



Ambulantes Reha-Zentrum Ludwigshafen  
für Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen

in Kooperation mit:



Deutsche  
Rentenversicherung  
Rheinland-Pfalz

*Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen*

# Rehabilitationskonzept

## AHG Ambulantes Reha-Zentrum



## Ludwigshafen

# AHG Ambulantes Reha-Zentrum Ludwigshafen für Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen

## Rehabilitationskonzept zur **ganztägig ambulanten Rehabilitation** bei **psychischen und psychosomatischen Erkrankungen und Abhängig-** **keitserkrankungen**

### Träger:

AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft  
Aktiengesellschaft

in Kooperation mit der  
Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

### Autoren:

Metko, Jutta, Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitende Ärztin,  
Stadtklinik Ludwigshafen (in Hauptverantwortung)

unter Mitwirkung von

Lenz, Klaus, Dipl.-Psych., Dipl.-Päd., Leitender Psychologe,  
Stadtklinik Ludwigshafen

Limbacher, Klaus G., Dr. med., Chefarzt,  
AHG-Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim

Bischoff, Claus, Prof. Dr., Dipl.-Psych., Leitender Psychologe,  
AHG-Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim

Lange, Nikolaus, Dipl.-Psych., Leitender Psychologe,  
Fachklinik Eußerthal

# INHALT

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>Konzept</b> .....	<b>6</b>
2.1	Theoretische Grundlagen .....	6
2.2	Allgemeine Bedingungen.....	7
2.2.1	Indikationen und Kontraindikationen .....	7
2.2.2	Rehabilitationsziele .....	9
2.2.3	Rehabilitationsdauer.....	10
2.2.4	Rehabilitationsprogramm .....	11
2.3	Rehabilitationsangebote .....	11
2.3.1	Aufnahmeverfahren .....	11
2.3.2	Rehadiagnostik.....	11
2.3.3	Medizinische Behandlung.....	12
2.3.4	Psychotherapeutische Einzel-/Gruppengespräche und Gruppenangebote	13
2.3.5	Arbeitsbezogene Interventionen .....	14
2.3.6	Klinische Sozialarbeit und -beratung .....	16
2.3.7	Ergo-/Kreativtherapie .....	16
2.3.8	Entspannungstraining, Sporttherapie und Krankengymnastik.....	17
2.3.9	Freizeitangebote.....	18
2.3.10	Gesundheitsbildung und Abbau von Risikofaktoren.....	19
2.3.11	Angehörigenarbeit.....	19
2.3.12	Rückfallmanagement bei Abhängigkeitserkrankung.....	19
2.3.13	Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme .....	20
2.3.14	Vorbereitung und Einleitung der Nachsorge sowie anderer weiterführender Behandlungsmaßnahmen .....	20
2.3.15	Reha-Fallbegleitung.....	21
<b>3.</b>	<b>Personelle Ausstattung</b> .....	<b>22</b>
<b>4.</b>	<b>Räumliche Gegebenheiten und Lage</b> .....	<b>25</b>
<b>5.</b>	<b>Kooperation und Vernetzung</b> .....	<b>26</b>
<b>6.</b>	<b>Maßnahmen der Qualitätssicherung</b> .....	<b>27</b>
<b>7.</b>	<b>Dokumentation und Datenschutz</b> .....	<b>28</b>
<b>8.</b>	<b>Notfallmanagement</b> .....	<b>29</b>
<b>9.</b>	<b>Hygiene</b> .....	<b>29</b>
<b>10.</b>	<b>Fortbildung</b> .....	<b>30</b>
<b>11.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>30</b>

## Vorbemerkung:

Zugunsten besserer Lesbarkeit wird auf die weibliche Form von Personen und Berufsbezeichnungen verzichtet und das Ambulante Rehabilitationszentrum Ludwigshafen mit dem Begriff ARZ-LU bezeichnet.

## Adressen und Kontaktdaten

**AHG Ambulantes Reha-Zentrum für  
Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen**

Jutta Metko, Chefärztin  
Gerhard Illig, Verwaltungsdirektor  
Klaus Lenz, Leitender Diplom-Psychologe

Yorckstraße 1  
67061 Ludwigshafen

fon: 06 21.59 58 18 00

fax: 06 21.59 58 18 01

[ludwigshafen@ahg.de](mailto:ludwigshafen@ahg.de)  
[www.ahg.de/ludwigshafen](http://www.ahg.de/ludwigshafen)

### **Kernöffnungszeiten:**

Montag bis Donnerstag, 08:30 - 16:30 Uhr

Freitag, 08:30 - 15:00 Uhr

Samstag, 08:30 - 13:30 Uhr

# 1. Einleitung

## Situation und Struktur ganztägig ambulanter Rehabilitation

Die AHG (Allgemeine Hospitalgesellschaft, Träger der Einrichtung) und die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz betreiben in Kooperation im LUSANUM Gesundheitszentrum Ludwigshafen ein Ambulantes Reha-Zentrum für psychische und psychosomatische Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen mit insgesamt 40 Behandlungsplätzen (Inbetriebnahme Januar 2011). Aufgenommen werden Rehabilitanden ab 18 Jahren mit folgenden Störungsbildern:

Psychische und psychosomatische Erkrankung	Abhängigkeitserkrankung
Affektive Störungen	Alkoholabhängigkeit
Angst- und Zwangserkrankungen	Medikamentenabhängigkeit
Somatoforme Störungen	
ambulantrehabilitierbare Essstörungen	
Psych. Störungen bei körperl. Erkrankungen	
Persönlichkeitsstörungen	

Bislang erfolgte die ganztägig ambulante Rehabilitation im Bereich Abhängigkeitserkrankungen in der Stadtklinik Ludwigshafen unter der Trägerschaft der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz. Die ganztägig ambulante Rehabilitation im Bereich Psychosomatik wurde in der AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim angeboten. Beide Kooperationspartner verfügen über langjährige Erfahrung und hohe Kompetenz in der Versorgung der im ARZ-LU behandelbaren Störungsbilder. Bei Erfüllung der Indikationskriterien können Rehabilitanden wohnortnah und gleichermaßen wirtschaftlich wie qualitätsorientiert behandelt werden. Das ARZ-LU mit seinem ganztägig ambulanten Angebot ergänzt als wichtiger Baustein die seit langem etablierte ambulante und stationäre Rehabilitation in der Region.

Dabei bietet die ganztägig ambulante Behandlungsform nicht nur eine der stationären Rehabilitation vergleichbare Vielfalt multimodaler Therapiebausteine, sondern auch eine schützende und stützende Struktur, in der die Konfrontation mit aktuellen Konflikten und Problemen ermöglicht und neue Verhaltens- und Erlebensweisen entwickelt und erprobt werden können. Sie ermöglicht eine Distanz zu den Stressfaktoren des Alltags, ohne dass der Kontakt zum häuslichen Umfeld ganz unterbrochen werden muss. Arbeitsunfähige und arbeitslose Rehabilitanden erhalten durch die ganztägig ambulante Behandlungsform eine Tagesstrukturierung.

Das Zusammenführen von abhängigkeitskranken und psychisch bzw. psychosomatisch erkrankten Rehabilitanden folgt der Beobachtung, dass in den letzten Jahren während einer Rehabilitation bei abhängigkeitskranken Rehabilitanden vermehrt Komorbiditäten (vorwiegend Depressionen, Ängste, Persönlichkeits- und Schmerzstörungen) festgestellt

wurden. Bei psychosomatischen Rehabilitanden spielen zunehmend Missbrauch oder Abhängigkeit von Suchtmitteln eine Rolle. Durch den Zusammenschluss bisher getrennt arbeitender Einrichtungen sind hilfreiche Synergieeffekte in der Behandlung der Rehabilitanden für beide Indikationsbereiche zu erwarten. Konzeption und Größe der Einrichtung erlauben es Rehabilitanden beider Indikationsbereiche, vom gegenseitigen Therapieangebot zu profitieren.

Das ARZ-LU befindet sich als räumlich eigenständige Einheit auf einer Fläche von ca. 700 qm verkehrsgünstig (Einzugsgebiet vgl. PLZ in Anlage 1) in zentraler Lage am S-Bahnhof Ludwigshafen-Mitte im LUSANUM Gesundheitszentrum, welches verschiedene Facharzt-Praxen und weitere medizinische Dienstleistungsangebote vorhält. Parkplätze stehen auf dem Gelände sowie im benachbarten Einkaufszentrum „Walzmühle“ in großer Anzahl zur Verfügung. Der Neubau aus dem Jahr 2010 verfügt über eine großzügige moderne Ausstattung in heller und freundlicher Atmosphäre. Das LUSANUM Gesundheitszentrum Ludwigshafen ist barrierefrei. In unmittelbarer Nähe befinden sich Rheinpromenade und Parkinsel, die für Sport- und Bewegungstherapie (z.B. Nordic Walking) genutzt werden können. Aufgrund der zentralen Lage ist zudem die Nähe zu Krankenhäusern, Beratungsstellen und anderen Kooperationspartnern vor Ort gegeben.

## 2. Konzept

### 2.1 Theoretische Grundlagen

#### Menschenbild und Persönlichkeitstheorie

Die Behandlung psychosomatischer und alkohol-/medikamentenabhängiger Rehabilitanden im ARZ-LU basiert auf einem ganzheitlichen, bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnis und den wissenschaftlich fundierten, empirisch überprüften Verfahren der Verhaltenstherapie, wie sie mit breiter Indikation in der Psychosomatik, der klinischen Psychologie, der Psychiatrie und der Allgemeinmedizin eingesetzt werden.

Für die Konzeption, medizinisch und lerntheoretisch begründete psychologische Erkenntnisse plausibel miteinander zu verknüpfen, hat sich der Begriff „Verhaltensmedizin“ etabliert. Die Verhaltenstherapie auf der Basis der Lernpsychologie, ergänzt durch Ergebnisse der psychologischen Grundlagenforschung, der Sozialpsychologie, der kognitiven Psychologie und der Psychophysiologie, wird im Rahmen der Verhaltensmedizin mit dem gesicherten Wissen der somatischen Medizin zusammengeführt. Dies gilt ebenso für diagnostische wie für therapeutische Prozesse.

Das lerntheoretische Persönlichkeitsmodell versteht die Lerngeschichte eines Menschen als einen Entwicklungsprozess, bei dem sowohl der Erwerb als auch die Aufrechterhaltung von Verhaltensweisen durch das Wechselspiel von medizinisch-physiologischen Bedingungen, Umweltbedingungen, Lern- und Erfahrungsbedingungen sowie Programm- und Einstellungsbedingungen (MULP-Schema) bedingt sind. Die Lernprozesse basieren dabei auf experimentell belegbaren Prinzipien der respondenten und operanten Kondi-

tionierung. Auf therapeutischer Ebene findet das lerntheoretische Persönlichkeitsmodell seine Entsprechung in einem verhaltenstherapeutischen Behandlungsansatz (Beck et al., 1997; Grawe, 1998; Veltrup & Batra, 2006). Neben Krankheitsprozessen werden auch Gesundheits- und Gesunderhaltungsprozesse (Salutogenese) als multifaktoriell bedingt verstanden.

Für die Beschreibung der Dimensionen dieses Modells orientiert sich das ARZ-LU am Disziplinen übergreifenden Klassifikationsschema der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, dt. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) der WHO (Weltgesundheits-organisation). Hierbei kommen der „funktionalen Gesundheit“ und Funktionsfähigkeit eines Menschen besondere Bedeutung zu unter Berücksichtigung von Körperstrukturen und -funktionen, Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) sowie Kontext-Faktoren (Umwelt- und personenbezogenen Faktoren). Bei den Kontext-Faktoren werden sowohl die positiven (Förderfaktoren) als auch negativen (Barrieren) Auswirkungen auf die funktionale Gesundheit berücksichtigt. Im Rahmen des verhaltenstherapeutischen Behandlungsansatzes entspricht dies einer problemzentrierten und ressourcenorientierten Vorgehensweise unter Berücksichtigung von Wirkfaktoren und soziokulturellen Bedingungen.

### **Wissenschaftlichkeit und Evidenzbasierung**

Die Rehabilitation im ARZ-LU berücksichtigt die Prinzipien und Grundlagen einer evidenzbasierten Medizin (EBM) und empirisch-wissenschaftliche Grundsätze unter Anerkennung pragmatischer Handlungserfordernisse und prinzipieller Therapie- und Entscheidungsfreiheit der Behandler (Schmidt et al. 2006; Günthner 2002). Die Orientierung an evidenzbasierten Therapie-Modulen (ETM – Reha-Therapie-standards der Deutschen Rentenversicherung) sowie an Therapiestandards der Fachgesellschaften und die Bereitschaft zum ständigen fachlichen Dialog und zur regelmäßigen Fort- und Weiterbildung werden hierbei vorausgesetzt. Die grundsätzliche Variabilität menschlichen Verhaltens und Erlebens, insbesondere im Behandlungsverlauf bei psychischen Störungen, wird auch in der Rehabilitation anerkannt, was die Erfordernis einer entsprechenden Variabilität und Flexibilität (Individualität) bei der Behandlungsgestaltung einschließt. Ferner verfolgt das ARZ-LU das Ziel der schriftlichen und transparenten Darstellung seiner fachlichen Hauptmaßnahmen (z. B. durch Therapie-Manuale).

## **2.2 Allgemeine Bedingungen**

### **2.2.1 Indikationen und Kontraindikationen**

#### **Indikationen für den Bereich Psychosomatik**

- Affektive und Anpassungsstörungen
- Angst- und Zwangserkrankungen
- Somatoforme Störungen
- ambulant rehabilitierbare Eßstörungen
- Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen
- Persönlichkeitsstörungen

## Indikationen für den Bereich Abhängigkeitserkrankungen

- Alkoholabhängigkeit
- Medikamentenabhängigkeit

Aufnahmevoraussetzungen für Rehabilitanden mit Abhängigkeitserkrankungen:

- Bei Aufnahme sollte der Rehabilitand vollständig entgiftet sein.
- Die Suchtmittelabstinenz ist zwar ohne den strukturierten Behandlungsrahmen des ARZ gefährdet, der Versicherte ist aber fähig, für einen begrenzten Zeitraum (Abendstunden/Wochenenden) abstinent zu leben. Sein soziales Umfeld sollte unterstützende Funktion haben.

## Allgemeine Voraussetzungen für die Rehabilitation

Für beide Indikationen sollten neben den versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen folgende weitere spezifische Voraussetzungen erfüllt sein:

- Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit zur Teilnahme und aktiven Mitarbeit sowie zur Einhaltung der institutionellen Rahmenbedingungen vorhanden ist.
- Der Rehabilitand sollte ausreichend belastbar sein, um am Rehabilitationsprogramm teilnehmen zu können.
- Eine stabile Wohnsituation ist vorhanden.
- Das ARZ-LU sollte für den Rehabilitanden mit den ihm zur Verfügung stehenden Verkehrsmitteln innerhalb von regelhaft 45 Minuten erreichbar sein.
- Der Rehabilitand sollte für die Therapie über ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen.
- Rehabilitationsbedarf besteht im Sinne einer Komplexleistung, ambulante kurativmedizinische Maßnahmen sind ausgeschöpft oder nicht ausreichend, um das Rehaziel zu erreichen.

## Differenzielle Indikationen

Eine ambulante Rehabilitation im Bereich der Psychosomatik bzw. bei Abhängigkeitserkrankung kommt insbesondere bei Vorliegen folgender Kriterien in Betracht:

- Nutzung eines gesundheitsförderlichen Umfeldes (Familie) zum Erreichen des Rehabilitationszieles
- Einbeziehung von Angehörigen/Bezugspersonen in Schulungsprogramme (z.B. Ernährung)
- Fortführung bereits laufender Hilfsangebote (Selbsthilfegruppen) und gezielte Initiierung von Nachsorgeaktivitäten
- Belastungserprobung im häuslichen Umfeld, alltagsnahes Training (z.B. auch Konfliktlösung) und Berücksichtigung im Rehabilitationsprozess
- Kontaktaufnahme mit dem Betrieb / der Agentur für Arbeit
- Belastungserprobung während der Rehabilitationsmaßnahme ist möglich
- Einbindung der Krankenhaus-, Fach- oder Hausärzte in die Rehabilitationskette

## Allgemeine Kontraindikationen

Die ganztägig ambulante Behandlung kommt nicht in Betracht für Rehabilitanden

- mit akuter Suizidgefährdung,
- mit akuter Psychose,
- bei denen die Notwendigkeit einer Distanzierung aus dem belastenden Milieu durch vollstationäre Maßnahmen besteht,
- mit schwerer Medikamentenabhängigkeit,
- mit Abhängigkeit von illegalen Drogen (Drogenabhängigkeit in der Vorgeschichte bei aktuell stabiler Abstinenz ist keine Kontraindikation),
- die das Rehabilitationsangebot durch Intelligenzminderung oder hirnorganische Funktionsbeeinträchtigungen nicht erfolgversprechend nutzen können;
- bei denen die Akutdiagnostik bzw. bei körperlichen Erkrankungen die Akuttherapie noch nicht abgeschlossen ist;
- mit akut stationär (Krankenhaus) behandlungsbedürftigen Erkrankungen.

Bei den vom Leistungsträger dem Indikationsbereich Psychosomatik zugewiesenen Rehabilitanden, bei denen im diagnostischen Prozess eine Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit erkannt wird, besteht grundsätzlich die Möglichkeit, einen Antrag auf Änderung der Kostenzusage beim zuständigen Leistungsträger zu stellen, über den der Leistungsträger entscheidet.

### 2.2.2 Rehabilitationsziele

Für den Bereich der Rentenversicherungen nach SGB VI und SGB IX besteht die Zielsetzung der Rehabilitation in der wesentlichen Besserung bzw. der Wiederherstellung oder Erhaltung der Erwerbsfähigkeit. Bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zielt die medizinische Rehabilitation darauf ab, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Rehabilitationsbedarf im Sinne der GKV besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung voraussichtlich nicht vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens vorliegen, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen,

Die übergeordneten Zielsetzungen lassen sich dem Komponentenmodell der Gesundheit (ICF 2005) zuordnen (Körpersystem, Körperfunktion, Teilhabe und Kontextfaktoren). Das sind im Wesentlichen:

- Beseitigung oder Verringerung psychischer Beeinträchtigungen und sozialer Belastungen
- Aktivierung psychischer und sozialer Ressourcen
- Begrenzung bzw. Verringerung der organischen Schäden und Beschwerden
- Allgemeine Verbesserung des Gesundheitszustandes
- Förderung des Gesundheitsverhaltens
- Verbesserung der Fähigkeiten zur Bewältigung der Belastung durch chronische Krankheit
- Beseitigung oder Verringerung von Einschränkungen im alltäglichen Leben
- Berufliche und gesellschaftliche Integration
- Weitgehende Überwindung oder Bewältigung körperlicher und seelischer Störungen
- Ermittlung einer realistischen sozialmedizinischen Einschätzung
- im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen: Herstellung und Erhaltung dauerhafter Abstinenz bzw. Minderung von Rückfallhäufigkeit und -dauer

Auf dieser Basis wird gemeinsam ein plausibles, übergeordnetes Störungsmodell entwickelt. Aus diesem werden Veränderungsziele und Therapiestrategien abgeleitet, mit denen ein der Krankheit vermeintlich hilflos ausgelieferter Rehabilitand schrittweise zu einem alternativen, eigenverantwortlichen Handeln gelangen kann. Bei der Planung und Umsetzung der Rehabilitationsziele wird der Rehabilitand im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung beteiligt. Die Rehabilitationsziele werden schriftlich vereinbart und dokumentiert. Leitgedanke ist, den Rehabilitanden die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und am Arbeitsleben zu ermöglichen.

### 2.2.3 Rehabilitationsdauer

Die Behandlungsdauer für psychisch und psychosomatisch erkrankte Rehabilitanden beträgt 5 bis 6 Wochen an 5 Behandlungstagen von Montag bis Freitag (DRV Rheinland-Pfalz) Im Bereich der Krankenversicherung beträgt die Behandlungszeit 20 Tage. Die Behandlungsdauer für Rehabilitanden mit Abhängigkeitserkrankungen beträgt bis zu 12 Wochen an 6 Behandlungstagen von Montag bis Samstag. Die tägliche Therapiedauer ist mit 4 – 6 Stunden definiert. Die Anwesenheitszeit beträgt von Montag bis Freitag mindestens 6 Stunden am Tag.

In beiden Indikationsbereichen können je nach Verlauf im Einzelfall Verlängerungsanträge mit aussagekräftigen ärztlichen Unterlagen rechtzeitig vor Ablauf der Befristung gestellt oder bei Kostenzusagen von Leistungsträgern, die mit dem ARZ-LU ein Zeitbudget vereinbart haben, kann die Behandlungsdauer eigenständig im Rahmen des Zeitbudgets verändert werden.

## 2.2.4 Rehabilitationsprogramm

Ziel des ganztägig ambulanten Ansatzes ist es, den Rehabilitanden eine individualisierte, multimodale Rehabilitation anzubieten, die gleichermaßen störungsspezifisch und ressourcenorientiert ist. Die Auswahl der Maßnahmen für den einzelnen Rehabilitanden richtet sich nach einem unter ärztlicher/ therapeutischer Anleitung entwickelten individuellen Rehabilitationsplan unter Berücksichtigung trägerspezifischer Ziele.

Das Rehabilitationsprogramm wird in einem exemplarischen Wochenplan für beide Indikationen dargestellt. Im Rahmen der verschiedenen Angebote können für die Rehabilitanden Synergieeffekte genutzt werden (u.a. Psychoedukation und Gesundheitsbildung, Entspannungsverfahren, Bewegungs-, Kreativ- und Ergotherapie).

## 2.3 Rehabilitationsangebote

### 2.3.1 Aufnahmeverfahren

Am ersten Behandlungstag erhalten die Rehabilitanden beider Indikationen eine ärztliche Aufnahmeuntersuchung sowie ein therapeutisches Erstgespräch mit Überprüfung der aktuellen Reha-Fähigkeit im ganztägig ambulanten Setting.

### 2.3.2 Rehadagnostik

Die Rehabilitation beginnt mit der Erhebung der medizinischen, psychosozialen und arbeitsbezogenen Anamnese des Rehabilitanden. Die für die Befunderhebung notwendigen Daten werden mit Hilfe von medizinischen und psychodiagnostischen Untersuchungen, klinischen Interviews, objektiven Erhebungen (Daten aus Urkunden, Zeugnissen, Krankenakten), strukturierten und unstrukturierten Selbstberichten sowie in Gesprächen mit relevanten Bezugspersonen erhoben.

Nach der Erhebung von Beschwerden und Symptomen erfolgt eine differenzierte Analyse des komplexen Gesundheitsproblems orientiert am Gesundheitsmodell der ICF unter Berücksichtigung der auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen der psychosomatischen Störung bzw. der Abhängigkeitserkrankung sowie eine Analyse der vorhandenen Ressourcen und Support-Systeme. Darüber hinaus bestimmt die Veränderungsbereitschaft und -fähigkeit des Rehabilitanden ganz entscheidend die Rehabilitationsplanung. Diese berücksichtigt individuell die Ausprägung der Symptomatik und das vielfältige psychische, soziale erwerbsrelevantes und somatisches Bedingungsgefüge. Sie setzt diese Aspekte in Beziehung zueinander und gewichtet sie generell und strategisch. Die Planung basiert somit immer auf einer Analyse

- der Beeinträchtigung von Aktivitäten des persönlichen und beruflichen Lebens
- Schädigungen und Funktionsstörungen des Körpers einschließlich psychischer Funktionen
- der fördernden und hemmenden Umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren

Die Analyse dieser Komponenten erfolgt bei Rehabilitanden mit psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen innerhalb der ersten Woche, bei Rehabilitanden im Bereich Abhängigkeitserkrankungen bis zum Ende der zweiten Woche. Es erfolgt eine Besprechung im Reheatem.. Die Befunde bilden die Grundlage für

- die Planung der individuellen Rehabilitationsziele und -inhalte sowie die Zuordnung entsprechender Behandlungsmaßnahmen
- ggf. die Einleitung von Maßnahmen nach der ganztägig ambulanten Rehabilitation.

Die Standarddiagnostik umfasst dabei obligatorisch folgende Elemente:

- medizinische und psycho-soziale Anamnese
- allgemeine körperliche Untersuchung
- psychischen und psychopathologischen Befund
- psychologische Diagnostik einschließlich einer psychometrischen Basisdiagnostik
- Ruhe-EKG
- Bestimmung von relevanten Laborparametern einschließlich Screening von Suchtstoffen

In diesem Kontext werden Instrumente zur Erhebung störungsunabhängiger Variablen wie psychosoziale Gesundheit bzw. Beeinträchtigungen (HEALTH-49) und Selbsteinschätzungen zum Verhalten und Erleben in Bezug auf Arbeit und Beruf (AVEM) angewendet. Störungsspezifische Variablen der beiden Indikationsbereiche werden mit entsprechenden psychometrischen Verfahren erfasst (z.B. Münchner Alkoholismus-Test, MALT; BDI, AKV u.a.) eingesetzt. Die Auswahl der psychometrischen Instrumente orientiert sich an den Empfehlungen der jeweiligen Fachgesellschaften.

Ergibt der differentialdiagnostische Befund die Indikation für eine rein ambulante oder stationäre Rehabilitation, soll der Rehabilitand in Absprache mit dem Leistungsträger kurzfristig in diese Leistungsform wechseln.

### 2.3.3 Medizinische Behandlung

Auf der Basis der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung erfolgt unter Berücksichtigung der somatischen Komorbiditäten die medizinische Behandlung entsprechend dem individuellen Bedarf. Der Arzt hält eine regelmäßige Sprechstunde für die Rehabilitanden vor und bietet medizinische Informationen an. In Abhängigkeit vom Bedarf finden weitere ärztliche Gespräche, Beratungen, medikamentöse Therapien, Untersuchungen und Behandlungen statt. Der Arzt erörtert auch die Fragen zur weiteren Erwerbsfähigkeit mit dem Rehabilitanden. Die Zusammenarbeit mit zuweisenden / betreuenden Haus- und Fachärzten ist in der ganztägig ambulanten Rehabilitation besonders wichtig, da diese häufig wichtige Vertrauenspersonen und kontinuierliche professionelle Bezugspersonen sind. Deshalb wird der Haus- und ggf. der Facharzt über die laufende Rehabilitation, ihre Inhalte und Ziele informiert.

In Absprache mit den betreuenden Haus-/Fachärzten werden bei somatischen und sonstigen komorbiden Erkrankungen Vormedikationen fortgeführt bzw. optimiert. Darüber hinaus werden ggf. notwendige konsiliarische Untersuchungen eingeleitet, insbesondere wenn deren Ergebnisse für die sozialmedizinische Beurteilung relevant sind.

### 2.3.4 Psychotherapeutische Einzel-/Gruppengespräche und Gruppenangebote

#### Gruppen- und Einzeltherapie sind die tragenden Elemente der Rehabilitation.

In der Einzeltherapie hat jeder Rehabilitand einen Bezugstherapeuten / Bezugsarzt, der mit ihm Einzelgespräche führt und die individuellen Rehabilitationsmaßnahmen festlegt. Das persönliche Beziehungsangebot und der Schutz in der Dyade stärkt das therapeutische Arbeitsbündnis und hilft vor allem auch schwach motivierten und schwerer beeinträchtigten Rehabilitanden, geeignete Rehabilitationsangebote zu nutzen. Die Einzeltherapiegespräche werden vom jeweils zuständigen Bezugstherapeuten geführt. In der Regel findet ein Einzelgespräch pro Woche statt, die Frequenz kann bei Bedarf erhöht werden. Paar- und Angehörigengespräche werden ebenfalls angeboten.

Ein weiterer zentraler Therapiebaustein und Wirkfaktor des ganztägig ambulanten Behandlungskonzepts für die Indikationen Psychosomatik und Abhängigkeits-erkrankungen ist die täglich stattfindende Gruppentherapie in einer Bezugsgruppe. Sie wird halboffen mit in der Regel max. 10 Teilnehmern in der Psychosomatik bzw. 12 Teilnehmern bei den Abhängigkeitserkrankungen durchgeführt. Das gruppentherapeutische Setting beinhaltet unabhängig von der therapeutischen Ausrichtung und den angewandten Techniken sogenannte „kurative Wirkfaktoren“ (Fiedler, 1996), die wichtige Bedingungen für positive Veränderungsprozesse darstellen (Gruppenkohäsion, Verstärkung der Selbstöffnungsbereitschaft, Solidaritätserfahrungen, Vertrauen, etc.). Die Gruppe ist einerseits ein Übungsfeld für Interaktionen, andererseits wird durch die Gruppe Außenperspektive und Rückmeldung ermöglicht. Ziel dieses Ansatzes ist es, dem Rehabilitanden eine Psychotherapie anzubieten, die gleichermaßen störungsspezifisch und ressourcenorientiert ist. Therapeutenkonstanz im Gruppen- und Bezugstherapeutensystem inklusive Vertretungsregelung sind selbstverständliche organisatorische Rahmenbedingungen.

- In der Behandlung der psychosomatischen Rehabilitanden hat die verhaltenstherapeutische Gruppentherapie zwei Schwerpunkte: Selbstmanagement und Problemlösegruppe. Das ressourcenorientierte Selbstmanagementtraining hat das Ziel, den Rehabilitanden Fertigkeiten zur wirkungsvollen Steuerung des eigenen Verhaltens zu vermitteln. Das Trainingsprogramm ist in wesentlichen Aspekten psychoedukativ und manualisiert. Inhalte sind kognitiv-emotionales Selbstmanagement und „emotional intelligentes“ Interaktionsverhalten (mit den Aspekten Gefühlsausdruck; Selbstsicherheit und Konfliktfähigkeit). In der Problemlösungsgruppe hingegen werden mit den einzelnen Rehabilitanden - durch horizontale und vertikale Verhaltensanalysen - individuelle Störungsmodelle und Behandlungspläne und konkrete Schritte zu deren Umsetzung erarbeitet. Gleichzeitig ist die Gruppe der Ort, an dem die für das ganztägig ambulante Setting typischen Fragestellungen bearbeitet werden, v.a. Probleme, die aus Kontakten zu Hause resultieren.
- Für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen hat die Gruppentherapie folgende Schwerpunkte: Förderung einer rationalen Krankheitseinsicht und Entwicklung der emotionalen Akzeptanz der Suchterkrankung; Abbau von Schuld- und

Schamgefühlen sowie Bagatellisierungstendenzen; Auseinandersetzung mit der suchtspezifischen Biographie (Erstellen eines Sucht- und Lebenspanoramas mit Darstellung in der Bezugsgruppe); Auseinandersetzung mit rückfallpräventiven Methoden und Unterstützung bei deren Umsetzung im Alltag. Wie auch bei den psychosomatischen Rehabilitanden sind die Förderung der sozialen Kompetenz und die Kommunikationsfähigkeit von besonderer Bedeutung.

Zusätzlich bietet das ARZ-LU einmal in der Woche ein **Basis- und ein störungsspezifisches Programm** in Gruppen an. Es beinhaltet verschiedene Themenschwerpunkte:

Im **Basisprogramm**: Persönlichkeitsstile; Stressbewältigung; Motivationstraining und Gesundheitsbildung.

Im **störungsspezifischen Programm**: spezielle Angebote zur Angst-, Depressions- und Schmerzbewältigung. Hier sollen durch die Vermittlung von angemessenen Erklärungsmodellen Krankheitseinsicht und Krankheitsakzeptanz verbessert werden. Darüber hinaus lernen die Rehabilitanden Bewältigungsmöglichkeiten kennen, z.B. Konfrontation mit angstauslösenden Situationen, kognitive Techniken und Verbesserung des Aktivitätsniveaus.

Für die abhängigkeitskranken Rehabilitanden findet einmal wöchentlich in der Gruppe ein strukturiertes (manualisiertes) Trainingsprogramm zur Rückfallprophylaxe statt. Ausgehend von einem Rückfallpräventionsmodell sollen die Rehabilitanden die kognitiv-affektiven Vorläufer eines Rückfalls und die darauf folgenden Verarbeitungsmuster sowie Risikosituationen erkennen und Bewältigungsstrategien erarbeiten.

### 2.3.5 Arbeitsbezogene Interventionen

Berufsbezogene Störungen bilden einen wachsenden Anteil in unserer Klientel, stellen jedoch keine homogene Diagnosegruppe dar. Einerseits handelt es sich bei Modebegriffen wie Mobbing oder Burn-out um Erklärungen, die nicht der Indikationsstellung dienen. Andererseits können berufliche Problemfelder von zentraler Bedeutung für die Entstehung verschiedener Krankheitsbilder wie Suchterkrankungen, Anpassungs- und Belastungsstörungen, Depressionen, Angststörungen und nicht selten somatoformen Schmerzstörungen sein. Prekäre Arbeitsverhältnisse, gestiegene interaktionelle Anforderungen in der heutigen Berufswelt, Angst vor Arbeitsplatzverlust, die hohe Quote arbeitsloser Rehabilitanden und die häufig bereits sehr langen Krankschreibungen vor Aufnahme in die Reha-Klinik belegen die Bedeutung der Arbeitswelt für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. Die routinemäßige Befragung der Rehabilitanden der Stadtklinik Ludwigshafen (Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen) bei Aufnahme ergab, dass ca. 60 % der erwerbstätigen Rehabilitanden die Entstehung ihrer Störung in Zusammenhang mit Arbeitsplatzproblemen sehen. Umgekehrt berichteten über 90 % aller Berufstätigen, sich durch ihre Erkrankungen in ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt zu fühlen. Deshalb erwarten die

Rentenversicherungsträger gerade von den Behandlungskonzepten der Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankung eine besondere Schwerpunktsetzung auf diese Thematik. Ziel der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation ist die Wiederherstellung und Optimierung des individuellen Fähigkeitsprofils eines Rehabilitanden in Richtung auf sein berufliches Anforderungsprofil.

### **Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben:**

Bei Rehabilitanden mit vorhandenem Arbeitsplatz oder solchen, die in die Arbeitswelt vermittelt werden sollen, wird die Auswirkung der psychosomatischen Erkrankung / Suchterkrankung auf die Ausübung einer Beschäftigung reflektiert. Ergeben sich Anhaltspunkte für aktuelle Konflikte mit Vorgesetzten oder Kollegen, Überforderung, Fehlzeiten, Leistungsminderung, etc., werden hierfür geeignete Maßnahmen eingeleitet. Als Beispiele seien genannt: Einladung von Vertretern des Arbeitgebers zu klärenden Gesprächen, Prüfung von Arbeitsplatzumsetzungen, Besuche des Arbeitsplatzes mit Kontaktaufnahme zu Kollegen und Vorgesetzten, Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung an den bisherigen Arbeitsplatz.

Bei arbeitslosen Rehabilitanden soll auf dem Hintergrund der Analyse des Leistungsvermögens eine konkrete Wiedereingliederungsstrategie erarbeitet werden. Dies sieht neben der eingeleiteten Arbeitsvermittlung die Prüfung und ggf. Einleitung von berufsfördernden Maßnahmen vor. Hierbei werden auch die Reha-Fachberater der Rentenversicherung und die zuständigen Mitarbeiter der Agentur für Arbeit und der Arbeitsgemeinschaften einbezogen.

Die Schritte zur Wiedereingliederung von arbeitslosen Rehabilitanden in das Erwerbsleben im Einzelnen:

- Kooperative Analyse und kooperative Reflexion des individuellen Leistungsvermögens sowie der individuellen Chancen auf dem Arbeitsmarkt,
- Herausarbeitung individueller beruflicher Kompetenzen und Erfahrungen durch einen Abgleich mit Anforderungsprofilen,
- Beschäftigungsplanung unter Berücksichtigung von Neigungen, Kompetenzen und Realisierbarkeit.

Alle diese Maßnahmen beziehen sich auf die konkrete individuelle Situation. Auf Standardmaßnahmen wird bewusst verzichtet, da die arbeitslosen Rehabilitanden in der Regel schon diverse wiederholt durchlaufen haben und inzwischen diesbezüglich häufig demotiviert sind. Hingegen kooperieren die arbeitslosen Rehabilitanden nach unseren Erfahrungen gut, wenn sie sich in ihrer individuellen Lebenssituation gewürdigt erleben und eine realistische Chance auf Reintegration in das Erwerbsleben sehen.

Es werden nur Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben geplant, empfohlen und eingeleitet, die individuell erfolgversprechend sind.

### 2.3.6 Klinische Sozialarbeit und -beratung

Schwerpunkte der klinischen Sozialarbeit sind die Fokussierung der berufs- und arbeitsplatzbezogenen Probleme, die Durchführung von Erprobungsmaßnahmen und die Vorbereitung von weiteren Reintegrationsschritten mit dem Ziel der Förderung von Selbstmanagement-Kompetenzen der Rehabilitanden im sozialen Alltag, insbesondere während der Erwerbstätigkeit.

Die klinische Sozialarbeit beschäftigt sich mit zwei unterschiedlich strukturierten Aufgabenbereichen:

1. In beiden Indikationsbereichen der Einrichtung wird hinsichtlich einzelner Aspekte des Erwerbslebens und des psychosozialen Versorgungsnetzes beraten. Im Rahmen einer sozialen Einzelberatung bietet er Gespräche zur Klärung sozialer Fragen bzw. zur Vorbereitung und Vermittlung in örtliche Beratungsangebote an (z.B. Schuldner- und Rechtsberatung, etc.). Dabei hat der Kontakt zu den Bezugstherapeuten einen bezüglich des Arbeitslebens und der Sozialgesetzgebung aufklärenden Charakter. Die Zusammenarbeit zielt auf die Vernetzung klinikinterner und klinikexterner medizinischer und berufsorientierter Rehabilitationsmaßnahmen ab.
2. Es erfolgt die Bearbeitung konkreter Problemfelder im direkten Kontakt mit den Rehabilitanden: In Einzel- und Gruppengesprächen wird Hilfe bei der Formulierung und Bewertung sozialer bzw. beruflicher Probleme, bei der Suche nach realisierbaren Lösungen und bei der Bewältigung von Lösungsschritten angeboten. Im Einzelfall wird ein therapeutisches bzw. ein soziales Nachsorgekonzept entwickelt, das der Sicherstellung der stationären Behandlungsergebnisse dient. Bereits während der Rehabilitation nimmt der Rehabilitand mit seinen zukünftigen fachkompetenten Beratern - Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Sozialbetreuer, Mitglieder der werksärztlichen Dienste, Mitarbeiter von Bildungseinrichtungen und Sachbearbeiter der Arbeitsverwaltung und der Kostenträger - Kontakt auf.

Kommen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Betracht, haben sich die Kontakte zu den Reha-Fachberatern der Rentenversicherung bewährt.

### 2.3.7 Ergo-/Kreativtherapie

Ergo- / Kreativtherapie hat den tätigen, handelnden Menschen und seine materielle Umwelt im Blickpunkt. Als therapeutische Mittel werden kreative und handwerkliche Techniken eingesetzt. Im Umgang mit verschiedenen Materialien werden die dem Rehabilitanden eigene Art des Herangehens, seine Ressourcen und seine Beeinträchtigungen sichtbar. Im therapeutischen Prozess können ihm diese bewusst gemacht und ggf. durch Training verändert werden. Der Umgang des Rehabilitanden mit Materialien und sachorientierten Aufgaben sowie seine Kommunikation darüber tragen im Zusammenhang mit der beruflichen Anamnese und sonstigen klinischen Beobachtungen zur Arbeits- und Leistungsbeurteilung bei. Es werden Arbeitsplatz- und Berufsprobleme thematisiert. Individuelle Zielsetzungen können die Verbesserung von Konfliktlösungsfertigkeiten und Selbstfürsorge am Arbeitsplatz sowie Klärung der beruflichen Identität und Reintegration

sein. Im Bedarfsfall kann auch eine kurzfristige externe Belastungserprobung durchgeführt werden, wenn sie die Teilnahme am medizinischen Therapieprogramm nicht wesentlich einschränkt.

Im Rahmen der Kreativtherapie werden Holz, Ton, Batik, Aquarellieren und bildhauerische Techniken angeboten. Je nach individueller Zielsetzung können Tagesstrukturierung, Freizeitverhalten, Interessenfindung, Verhaltensübungen im Sinne der Angstbewältigung oder des stimmungsstabilisierenden Verhaltens wichtig sein und als neue Erfahrung integriert werden. Naturgemäß variieren die Anforderungen an Ausdauer, Konzentration, Handlungsplanung oder Frustrationstoleranz je nach Medium und Komplexität der Aufgabe. Auch die Kreativtherapie wird häufig auch im Sinne eines Belastungstrainings zur Überprüfung von Basisfertigkeiten oder als Beobachtungsfeld zur Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit genutzt.

Für spezifischere Leistungseinschätzungen und Belastungstrainings stehen drei PC-Arbeitsplätze zur Verfügung u. a. mit der Möglichkeit, Arbeitshaltung und ergonominische Hilfen zu besprechen, aber auch eine (Wieder-)Annäherung an PC-Arbeiten zu ermöglichen und Ängste vor der Arbeit mit Computern zu vermindern.

**Hirnorganisches Training:** Nach Klärung des individuellen Leistungsniveaus sollen durch regelmäßige Übungen die kognitiven Fähigkeiten verbessert werden. Es wird mit dem Programm COGPACK gearbeitet, meist in einer Frequenz von 3 Terminen pro Woche bei je 20 Minuten Dauer.

### 2.3.8 Entspannungstraining, Sporttherapie und Krankengymnastik

Die therapeutischen Ziele dieses Funktionsbereiches sind neben der Steigerung der physischen Leistungsfähigkeit auch die Weiterentwicklung psychosozialer Fertigkeiten (z.B. Kontakt- und Gruppenfähigkeit).

#### **Entspannung und Körpererleben:**

Methodisch wird ein Integriertes Entspannungstraining (Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen und Atemmeditation) angeboten. Die Entspannung/das Körpererleben findet dreimal wöchentlich statt und soll von den Rehabilitanden darüber hinaus auch in der therapiefreien Zeit selbständig angewendet werden.

#### **Training für Ausdauer und Koordination:**

Grundsätzlich nimmt jeder Rehabilitand entsprechend seiner körperlichen Möglichkeiten an der Sport- und Bewegungstherapie teil. Ziele sind: Verbesserung der körperlichen Kondition, Linderung von Beschwerden des Bewegungsapparates und bei Bedarf Gewichtsreduktion.

Die Therapie findet dreimal wöchentlich in Form von Nordic Walking, Zirkeltraining und Gruppengymnastik statt. Störungsspezifische Sport- und Bewegungsangebote umfassen z.B. Rückenschule und übende Verfahren, Elemente der Körpererfahrung sowie psychoedukative Gesprächseinheiten. Zusätzlich erfolgt nach individueller sporttherapeutischer

Anleitung die eigenständige Durchführung eines Ergometer-trainings unter Beachtung der Herz-Kreislauf-Parameter.

#### **MTT:**

Eine wichtige Ergänzung unseres therapeutischen Angebots – insbesondere für Rückenschmerzpatient – stellt die Medizinische Trainingstherapie (MTT) dar. Der Rehabilitand wird nach krankengymnastischer Befunderhebung und apparate-gestützter Diagnostik der Rückenmuskulatur (Maximalkrafttestung) über Ergebnisse der Testung sowie Sinn und Nutzen dieses Therapiebausteins aufgeklärt. Daran anknüpfend erhält er zum Aufbau der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur ein intensives Übungsprogramm an Trainingsgeräten.

Neben den genannten Gruppenangeboten sind übende und/oder physiotherapeutische Einzelbehandlungen möglich. Für das Angebot von MTT und Krankengymnastik gibt es eine enge Kooperation mit der dem ARZ-LU direkt benachbarten Physiotherapie-Praxis. In deren Räumen werden Rehabilitations-leistungen durch den oder unter Anleitung des Physiotherapeuten der Reha-Einrichtung durchgeführt.

### **2.3.9 Freizeitangebote**

Die Freizeitpädagogik stellt einen bedeutsamen Bestandteil der ganztägig ambulanten Rehabilitation dar. Infolge der psychosomatischen Erkrankung oder der Suchtmittel-abhängigkeit kommt es häufig zu einem defizitären Freizeitverhalten. Zur Umsetzung und Aufrechterhaltung einer gesunden bzw. abstinenten Lebensweise ist eine sinnvolle Freizeitgestaltung von großer Bedeutung. Durch die freizeitpädagogischen Maßnahmen sollen die Rehabilitanden unter therapeutischer Anleitung ein selbstbestimmtes euthy-mes Freizeitverhalten erlernen und einüben. Neben diesem Hauptziel unterstützen die freizeitpädagogischen Maßnahmen auch den psychotherapeutischen Prozess, indem sie ein Übungsfeld für soziale und lebenspraktische Kompetenzen bieten und die Gruppen-kohäsion stärken.

Die freizeitpädagogischen Maßnahmen werden in Form gemeinsamer Freizeitunternehmungen im Raum Ludwigshafen angeboten. Dabei sollen die (örtlich) vorhandenen Mög-lichkeiten (regionale Freizeitangebote, Vereine, kulturelle Veranstaltungen, etc.) genutzt werden. Ein weiteres Prinzip ist die Einbindung von und die Verantwortungsübernahme durch Rehabilitanden bei der Organisation und Durchführung der Unternehmungen. Angehörige können auf eigene Verantwortung bei Freizeitangeboten teilnehmen.

### 2.3.10 Gesundheitsbildung und Abbau von Risikofaktoren

Zur Verbesserung von Lebensqualität und zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit steht die Stärkung individueller und sozialer Schutzfaktoren in der ambulanten Rehabilitation im Mittelpunkt der Gesundheitsbildung. Hierzu werden folgende Themen indikationsübergreifend in Form von Seminareinheiten angeboten:

- „Schutzfaktoren: Gesund leben“
- „Gesunde Ernährung“
- „Stress und Stressbewältigung“
- „Nichtrauchertraining“
- Seminar „Übergewicht“

Vorträge zu medizinischen Themen wie z.B., Nichtrauchen, gesunde Ernährung, somatische Erkrankungen (Hypertonie, Adipositas, Fettstoffwechselstörungen) werden unter Anwendung des Gesundheitsbildungsprogramms der Deutschen Rentenversicherung „Gesundheit aktiv leben“ im Rahmen des Basisprogramms (s. Wochenplan) angeboten. In der Lehrküche werden Beispiele für alternative und gesunde Ernährung sowie Zubereitung erprobt. Die Ernährungsberaterin gibt Informationen zu gesunder Ernährung und praktische Anleitungen zur Zubereitung der ärztlich verordneten Diäten.

### 2.3.11 Angehörigenarbeit

Ein besonderes Merkmal der ganztägig ambulanten Rehabilitation in Wohnortnähe ist die Möglichkeit, Angehörige und sonstige Bezugspersonen in das aktuelle Reha-Geschehen einzubeziehen. Im Rahmen von Paar- und Familiengesprächen können Informationen zum Krankheits- und Rehabilitationsverlauf vermittelt werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, Partnerschafts- und/oder Familienkonflikte sowie problematische Verhaltensmuster zeitnah zu reflektieren und Verhaltensmodifikationen zu initiieren.

### 2.3.12 Rückfallmanagement bei Abhängigkeitserkrankung

Die ganztägig ambulante Rehabilitation von Rehabilitanden mit Abhängigkeitserkrankungen ist auf das Erreichen und Beibehalten der Abstinenz ausgerichtet. Die Kontrolle der Abstinenz erfolgt dabei über tägliche Atemluft-Kontrollen sowie die regelmäßige Erhebung der abhängigkeitsrelevanten Laborparameter. Ein Rückfall führt nicht automatisch zur Beendigung der Maßnahme, sondern ist zunächst Anlass für eine gezielte therapeutische Intervention. Dabei werden im Einzel- und Gruppengespräch die Umstände des Rückfalls unter Berücksichtigung des Einzelfalls und des Rehabilitationsverlaufs analysiert und bewertet. Verlauf und Ergebnisse dieses Prozesses bilden die Basis, auf der in einer Fallbesprechung über Behandlungsfortführung oder -beendigung entschieden wird. Dabei werden auch die Indikation für die ganztägig ambulante Rehabilitation sowie die Aussichten auf ihren erfolgreichen Abschluss überprüft. Der Rehabilitand muss zu einer ausführlichen Aufarbeitung des individuellen Rückfalls und der auslösenden Faktoren fähig und bereit sein. Wird im Behandlungsverlauf deutlich, dass die Tagesrehabilitation für den Rehabilitanden eine Überforderung darstellt und der Rehabilitationserfolg in Frage

gestellt ist, wird der unmittelbare Wechsel in eine stationären Rehabilitationseinrichtung angestrebt. Kommt es nicht zu einer konstruktiven Verarbeitung des Rückfalls, wird die Rehabilitationsmaßnahme unverzüglich beendet.

### 2.3.13 Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme

Die Dauer der Rehabilitationsmaßnahme eines Rehabilitanden richtet sich nach dem Grad der Rehaziel-Erreichung. Hat ein Rehabilitand am Ende des von Leistungsträgers bewilligten Zeitraums wesentliche Reha-Ziele noch nicht erreicht, kann die Maßnahme bei prognostisch günstigem Verlauf im Rahmen der vom Leistungsträger zugestandenen Möglichkeiten verlängert werden. Im Verlängerungsantrag für die Rehabilitanden in Kostenträgerschaft der gesetzlichen Krankenkassen ist nachvollziehbar zu begründen, weshalb die Rehazielen noch nicht erreicht wurden.

Weiteres regeln die Vorgaben des zuständigen Leistungsträgers (Infoschrift für die Reha-Einrichtung der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz).

### 2.3.14 Vorbereitung und Einleitung der Nachsorge sowie anderer weiterführender Behandlungsmaßnahmen

Zu den Aufgaben der ganztägig ambulanten Rehabilitation gehört es, den Bedarf für nachfolgende Leistungen bei beiden Indikationen zu prüfen, entsprechende Maßnahmen vorzubereiten und beim Leistungsträger zu beantragen.

**Rehabilitanden mit psychischen und psychosomatischen Störungen** können im Rahmen der Reha-Nachsorge durch die Deutsche Rentenversicherung Bund und Rheinland-Pfalz an dem von der AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim konzipierten und dort seit langem bewährten 12 Wochen dauernden Programm teilnehmen, das in wöchentlichen Gruppensitzungen und jeweils einem Einzelgespräch am Anfang und am Ende der Nachsorgephase besteht.

**Für abhängigkeitskranke Rehabilitanden** erfolgt die berufsbegleitend ambulante Rehabilitation in anerkannten Rehabilitationsstellen auf der Basis eines gemeinsamen Konzeptes und einer von beiden Seiten bereitgehaltenen Kooperationsstruktur. Die Nachsorge findet in Suchtberatungsstellen statt.

Nachfolgende Leistungen: Indikation, Behandlungsbedarf, Behandlungssetting, Leistungsanbieter

Indikation	Bedarf	Behandlungsform	Leistungsanbieter
<b>Abhängigkeits- erkrankung</b>	Fortbestehender Rehabilitationsbedarf	Ambulante Rehabilitation	Suchtberatungsstellen mit Anerkennung für ambulante Rehabi- litation, in der Regel die zuweisende Stelle auf der Basis eines ge- meinsamen Konzeptes
	Stabilisierung des Rehabilitationserfolgs	Ambulante Nachsorge	Suchtberatungsstel- len, in der Regel die zuweisende Stelle
<b>Psychische und/oder psychosomati- sche Erkrankung</b>	Stabilisierung des Rehabilitationserfolgs	Ambulante Reha- bilitationsnachsorge (IRENA / MERENA)	Die durch die DRV zugelassenen Einrich- tungen
<b>Psychosoma- tische und Abhängigkeits- erkrankung</b>	Fortbestehende Behandlungsbedürf- tigkeit psychischer Störungen oder Störungen im näheren sozialen Umfeld	Ambulante Psy- chotherapie und/ oder ambulante psychiatrische Behandlung	Niedergelassene psy- chologische Psycho- therapeuten, nieder- gelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für psychotherapeuti- sche Medizin

### 2.3.15 Reha-Fallbegleitung (DRV Rheinland-Pfalz)

Ergänzend gibt es im Bereich Abhängigkeitserkrankungen das Projekt Reha-Fallbegleitung der DRV Rheinland-Pfalz. Dies ist ein Verfahren zur Optimierung der Teilhabeprozesse am Erwerbsleben speziell für die Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz. Auf der rechtlichen Grundlage des § 31 SGB VI wird eine Vereinbarung getroffen zwischen der DRV Rheinland-Pfalz und dem Versicherten. Die Reha-Fallbegleitung dient der Unterstützung in den Bereichen Erhalt der Abstinenz, berufliche Wiedereingliederung, Krisen- und Kooperationsmanagement. Sie wird insbesondere der Risikogruppe von abhängigkeitskranken Menschen angeboten, die gravierende erwerbsbezogene Probleme und/oder Störungen in der Erwerbsbiografie aufweisen, die innerhalb von 5 Jahren nach der letzten Entwöhnungsbehandlung eine erneute Kostenzusage erhalten und/oder eine in diesem Zeitraum bewilligte Maßnahme nicht angetreten haben.

Die Reha-Fallbegleitung wird durchgeführt von einem Reha-Fallbegleiter, der über Berufs- und Reha-Erfahrung verfügt, der Leitung des ARZ-LU untersteht und von dieser bei seinen Aufgaben unterstützt wird.

Der Reha-Fallbegleiter kann bereits ab Erteilung der Kostenzusage durch die DRV Rheinland-Pfalz Kontakt zum Versicherten aufnehmen, den therapeutischen Prozess der Entwöhnungsbehandlung begleiten, Anregungen und Impulse geben und gezielte erwerbsorientierte Maßnahmen initiieren. Die Reha-Fallbegleitung wird in der Regel vier Wochen nach Arbeitsaufnahme des Versicherten bzw. sechs Monate nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme beendet.

### 3. Personelle Ausstattung

#### Leitender Arzt

Er ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Die ganztägig ambulante Rehabilitation untersteht seiner Leitung und Verantwortung. Er hat die Fachaufsicht über das medizinische und psychotherapeutische Personal und ist diesem wie auch dem Verwaltungspersonal weisungsbe-rechtigt. Zusammen mit dem Verwaltungsdirektor bildet er die Klinikleitung.

Zu den Aufgaben des Leitenden Arztes in der Gesamtverantwortung der medizinischen Rehabilitation gehören:

- Repräsentanz der Einrichtung nach außen, Kontakt mit Kostenträgern und Kooperationspartnern, Öffentlichkeitsarbeit
- Hauptverantwortung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Rehabilitationsprogramms
- Durchführung der allgemeinärztlichen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen mit Befunddokumentation, bei Bedarf Veranlassung weitergehender Diagnostik und Behandlung
- Gespräche zur Indikationsklärung
- Pharmakotherapie (reha-spezifische Medikamente werden von der Einrichtung vorgehalten). Wird die durch den niedergelassenen Arzt eingeleitete medikamentöse Therapie umgestellt, so erfolgt dies in der Regel in Abstimmung mit diesem.
- Leitung der Team- und Fallbesprechungen
- Teilnahme an der Supervision
- Vorträge zur Gesundheitsbildung
- Zusammenarbeit mit den behandelnden Haus- und Fachärzten und/oder Kliniken und den Kooperationseinrichtungen im LUSANUM
- Tätigkeit als Bezugstherapeut
- Durchführung der Abschlussuntersuchung
- Verantwortliche Erstellung des Entlassungsberichts, Freigabe von Entlassungsberichten

## **Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

- Stellvertreter des Leitenden Arztes
- Verantwortung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Rehabilitationsprogramms
- Gespräche zur Indikationsklärung
- Durchführung der allgemeinärztlichen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen mit Befunddokumentation, bei Bedarf Veranlassung weitergehender Diagnostik und Behandlung
- Gespräche zur Indikationsklärung
- Teilnahme an der Supervision
- Tätigkeit als Bezugstherapeut
- Erstellung von Entlassungsberichten

## **Assistenzarzt**

(In Facharztausbildung befindlich – Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie)

- Organmedizinischer und psychosozialer Teil der Reha-Diagnostik (Anamnese, Exploration, Befunderhebung), Reha-Planung, bei Bedarf Veranlassung weitergehender Diagnostik und Behandlung
- Organmedizinische Betreuung von Rehabilitanden der psychologischen Therapeuten
- Durchführung von Einzel- und Gruppentherapiegespräche als Bezugstherapeut
- Angehörigenarbeit (Paar- und Familiengespräche)
- Kooperation mit anderen Institutionen (inkl. Öffentlichkeitsarbeit)
- Teilnahme an Fall- und Teambesprechungen und Supervisionen
- Beitrag zum Entlassungsbericht
- In Facharztausbildung befindlich (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie)

## **Leitender Psychologe**

Er ist psychologischer Psychotherapeut. Zu seinen Aufgaben gehören:

- Verantwortung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Rehabilitationsprogramms
- Fachaufsicht für den psychosozialen Bereich
- Gespräche zur Indikationsklärung
- Leitung von Fall- und Teambesprechungen als psychotherapeutischer Supervisor
- Durchführung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung
- Kooperation mit anderen Institutionen (incl. Öffentlichkeitsarbeit)
- Tätigkeit als Bezugstherapeut
- Beitrag zur Erstellung des Entlassungsberichts

## **Diplompsychologen bzw. psychologische Psychotherapeuten**

- Psychosozialer Teil der Reha-Diagnostik (Anamnese, Exploration, Befunderhebung)
- Durchführung von Einzel- und Gruppentherapiegespräche als Bezugstherapeut
- Angehörigenarbeit (Paar- und Familiengespräche)
- Kooperation mit anderen Institutionen (inkl. Öffentlichkeitsarbeit)
- Teilnahme an Fall- und Teambesprechungen und Supervisionen
- Beitrag zum Entlassungsbericht

### **Dipl.-Sozialarbeiter/-Sozialpädagoge**

- Maßnahmen zur beruflichen Integration, ggf. Vorbereitung und Betreuung beruflördernder Angebote und Maßnahmen sowie Hilfestellung bei der Vermittlung eines Arbeitsplatzes
- Planung und Durchführung der freizeitpädagogischen Maßnahmen
- Durchführung von Sozialberatungen
- Organisation und Betreuung des Selbsthilfeangebots
- Ergänzende Erhebung der Berufsanamnese
- Kontakt zu Beratungsstellen und nachsorgenden Diensten
- Reha-Fallbegleitung

### **Pflegekraft**

- Unterstützung und Durchführung medizinischer Diagnostik- und Therapiemaßnahmen (u.a. Labor)
- Übungsanleitung zum Entspannungstraining nach therapeutischer Weisung.
- Anleitung und Begleitung der Rehabilitanden in co-therapeutischer Funktion bei der Durchführung verhaltenstherapeutischer Übungen (z.B. Angstexpositionsübungen)
- Dokumentationstätigkeiten (z.B. Veranlassung der psychometrischen Testung, Pflegedokumentation, Vorbereitung von Aufnahmen und Entlassungen)
- Medikamentenabgabe
- Kontrolle der Vitalparameter sowie Anleitung zur Eigenblutdruckmessung

### **Ergo-/Kreativtherapeut**

- Durchführung von ergotherapeutischen Belastungstrainings (u.a. an PC-Arbeitsplätzen)
- Kreativtherapeutische Angebote mit verschiedenen Medien
- Durchführung von Hirnleistungstraining
- Planung und Durchführung freizeitpädagogischer Maßnahmen
- Angebot zu Übungen alltagsrelevanter Praktiken

### **Sport-/Physiotherapeut**

- gezieltes Training für Ausdauer, Koordination und Kraft
- Anleitung und Überwachung des Ergometertrainings
- Planung und Durchführung freizeitpädagogischer Maßnahmen
- Motivierung der Rehabilitanden zu eigenständigem Üben
- ggf. Durchführung physiotherapeutischer Einzelbehandlungen

### **Diätassistent/Ernährungsberater**

- Vermittlung von Informationen zu gesunder Lebens- und Ernährungsweise (z.B. bei Gewichtsreduktion, suchtverlagerten Essverhalten, Stoffwechselstörungen)
- Indikationsspezifische Ernährungs- und Diätberatung
- Anleitung zum Herstellen von ernährungsphysiologisch wertvollen Mahlzeiten
- Planung und Durchführung freizeitpädagogischer Maßnahmen

### Verwaltungs-/Schreibdienst

- Verwaltungstätigkeiten (Vorbereitung von Aufnahmen und Entlassungen, Abrechnung von Fahrtkosten, Telefondienst, Post)
- Schreibdienst

Gemäß dem interdisziplinären Ansatz der Rehabilitation arbeiten die verschiedenen Professionen unter Berücksichtigung der individuellen Problemlage des jeweiligen Rehabilitanden eng zusammen.

Die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, die alle über eine abgeschlossene oder fortgeschrittene therapeutische Weiterbildung verfügen, arbeiten als Bezugstherapeuten. Im Krankheits- und Urlaubsfall vertreten sich die Bezugstherapeuten gegenseitig. Die wöchentliche Supervision erfolgt durch den Leitenden Arzt und den Leitenden Psychologen.

## 4. Räumliche Gegebenheiten und Lage

Zur Durchführung des Programms stehen im ARZ-LU folgende Räume zur Verfügung:

- 1 Gruppentherapieaum
- 1 Multifunktionsraum (teilbar in 2 Gruppenräume)
- 1 Aufenthaltsraum mit Lehrküche
- 4 Therapeuten-Zimmer
- 4 Untersuchungs- und Behandlungsräume für Ärzte
- 1 Ergotherapieaum
- 1 Kreativtherapieaum
- 1 Notfall- und medizinischer Behandlungsraum
- 1 Sozialraum
- Sanitäre Anlagen
- Patienten:
  - 3 Damen Duschen/4 Damen WC's
  - 3 Herren Duschen/5 Herren WC's
  - 1 barrierefreies Dusch-WC befindet sich auf der Etage
- Personal:
  - 1 Damen Dusche/1 Damen WC
  - 1 Herren Dusche/1 Herren WC
  - 1 Ergometertrainingsraum
  - 1 PC-Arbeitsraum mit 3 PC-Arbeitsplätzen für Rehabilitanden
  - 2 Ruheräume (geschlechtergetrennt)
  - 1 Büro/Sekretariat

Darüber hinaus werden folgende Räumlichkeiten im Lusanum Gesundheitszentrum genutzt:

- Cafeteria (Für die Rehabilitanden ist hier ein separater Bereich zur Einnahme des Mittagessens eingerichtet,) im Erdgeschoß des Gebäudes
- Parkplätze

Im gesamten Gebäude herrscht Rauchverbot.

## 5. Kooperation und Vernetzung

**Extern:**

Das gegliederte System der Gesundheitsversorgung erfordert zur Vorbereitung und Durchführung von Rehabilitationsleistungen für psychosomatische und alkoholabhängige Rehabilitanden wie auch zur Nachsorge eine breit angelegte Kooperation.

Die Problemlagen psychosomatischer Rehabilitanden und Abhängigkeitskranker sind sehr komplex und erfordern deshalb ein differenziertes Hilfe-Spektrum. Neben psychischen und somatischen Behandlungen sind auch soziale Unterstützung und direkte soziale Hilfe nötig. Im Einzelnen sollen folgende Kooperationen entwickelt und gepflegt werden:

- mit Haus- und Fachärzten, niedergelassenen Psychotherapeuten und Kranken häusern und Rehabilitationskliniken, insbesondere
- mit der AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim und der Fachklinik Eußerthal
- mit der Psychosomatischen Abteilung des Evangelischen Krankenhauses Bad Dürkheim
- mit den Fachärzten des Gesundheitszentrums LUSANUM
- mit Suchtberatungsstellen
- mit Vorgesetzten, Betriebs- und Personalräten, Betriebsärzten
- mit der Agentur für Arbeit, insbesondere dem ärztlichen und psychologischen Dienst sowie der Arbeits- und Berufsberatung
- mit den Reha-Fachberatern der Rentenversicherungen
- mit den Trägern der beruflichen Bildung
- mit Ehe-, Familien-, Erziehungs-, Sozial- und Schuldnerberatungsstellen
- mit Selbsthilfegruppen
- mit Vereinen und kulturellen Einrichtungen

Das ARZ-LU legt besonderen Wert auf eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Fachkräften dieser Institutionen. Zur Pflege und Entwicklung dieser Kooperationen und ihrer Strukturen beteiligt sich das ARZ-LU u.a. an Arbeitskreisen der regionalen Suchtkrankenhilfe.

Um die Überleitung der suchtmittelabhängigen Rehabilitanden von den Einrichtungen der medizinischen Akutversorgung (z.B. stationäre Entgiftung) in die Rehabilitation zu beschleunigen, wird die Umsetzung bereits im stationären Reha-Bereich bewährter Maßnahmen („Reha-Abklärung“ und „Reha-Direkt“) in Kooperation mit den Akutkliniken und Krankenkassen angestrebt.

Zur Verpflegung der Rehabilitanden kooperiert das ARZ-LU mit dem Betreiber des Restaurationsbetriebs im Haus. Für die Rehabilitanden wird ein abgegrenzter Bereich innerhalb des Restaurants zur Verfügung gestellt. Die Versorgung mit Sonderkostformen bei entsprechender Indikation wird sichergestellt. Es ist gewährleistet, dass während der Mittagessenszeit an die Patienten der Reha-Einrichtung kein Alkohol ausgeschenkt wird. Für die Patienten werden während der Öffnungszeiten des Zentrums kostenlos Getränke (Wasser, Tee) bereitgestellt.

**Intern:**

Die medizinische Rehabilitation basiert auf der Zusammenarbeit in einem interdisziplinär besetzten Team. Zur Abstimmung und zum Austausch findet eine Teambesprechung einmal pro Woche statt. Der Termin wird so gewählt, dass alle, am Rehabilitationsprozess beteiligten Mitarbeiter an der Besprechung teilnehmen können. Darüber hinaus gibt es tägliche Kurzbesprechungen sowie medizinische/therapeutische Fallsupervisionen.

## 6. Maßnahmen der Qualitätssicherung

**Externe Qualitätssicherung:**

Das ARZ Ludwigshafen nimmt am Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung teil. Dies umfasst neben dem Instrument der Rehabilitandenbefragung auch eine regelmäßige Erhebung der Strukturqualität durch Überprüfung von Qualität und Quantität des Personals, Visitationen und Auswertung der Entlassungsberichte unter verschiedenen Gesichtspunkten.

**Internes Qualitätsmanagement:**

Ein internes Qualitätsmanagement wird aufgebaut. Ziel ist die BAR- konforme Zertifizierung der Einrichtung.

Zu den Standarderhebungsinstrumenten gehören die AHG -Basisdokumentation sowie der AHG-Rehabilitandenentlassfragebogen, den die Rehabilitanden zum Behandlungsende ausfüllen. Die Rehabilitanden schätzen darin ihre Veränderungen und den Behandlungserfolg ein und beurteilen verschiedene Funktionsbereiche der Einrichtung und die Therapiemaßnahmen. Außerdem werden routinemäßig bei allen Rehabilitanden zu den Zeitpunkten Aufnahme, Entlassung und in einer 1-Jahres-Katamnese allgemeine und störungsspezifische Symptomparameter erhoben. Die Routinekatamnese wird ergänzt um sozialmedizinisch relevante Aspekte (berufliche Entwicklung, LTA, weitere medizinische

Versorgung). Eine Auswertung erfolgt vierteljährlich. Die Ergebnisrückmeldungen aus all diesen Verfahren werden von der Klinikleitung ausgewertet und fließen in die jährliche Qualitätsmanagement-Bewertung ein. Das Ergebnis der Befragung zur Rehabilitanden-zufriedenheit wird mit den Mitarbeitern kommuniziert. Qualitätsmanagementbeauftragter ist der Leitende Psychologe..

Der Entlassungsbericht wird entsprechend den Vorgaben zum Reha-Entlassungsbericht der gesetzlichen Rentenversicherung angefertigt. Die datenschutzrechtlichen Vorgaben der einzelnen Leistungsträger werden eingehalten.

### **Beschwerdemanagement:**

Ein effektives Beschwerdemanagement ist als Instrument in das QM-System integriert in Form eines Fragebogen zur Patientenzufriedenheit am Ende der Rehabilitation (Ihre Meinung über uns?). Das Ziel ist, die Zufriedenheit der Patienten kontinuierlich zu verbessern, Schwachstellen zu identifizieren und Verbesserungen einzuleiten. Ferner ist das Erlernen und die Anwendung konstruktiver Kritik bereits während der Behandlung essentieller Bestandteil der Rehabilitation. Dabei werden die Rehabilitanden regelhaft motiviert, ihre Kritikpunkte und Verbesserungsvorschläge im direkten Rehabilitationsprozess zu äußern. Von Seiten der Einrichtung werden diese dann geprüft und ggf. zeitnah Verbesserungen umgesetzt.

## **7. Dokumentation und Datenschutz**

### **Dokumentation**

Die Therapiedokumentation erfolgt durch alle, am Rehabilitationsprozess beteiligten Mitarbeiter des ARZ-LU in schriftlicher Form. Die Dokumentation umfasst dabei:

- den im ärztlichen Bereich erhobenen Aufnahmebefund (anamnestische Daten)
- den individuellen Therapie- bzw. Rehaplan
- die KTL-Ziffern der durchgeführten Maßnahmen;
- sämtliche erhobenen klinischen Befunde (bspw. Labor, EKG) und deren Interpretation;
- Rehabilitationsziele, bei Bedarf Zwischenbericht, Abschlussbefund
- Ergebnisse aus Visiten und Teambesprechungen;
- Entlassungsbericht.

### **Datenschutz**

Die gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz werden gewahrt. Insbesondere erfolgt die Kontaktaufnahme und Hinzuziehung Dritter in den Rehabilitationsprozess nur nach vorheriger Zustimmung durch den Rehabilitanden.

Zur Sicherstellung der Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorgaben erhält jeder Mitarbeiter bei der Einstellung eine schriftliche Verpflichtung zur Wahrung des Datengeheimnisses nach §5 BDSG, welche Bestandteil des Arbeitsvertrages ist.

## 8. Notfallmanagement

Es werden bis zu 40 Rehabilitanden medizinisch betreut. Die Versorgung durch die niedergelassenen Haus- und Fachärzte muss nicht unterbrochen werden und kann auch z.B. bei akuter Erkrankung vom Klienten in Anspruch genommen werden, bevor er sich morgens in das ARZ begibt. Bei Notfallsituationen in unserer Einrichtung erfolgt die Erstversorgung umgehend durch die anwesenden Ärzte und das medizinische Personal.

An apparativer Ausrüstung sind Notfallkoffer, Defibrillator, Sauerstoffflasche und EKG-Gerät vorhanden. Durch die Einbettung unserer Einrichtung in das LUSANUM Gesundheitszentrum können auch die entsprechenden Fachärzte im Haus in Anspruch genommen werden. Aufgrund der zentralen Lage ist im Bedarfsfall per Notruf über die Rettungsleitstelle Ludwigshafen binnen 5–10 Minuten ein Rettungs- oder Notarztwagen vor Ort, um eine umgehende adäquate Weiterversorgung und bei Bedarf den Transport in eine Klinik durchzuführen.

Das genannte medizinische Personal nimmt einmal jährlich an den gesetzlich vorgeschriebenen Schulungsmaßnahmen zum Umgang mit Notfällen teil. Das medizinische Personal sichert die medizinische Erstversorgung bei medizinischen Notfällen und fordert ggfs. notärztliche Versorgung an.

Da alle Räume auf einem Stockwerk innerhalb einer geschlossenen Einheit liegen, sind alle Mitarbeiter jederzeit erreichbar und zur Notfallversorgung einsatzfähig. Räume, in denen sich Rehabilitanden alleine aufhalten (Toiletten, Duschen) sind mit Notfallklingeln versehen (zentrales Notrufsystem vorhanden).

Bei Aufhalten der Rehabilitandengruppe außerhalb des Klinikgebäudes (z.B. bei sportlichen Außenaktivitäten und Freizeitaktivitäten) ist der begleitende Therapeut jederzeit in der Lage, per Mobil-Telefon den Arzt des ARZ-LU zu konsultieren oder notärztliche Versorgung zu rufen.

## 9. Hygiene

Im ARZ-LU liegt ein Hygieneplan aus, der alle relevanten Prozesse des Rehabilitationszentrums aus hygienischer Sicht abbildet. Die Mitarbeiter werden regelmäßig vom Hygienebeauftragten geschult. Der stellvertretende ärztliche Leiter ist Hygienebeauftragter des ARZ-LU.

## 10. Fortbildung

Neben der kollegialen Supervision innerhalb des ARZ-LU durch den Leitenden Arzt und den Leitenden Psychologen besteht das Angebot einer regelmäßigen externen Supervision für das therapeutische Personal. Darüber hinaus hat das Behandlungsteam die Möglichkeit, an den Fortbildungsangeboten der AHG Klinik für Psychosomatik DÜW, des LUSANUM Gesundheitszentrums, der DRV Rheinland-Pfalz, der Fachklinik Eußerthal oder anderen Anbietern teilzunehmen.

## 11. Literaturverzeichnis

- Antons, K., Schulz, W. (1976). Normales Trinken und Suchtentwicklung. Band 1 Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe
- Bönner, K. H. (1990). Einleitung. In M. Heide (Hrsg.). Individualisierung der Suchttherapie - Beiträge des 2. Heidelberger Kongresses. Saarbrücken-Scheidt: Dadder
- Böning, J. (2002). Neurobiologische Perspektiven für die Suchtforschung und -behandlung am Beispiel des „Suchtgedächtnisses“. In Fachverband Sucht e.v. (2002). Die Zukunft der Suchtbehandlung. Trends und Prognosen.
- Bühringer, G. (1990). Individualisierung der Suchttherapie - Forschung und Praxis. In M. Heide (Hrsg.). Individualisierung der Suchttherapie. Beiträge des 2. Heidelberger Kongresses (S.27-49). Saarbrücken-Scheidt: Dadder
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR (Hrsg.) (2004). Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Frankfurt am Main
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI (Hrsg.) (2002). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF. [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)
- Grawe, K. (1988). Heuristische Psychotherapie. Integrative Therapie 4, 309-325
- Grawe, K. (1998). Allgemeine Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe
- Loh A, Simon D, Kriston L, Härter M. Rehabilitandenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen - Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. Dtsch Arztebl 2007; 104: A1483-A1488.

- Kanfer, F. H., Reinecker, H., Schmelzer, E. (1990). Selbstmanagement-Therapie, ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin: Springer
- KTL, Klassifikation therapeutischer Leistungen – Ausgabe 2007 Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2006). [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de)
- Knauf, W. (1997). Psycho- und Soziotherapie der Alkoholabhängigkeit. In Rosenstiel, L. von, Hockel, C.M., Molt, W.: Handbuch der Angewandten Psychologie: Grundlagen – Methoden – Praxis. Landsberg-Lech: eco med.
- Lindenmeyer, J., Kolling, R., Zimdars, P. (2002). Und ewig lockt das Suchtgedächtnis? Expositionsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit. In Fachverband Sucht e.v. (Herausgeber). Die Suchtbehandlung. Trends und Prognosen.
- Märtens, M., Petzold, H. (1998). Diskurs und Korrespondenz. Wer und Was wirkt Wie in der Psychotherapie? Mythos „Wirkfaktoren“ oder hilfreiches Konstrukt? Integrative Therapie 1, 98–110
- Marker, K.R. (1987). Handbuch zum Programmpaket COGPACK. Markersoftware: Heidelberg & Ladenburg
- Reha-Therapiestandards „Alkoholabhängigkeit“, Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. Deutschen Rentenversicherung Bund, 1. Auflage 10/2009, Berlin
- Sulz, S.K. (1993). Verhaltensdiagnostik-System. Von der Anamnese zum Therapieplan. München: CIP-Medien
- Wagner, B., Krausz, M., Schwoon, D., (Hrsg.) (1996). Tagesklinik für Suchtkranke. Freiburg: Lambertus



**Ambulantes Reha-Zentrum Ludwigshafen**  
für Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen

Yorckstr. 1 · 67061 Ludwigshafen  
fon: 06 21.59 58 18 00  
ludwigshafen@ahg.de · [www.ahg.de/ludwigshafen](http://www.ahg.de/ludwigshafen)

**Ansprechpartner:**

Jutta Metko · Chefärztin, Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie  
jmetko@ahg.de

Gerhard Illig · Verwaltungsdirektor  
gillig@ahg.de

Klaus Lenz · Leitender Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Pädagoge  
klenz@ahg.de

in Kooperation mit:



**Deutsche  
Rentenversicherung**  
Rheinland-Pfalz

