist das Tragen von Einmalhandschuhen erforderlich. Diese sind in einer Wandhalterung angebracht.

Bei Blutentnahmen oder Abnahme von Urin zur Durchführung von Drogenscreenings werden Handschuhe getragen.

Blutdruckmessgeräte werden im Raum der medizinischen Pflege aufbewahrt und können dort im Bedarfsfall von den Mitarbeitern genutzt werden.

Ein Defibrillator ist für Rehabilitanden und Mitarbeiter jederzeit zugänglich im Treppenhaus installiert und entsprechend beschildert.

Grundsätzlich gilt für alle Mitarbeiter in einer Notfallsituation:

- Ruhe bewahren!
- Hilfe holen!
- Beruhigend auf den Betroffenen einwirken!
- Für freie Rettungswege sorgen!

Die Information an die ärztliche Leitung erfolgt frühestmöglich nach Beendigung der Akutversorgung. Der Notfall wird geschildert und ergriffene Maßnahmen werden mitgeteilt. Das weitere Vorgehen erfolgt situationsbedingt und gemäß den ärztlichen Anweisungen.

Die Dokumentation des medizinischen Notfalls erfolgt in einem Notfallprotokoll, welches als Grundlage für eine Nachbesprechung mit der ärztlichen Leitung und dem Team dient.



Medizinische Notfallsituationen werden grundsätzlich in ihren Abläufen reflektiert und nachbesprochen.

Regelmäßige Erste-Hilfe-Schulungen werden gemäß den gesetzlichen Vorschriften mit allen Mitarbeitern durchgeführt.

5.2 Ablaufplan Hygiene

Für die Rehabilitationseinrichtung wurde ein individuell auf die Einrichtung abgestimmtes Hygienekonzept entwickelt. Es existieren genaue Handlungsanweisungen für Verhalten und die zu ergreifenden Maßnahmen bei Ausbruch und zur Verhütung von Infektionskrankheiten.

Im Bereich der Küchenhygiene gilt das HACCP-Konzept incl. aller Kontrollen (Wareneingang, Kühlschranktemperatur, etc.)

Das Hygienekonzept wird wöchentlich in der Teamsitzung der Hauswirtschaft freitags überprüft.

Unangekündigte Kontrollen durch das Gesundheits- und Veterinäramt (Küche) finden in ein- bis dreijährigen Abständen statt.

Der Hygieneordner ist im QM-Handbuch hinterlegt und ist für alle Mitarbeiter jederzeit einsehbar. Alle Maßnahmen und Verhaltensweisen sind hier nachzuschlagen.

Die Hygiene-Erstbelehrung findet im Gesundheitsamt des Kreises Steinfurt statt und ist in der Checkliste für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter erfasst.

Die Mitarbeiter werden planmäßig alle zwei Jahre zum Thema Hygiene geschult.

Die regelmäßig durchgeführten Schulungen der Hygienefachkraft gewährleisten eine kontinuierliche Weiterbildung der Mitarbeiter nach § 43, Absatz 1 Infektionsschutzgesetz.



5.3 Ablaufplan Umgang mit Medikamenten

Die Medikamente werden mit computergestützten Bestellscheinen von der Gesundheits- und Krankenpflegerin erstellt, ärztlich validiert und für die Bestellung gestempelt freigegeben. Gelagert werden die Medikamente nach dem „first in first out“ Prinzip in einem abgeschlossenen Raum.

Die Sortierung ist alphabetisch nach Wirkstoffnamen geordnet, die Medikamente werden zudem entsprechend des Verfallsdatums sortiert und ausgegeben.

Zur Erleichterung der Zuordnung von Produktnamen und Wirkstoffen hängt im Medikamentenschrank eine Wirkstoffliste der gebräuchlichen Medikamente, eine Rote Liste ist ebenfalls im Medikamentenschrank zu finden.

Über den beliefernden Apotheker ist eine zweimal jährlich stattfindende Kontrolle gewährleistet, die im Begehungsprotokoll Apotheke dokumentiert und im Ordner QM im Raum der medizinischen Pflege archiviert wird.

Im Rahmen der Begehung führt der Apotheker eine Schulung für das Fachpersonal zum Umgang mit Medikamenten durch.

BTM-pflichtige Medikamente werden in einem diebstahlsicheren Safe aufbewahrt und werden nur vom Fachpersonal ausgegeben.

Für zu kühlende Medikamente steht ein Kühlschrank zur Verfügung. Die Temperaturkontrolle ist im Prozess Hygiene geregelt.

Medikamentenverordnung und Ausgabe:

Die ärztlich verordneten Medikamente werden in der Rehabilitandenkurve dokumentiert. Sie werden vom Pflegepersonal individuell in einem Wochen- oder Tagesdosett gestellt. Bei Bedarf werden die Dosetts im Mitarbeiterbüro verschlossen aufbewahrt und vom jeweiligen Bezugstherapeuten dem Rehabilitanden morgens zum Frühstück übergeben. Am Wochenende übernimmt dies der Kollege / die Kollegin des Bereitschaftsdienstes. Die Medikamentenabgabe erfolgt Freitags und bei Bedarf jederzeit (Neuverordnung, Bedarfsmedikation). Der Rehabilitand hat zuvor bis spätestens donnerstags vormittags seinen Bestellzettel in seinem festen Umschlag bei der Gesundheits- und Krankenpflegerin abzugeben. Diese bestückt den Umschlag nach Verordnung neu nach individueller ärztlicher Anordnung für einen Zeitraum von 1 oder 2 Wochen. Die Abgabemenge wird in der Patientenkurve dokumentiert.

5.4 Notfallablaufplan technischer Notfall

Bei Eintreten eines technischen Notfalls ist die Rettungsleitstelle unter der Telefonnummer 112 zu benachrichtigen.

Die Meldung erfolgt anhand folgender Fragen:

- Wer ruft an?
- Was ist passiert?



- Wo ist es passiert?
- Welche Art von Verletzung oder akuter Bedrohung liegt vor?
- Ggf. wie viele Verletzte?
- Rückfragen abwarten!

Die Mitarbeiter im Haus gehen gemäß dem Fluchtwegeplan vor, der jedem Mitarbeiter bekannt ist und der auf allen Ebenen des Hauses aushängt.

Grundsätzlich gilt für alle Mitarbeiter:

- Ruhe bewahren
- Hilfe holen
- Warnweste überziehen

Die Warnwesten dienen zur Kenntlichmachung der beteiligten Mitarbeiter als Ansprechpartner für die Feuerwehr. Diese sind im Mitarbeiterzimmer deponiert.

Alle Rehabilitanden werden zum Verlassen des Gebäudes aufgefordert und zu dem Sammelplatz hinter dem Haus geleitet, wenn sich Mitarbeiter im Haus befinden. Geschieht ein Notfall während der Rufbereitschaft, begeben sich die Rehabilitanden selbständig zum Sammelplatz

Mit dem aktuellen Belegungsplan (Aushang im Mitarbeiterzimmer) wird geprüft, ob alle Rehabilitanden das Haus verlassen haben.

- Beruhigend auf die Rehabilitanden einwirken
- Für freie Rettungswege sorgen

Die Nachbesprechung des Notfalles und des Vorgehens erfolgt mit der Einrichtungsleitung, dem Prozessverantwortlichen und den beteiligten Mitarbeitern.

Die Dokumentation des Vorfalles sowie die Einordnung der Wirksamkeit des Vorgehens werden in dem Notfallprotokoll vermerkt.

Verbesserungsvorschläge fließen in den Prozess Vorbeugung ein.

Tritt ein technischer Notfall außerhalb der Präsenzzeiten der Mitarbeiter ein, ist durch den Aushang der „Rehabilitandeninformation Rufbereitschaft“ gewährleistet, dass die Rufbereitschaft angerufen wird, die umgehend Rettungsmaßnahmen einleitet und zur Einrichtung fährt.

Die Rufbereitschaft informiert noch von zu Hause den Rettungsdienst und informiert die Einrichtungsleitung.

Regelmäßig finden gemäß den gesetzlichen Vorschriften Brandschutzübungen für alle Mitarbeiter statt.

5.5 Ablaufplan Arbeitssicherheit

Der Arbeitssicherheitsausschuss (ASAS) des Caritasverbandes Rheine trifft sich zu einer Arbeitssicherheitsausschusssitzung, um Anforderungen an die Arbeitssicherheit zu aktualisieren.



An der Sitzung nehmen die Fachkräfte für Arbeitssicherheit, die Betriebsärztin, ein Mitglied der Geschäftsführung, ein Mitglied der MAV und die Sicherheitsbeauftragten der Einrichtungen des Caritasverbandes teil.

Die Aktualität der Anforderungen an die Arbeitssicherheit und deren Beachtung gewährleistet das Haus St. Antonius durch eine regelmäßige Teilnahme des Sicherheitsbeauftragten an den ASAS Sitzungen.



Der Sicherheitsbeauftragte führt in Zusammenarbeit mit dem haustechnischen Dienst und externen Firmen die notwendigen Arbeiten zur Aufrechterhaltung der Arbeitssicherheit nach der „Liste Arbeitsorganisation“ in den benannten Bereichen durch:

- Unfallanzeige: Der betroffene Mitarbeiter wird an den Durchgangsarzt verwiesen. Die Interne Unfallmitteilung geht an die Fachkraft für Arbeitssicherheit im Caritasverband.
- Gefährdungsermittlung: Der Sicherheitsbeauftragte dokumentiert Schäden, Ereignisse, Nottfälle, die eine Gefährdung der Arbeitssicherheit darstellen.
- Verbandskästen: Die Vollständigkeit und Bereitstellung wird durch die Pflegekraft gewährleistet.
- Ersthelfer: Sind in der Einrichtung benannt.
- Feuerlöscher: Es erfolgt eine Überprüfung durch eine externe Firma im Intervall von zwei Jahren.
- Fluchtwege: Der Fluchtwegeplan hängt auf allen Ebenen der Einrichtung aus. Der Sicherheitsbeauftragte kontrolliert ständig die Benutzbarkeit und die sicherheitstechnischen Anforderungen
- PC Arbeitsplätze: Der Sicherheitsbeauftragte prüft auf Mängel.
- Aufzüge: Eine Fachfirma prüft 3 x jährlich die Sicherheit der Aufzüge.
- Beleuchtung: Es erfolgt eine ständige Prüfung und Instandsetzung der Beleuchtung der Einrichtung und des Außenbereiches.
- Elektrische Geräte: Es erfolgt eine Überprüfung durch eine träger-interne Fachkraft im Intervall von 2 Jahren.
- Elektrische Anlagen: siehe elektrische Geräte
- Fahrzeuge: Es erfolgt eine regelmäßige Wartung durch den haustechnischen Dienst und einmal jährlich durch eine Kfz.-Firma. Die Prüfung durch den TÜV erfolgt in den festgelegten Intervallen.
- Belüftung: Es erfolgt eine Prüfung durch den haustechnischen Dienst.
- Baulichkeiten: Hier liegt die Verantwortung bei dem verantwortlichen Mitarbeiter für Liegenschaften des Trägers.
- Lagereinrichtungen: Es erfolgt eine regelmäßige Prüfung durch den Leiter der Haustechnik und die Hygienefachkraft.
- Leitern und Tritte: Es erfolgt einmal jährlich eine Prüfung durch den Sicherheitsbeauftragten.
- Alarmplan: Der Feueralarmplan liegt allen Mitarbeitern vor und ist den Anforderungen entsprechend ausgehängt.
- Mitarbeitervertretung: Ein MAV-Mitglied als Ansprechpartner ist benannt.
- BGW: Die Bestimmungen der Berufsgenossenschaft liegen vor. Sie befinden sich im Aktenschrank im Büro des Leiters der Haustechnik im Ordner BWG.
- Sicherheitsbeauftragter: Ein Mitarbeiter ist als Sicherheitsbeauftragter benannt und über einen Lehrgang geschult.

In der jährlichen Begehung werden diese Bereiche geprüft.

Bei festgestellten Mängeln wird eine umgehende Beseitigung durchgeführt und dokumentiert. Über die Begehung wird ein Protokoll erstellt. Die Einrichtungsleitung wird in Kenntnis gesetzt.



6 Fortbildung

Ein wesentliches zentrales Element der Personalentwicklung sind interne und externe Fortbildungsmaßnahmen.

Eine gezielte sinnvolle und effektive Auswahl von Fortbildungs- und Weiterbildungsangeboten erfolgt anhand der erforderlichen kontinuierlichen Veränderungen und Verbesserungen der Behandlungsangebote. Die Mitarbeiter können dabei ihre Wünsche jederzeit anbringen. Der Erwerb einer Zusatzqualifikation kann über den Fortbildungsetat auf Antrag bezuschusst werden.

Interne halbstündige Fortbildungsangebote für alle Mitarbeiter erfolgen dreiwöchentlich.

Auf verbandsinterne Fortbildungen des Caritasverbandes Rheine wird regelmäßig hingewiesen.

Auf externe Fortbildungsveranstaltungen der kooperierenden umliegenden Kliniken wird ebenfalls regelmäßig hingewiesen. Entsprechende Hinweise liegen im Mitarbeiteraum aus.

Erste-Hilfe-Schulungen werden von Mitarbeitern des Deutschen Roten Kreuzes in zweijährigen Abständen durchgeführt.

Pflichtschulungen/Belehrungen im Bereich Hygiene, Arbeitsschutz, Datenschutz und Brandschutz werden gemäß den gesetzlichen Bestimmungen regelmäßig durchgeführt.

Sämtliche Pflichtschulungen, interne Schulungen, interne Fortbildungen werden dokumentiert und in den Schulungsplan aufgenommen.

7 Supervision

Zur ständigen Verbesserung des eigenen professionellen Handelns und zur Verbesserung der Reflektion hierüber finden regelmäßig jährlich mindestens 8 externe Fallsupervisionen und Teamsupervisionen durch einen qualifizierten Supervisor statt.

Eine regelmäßige Fallsupervision im Rahmen der wöchentlichen Rehabilitationsplanung im Gesamtteam erfolgt durch die ärztliche Leitung.

8 Hausordnung und Behandlungsvereinbarung

Um einen erfolgreichen Rehabilitationsverlauf und ein störungsfreies Zusammenleben in der Einrichtung zu ermöglichen, regelt die Hausordnung die Teilnahme am therapeutischen Programm, Beurlaubungen, Ruhe- und Besuchszeiten, Umgang mit Alkohol, Drogen und Medikamente, Rauchen innerhalb der Einrichtung, ärztliche Behandlung, Termine bei Behörden oder Ärzten außerhalb des Hauses St. Antonius, Zimmernutzung, Haftung, den respektvollen Umgang sowie die Folgen der



Nichteinhaltung der Hausordnung, welche zu einer vorzeitigen Beendigung der Behandlung führen können.

Die Hausordnung wird jedem Rehabilitanden bei der Aufnahme ausgehändigt und erklärt.

Abhängig vom Krankheitsbild werden individuelle Behandlungsvereinbarungen getroffen. Regelmäßig erfolgt dies bei Patienten mit Impulskontrollstörungen, selbstverletzendem, fremdgefährdendem Verhalten oder Konsum von Alkohol oder Drogen.

Bereits im Aufnahmeverfahren wird auf Voraussetzungen für eine Aufnahme und die Behandlungsvereinbarung hingewiesen. Bei vorliegender komorbider Suchterkrankung wird ebenfalls schon im Aufnahmeverfahren auf Drogenfreiheit und Abstinenz als unabdingbare Voraussetzung für einen Behandlungsbeginn hingewiesen. Die Behandlungsvereinbarung Suchtmittel wird bei Aufnahme abgeschlossen. Die Kriterien für eine vorzeitige Beendigung werden benannt.

Cordula Schiele
Ärztliche Leitung

Hörstel-Bevergern, 21.06.2021