

## **Bewerbungsverfahren für eine RPK-Maßnahme im Rudolf-Sophien-Stift**

Folgende Unterlagen sind in der Informationsmappe enthalten:

Infoblatt

Lageplan

öffentliche Verkehrsverbindungen

Muster „Beantragung der klinischen Belastungserprobung“

Leitfaden zur Begutachtung

Übergabefragebogen

Bewerbungsbogen mit Einverständniserklärung

Schweigepflichtentbindung (2 x)

Sonstiges .....

# Informationsblatt

## 1. Bewerbungsverfahren für eine RPK- Maßnahme im Rudolf-Sophien-Stift

- ⇒ wenn gewünscht, unverbindliches Informationsgespräch über die Angebote im Rudolf-Sophien-Stift beim Aufnahmedienst (Frau Kaluza) in der Leonberger Straße 220 in Stuttgart; Besichtigung der Einrichtung\*
- ⇒ Bewerbungsgespräch beim RPK-Arzt (Herr Birkert), in der Leonberger Straße 220.
- ⇒ Zusendung ärztlicher Berichte (z.B. Entlassungsbericht) oder des RPK- Gutachtens, Zusendung des Bewerbungsbogens, der Einverständniserklärung und der Entbindung von der Schweigepflicht durch den Klienten an die

**RPK-Abteilung im Rudolf-Sophien-Stift  
Herrn Stationsarzt Birkert**

**Leonbergerstr. 220**

**70199 Stuttgart**

- ⇒ Probetag in der RPK-Abteilung mit ärztlichem Vorstellungsgespräch\*
- ⇒ Entscheidung über Zusage und Aufnahme auf die Warteliste seitens des RPK-Teams ca. eine Woche später

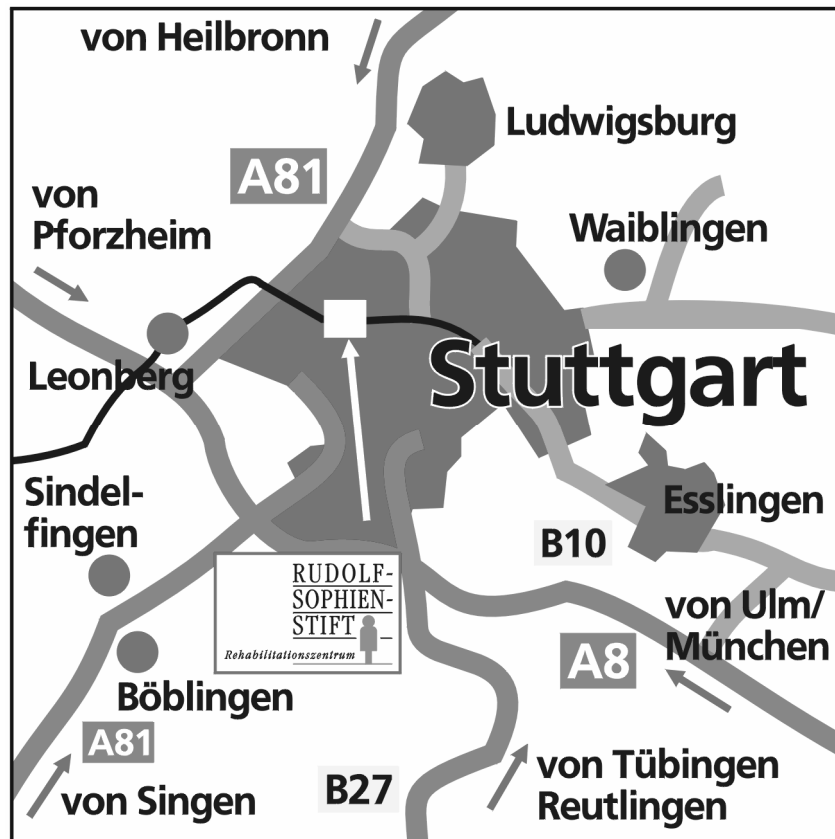
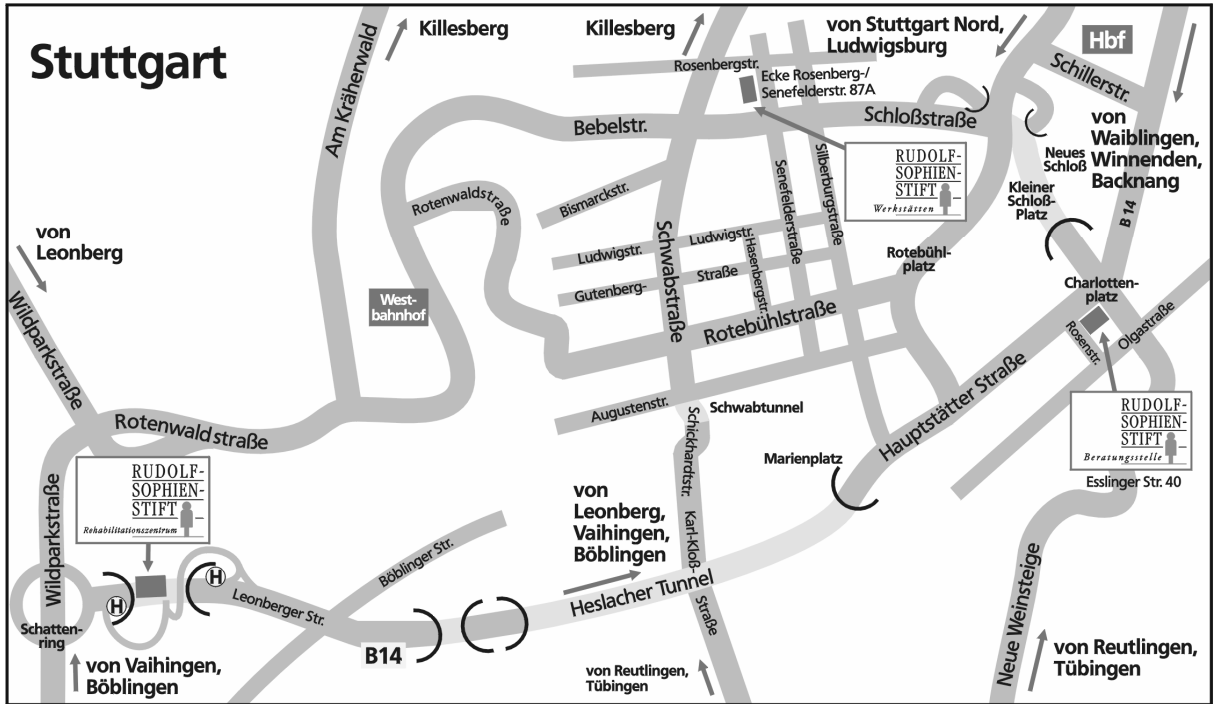
**\*: Bitte vereinbaren Sie sämtliche Termine über den Aufnahmedienst  
(☎ 0711/6011-311)**

## 2. Beantragung der RPK- Maßnahme im Rudolf-Sophien-Stift beim zuständigen Leistungsträger

(Kann parallel zum Bewerbungsverfahren erfolgen)

- ⇒ Erstellung eines ärztlichen Gutachtens zur Beantragung einer medizinischen Rehabilitation in der RPK (siehe hierzu beiliegenden Leitfaden)
- ⇒ Ausfüllen des „Antrags auf Maßnahmen in einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke und Behinderte (RPK)“ durch den Klienten
- ⇒ Beantragung der klinischen Belastungserprobung (siehe beiliegendes Muster) bei der Krankenkasse
- ⇒ Zusendung der o.g. Unterlagen an den MDK der zuständigen Krankenkasse und in Kopie an unseren Aufnahmedienst (Frau Kaluza), Leonbergerstr. 220, 70199 Stuttgart

# Lageplan



## **Anfahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln ab Stuttgart-Hauptbahnhof und ab Universität**

### **a) ab Hauptbahnhof (tief)**

Stadtbahn-Linie U 14 Richtung Heslach-Vogelrain bis Endhaltestelle Heslach-Vogelrain

Fahrtzeit ca. 16 Minuten

Umsteigen in die Buslinie 92 bis Haltestelle Rudolf-Sophien-Stift

### **b) ab Hauptbahnhof (tief Gleis 101)**

S-Bahn-Linie S 2, S 3 Richtung Flughafen (Filderstadt), S 1 Richtung Herrenberg bis Haltestelle Universität

Fahrtzeit ca. 10 Minuten

Umsteigen in die Buslinie 92 Richtung Heslach-Vogelrain bis Haltestelle Rudolf-Sophien-Stift

### **c) aus Herrenberg, Böblingen, Filderstadt**

S-Bahn-Linie S 1, S 2, S 3 bis Haltestelle Universität

Fahrtzeit ca. 15 - 20 Minuten

Umsteigen in die Buslinie 92 Richtung Heslach-Vogelrain bis Haltestelle Rudolf-Sophien-Stift

**Fahrplanauskünfte: VVS ☎ 0711/19449 oder [www.vvs.de](http://www.vvs.de)**

**Zuständige Krankenkasse**

**Beantragung der klinischen Belastungserprobung für**

**Herrn/Frau .....** geb.: .....

**wohnhaft: .....**

**in der RPK des Rudolf-Sophien-Stifts, Leonberger Str. 220, 70199 Stuttgart**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantragen wir bei Ihrer Krankenkasse eine klinische Belastungserprobung gem. der erweiterten RPK-Empfehlungsvereinbarung (§ 4.2) von 6 Wochen in der RPK des Rudolf-Sophien-Stifts.

Bei erfolgreichem Verlauf der Belastungserprobung wird die medizinische RPK-Maßnahme vom Rudolf-Sophien-Stift beantragt und das dazu notwendige Gutachten erstellt.

Als Anlage übersenden wir Ihnen vorab unser Gutachten zur Beantragung der medizinischen RPK-Maßnahme (mit der Bitte um eventuelle Weiterleitung an den zuständigen Leistungsträger) und den „Antrag auf Maßnahmen in einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke und Behinderte (RPK)“ seitens des Klienten.

Mit freundlichen Grüßen

---

(Unterschrift des Facharztes)

Für den behandelnden Arzt

## LEITFADEN

zur Begutachtung von psychisch Kranken/Behinderten für die Aufnahme in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte

(in Fällen des Zwischenbefundberichts nach § 6 Abs.1 der Empfehlungsvereinbarung RPK gilt der Leitfaden entsprechend)

Herausgegeben von den Spitzenverbänden der Krankenversicherung, der Rentenversicherung und der Bundesanstalt für Arbeit

## **Begutachtung vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme**

Nach § 4 der Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesanstalt für Arbeit bei der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte vom 17. November 1986 (Sonderdrucke der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Eysseneckstraße 55, 60322 Frankfurt am Main) ist vor der Einleitung der beabsichtigten Maßnahmen bei dem zuständigen Krankenversicherungsträger ein Antrag zu stellen.

Dem Antrag sind beizufügen:

- Gutachten des bisher behandelnden psychiatrischen Krankenhauses oder in Ausnahmefällen der bisher behandelnden psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses oder des bisher behandelnden Psychiaters
- fachärztliches Gutachten der voraussichtlich aufnehmenden RPK nach persönlicher Begutachtung des Patienten
- sonstige vorliegende ärztliche Gutachten und Befundberichte

Voraussetzung für eine Aufnahme in die RPK ist, dass der Patient nach übereinstimmenden Aussagen in den ärztlichen Gutachten für die Rehabilitation in einer solchen Einrichtung geeignet ist. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kommen ggf. andere Betreuungs- und Versorgungsformen, wie z. Bsp. teilstationäre Behandlung, Unterbringung in Übergangsheimen, therapeutischen Wohngemeinschaften und Wohnheimen in Betracht. Die Aufnahme in eine RPK erfolgt in der Regel im zeitlichen Zusammenhang mit einer vorangegangenen Krankenhauspflege; im Einzelfall auch nach einer vorherigen ambulanten psychiatrischen Behandlung. Vor Einleitung der Rehabilitationsmaßnahme in einer RPK ist unter Zugrundelegung der oben genannten Gutachten und unter Berücksichtigung der aufgeführten Abgrenzungskriterien ein Gutachten des Vertrauensärztlichen Dienstes zu erstellen. In dem Gutachten des Vertrauensärztlichen Dienstes sollte die Erkrankung unter folgenden Gesichtspunkten beurteilt werden:

### **1. Vorgeschichte**

#### 1.1 Familienanamnese

#### 1.2 Biographische Anamnese

- prämorbid Persönlichkeit und psychodynamisch bedeutsame Vorbedingungen
- Beginn und bisheriger Verlauf der Erkrankung, Symptomatik, Behandlung (ambulant, stationär, teilstationär, komplementär z. Bsp. in Übergangsheimen und therapeutischen Wohngemeinschaften, Unterbringung zur Pflege, z. Bsp. in Wohnheimen – jeweils Dauer-). Zwangsunterbringung? Zeiträume? Zeitdauer? Bedeutsame krankheits- und rezidiv-auslösende und verschlimmernde psychodynamische und soziale Faktoren. Auswirkungen der Krankheit auf die Lebensgeschichte, insbesondere auf Arbeit und Familienleben.

#### 1.3 Soziale Anamnese

Lebenssituation: Eigene Wohnung? Familie? Bezugsperson?

Wovon wird der Lebensunterhalt bestritten?

Berufliche Vorgeschichte: Schulabschluss? Berufsausbildung? Bisherige Tätigkeiten?

Häufiger Stellenwechsel? Beruflicher Abstieg? Letzte Stellung im Beruf?

Arbeitsfähigkeitszeiten mit Diagnosen und Arbeitslosigkeitszeiten der letzten drei Jahre.

### **2. Jetzige Anamnese**

#### 2.1 Aufnahmegrund

#### 2.2 Aufnahmebefund

#### 2.3 Therapieverlauf

Derzeitige Therapie: Medikation, Psychotherapie, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie etc., Art und Umfang der Maßnahmen, möglichst unter Beilage von Berichten über Arbeits- und Beschäftigungstherapie.

## 3. Aktueller Befund

### 3.1 körperlicher Befund (internistisch-neurologisch)

Aktuelle medizinisch-technische Zusatzbefunde (z. Bsp. EEG, Laborbefunde, EKG).

### 3.2 Ausführlicher psychischer Befund, einschließlich Testdiagnostik

### 3.3 Besonderheiten (z. Bsp. Abhängigkeitsproblematik und Missbrauch von Alkohol/Drogen/Medikamenten; Selbst- und Fremdgefährdung; Weglauftendenzen, spezielle Verhaltensauffälligkeiten). Allergien, Medikamentenunverträglichkeiten/-resistenzen.

## 4. Diagnosen (nach ICD-9. Revision)

## 5. Epikrise und Beurteilung

Beurteilung des bisherigen Krankheitsverlaufes, Chronifizierungstendenzen? Folgeschäden durch Krankheit und Hospitalisierung (z. Bsp. Antriebsmangel, Beeinträchtigung der Fähigkeit zur aktiven Lebensgestaltung, verminderte affektive Resonanzfähigkeit, sozialer Rückzug und Isolation, vermindertes Selbstwertgefühl, Versagensängste)?

Abschätzung des Ausmaßes der psychischen und sozialen Folgeschäden.

Tragfähige soziale Bindungen?

## 6. Eignung zur Behandlung in einer RPK

- Ist der Patient zu einer Maßnahme in der RPK bereit?
- Wie wird die Behandlungsmotivation eingeschätzt?
- Ist er fähig, das Angebot zu nutzen?
- Welche Erwartung hat der Patient an die Behandlung in der RPK, welche seine Angehörigen?
- Welche rechtlichen Besonderheiten liegen vor (Entmündigung, Gebrechlichkeitspflegschaft, Zwangsunterbringung etc.)?
- Die RPK bietet ein spezifisches Therapieprogramm mit medizinischen und weiterführenden beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen bei begleitender psychosozialer Betreuung an. Bedarf der Patient eines solchen Angebots?
- Beschreibung der durch ein solches Therapieangebot angestrebten Veränderungen, das heißt der Behandlungsziele.
- Kann eine Chronifizierung des Leidens vermindert werden?
- Kann durch die Maßnahme in der RPK der Patient befähigt werden, selbständiger sein Leben zu führen?
- Dient die Maßnahme der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit?
- Ist es zu erwarten, dass der Patient mit Hilfe der Maßnahme in seinem Beruf oder sonst auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht nur vorübergehend tätig sein wird, oder ist Einsatzfähigkeit im Rahmen einer Werkstatt für Behinderte zu erwarten?
- Ist für die Erreichung des Behandlungszieles allein die Behandlung in einer RPK geeignet?

oder

- Ist die Nutzung anderer Behandlungs- und Versorgungseinrichtungen – ggf. auch miteinander kombiniert – sinnvoller und zweckmäßiger?
  - z. Bsp. ambulante ärztliche Behandlung und/oder andere ambulante Betreuungsformen (z. Bsp. sozialpsychiatrische Dienste oder psychosoziale Betreuung)
  - teilstationäre/stationäre Krankenhausbehandlung
  - Behandlung in anderen Rehabilitationseinrichtungen (Einrichtungen für psychosomatische Behandlungen)
  - Aufnahme in Übergangsheimen und therapeutischen Wohngemeinschaften
  - Aufnahme in Wohn- und Pflegeheimen
  - Anschluss an eine Selbsthilfegruppe

## Für den behandelnden Arzt

- Wird die Beurteilung des Krankenhauses/der Rehabilitationseinrichtung hinsichtlich Eignung und Prognose geteilt?
  - Kann mit hinreichender Wahrscheinlichkeit eine wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit nicht nur vorübergehend erwartet werden?
- Wann kann der Patient voraussichtlich verlegt werden?

## Übergabefragebogen

der **Station:** \_\_\_\_\_ **Krankenhaus:** \_\_\_\_\_

### bei Verlegung von Patienten in die RPK-Abteilung des Rudolf-Sophien-Stifts

Um eine möglichst nahtlose und effiziente Weiterbetreuung von Patienten zu gewährleisten, sollte dieser Bogen bei der Entlassung zur Belastungserprobung/zur medizinischen Phase der RPK an das Reha-Zentrum weitergeleitet werden. Er soll der Orientierung der Weiterbetreuenden in der RPK dienen.

Die nachfolgenden Fragen stellen ein Grobraster dar. Es genügt, sie stichpunktartig auszufüllen.

<b>Name:</b> _____	<b>Geburtsdatum:</b> _____
<b>Zuletzt behandelnde Station:</b> _____	<b>Telefon:</b> _____

- 1. Umgang des Patienten mit Mitpatienten, Verhalten gegenüber Pflegepersonal (Konfliktverhalten, Beziehungsaufnahme, Neigung zu aggressivem Verhalten?)**

---

---

---

---

---

---

---

- 2. Suizidalität, Umgang mit Krisen**

---

---

---

- 3. Umgang mit Suchtmitteln (Alkohol, Medikamente, illegale Drogen)**

---

---

---

- 4. Umgang mit Geld (kann der Patient Geld selbst einteilen? Inwieweit muss es eingeteilt werden?)**

---

---

---

---

**5. Wie steht der Patient zu Medikamenten? (Selbstständige Medikamenteneinnahme? Muss die Einnahme kontrolliert werden?)**

---

---

---

**6. Welche Tagesstruktur hatt der Patient zuletzt auf Station (regelmäßige Arbeitstherapie? Beteiligung an Hausdiensten? Ist der Patient in der Lage, seine Freizeit selbstständig zu strukturieren?)?**

---

---

---

---

---

---

---

---

**7. Bezugspersonen:**

---

---

---

---

**8. Sonstige Bemerkungen:**

---

---

---

---

---

---

Datum

---

Bezugsschwester/pfleger

⇒ an den Aufnahmedienst, Frau Kaluza

# **Bewerbungsbogen**

**zur Aufnahme in die RPK-Abteilung  
des Rudolf-Sophien-Stifts**

---

(Name, Vorname)

<b>Angaben zur Person</b>
---------------------------

---

Name	Vorname	ggf. Geburtsname
------	---------	------------------

---

Geboren am	Geburtsort
------------	------------

---

Staatsangehörigkeit	Konfession
---------------------	------------

**Familienstand:**

ledig    
  verheiratet    
  verwitwet    
  geschieden seit: \_\_\_\_\_

getrennt lebend seit: \_\_\_\_\_

**Heimatanschrift:**


---

Straße	PLZ	Ort
--------	-----	-----

---

Telefon	Telefax (falls vorhanden)
---------	---------------------------

**derzeit unter folgender Anschrift zu erreichen:**


---

Name (z.B. Klinik / Wohnheim etc.)	Straße
------------------------------------	--------

---

PLZ	Ort	Telefon	Telefax
-----	-----	---------	---------

**Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?**

Ja                      Geltungsdauer bis: \_\_\_\_\_

Beantragt

Nein

<b>Unterstützende Personen</b>
--------------------------------

Ist Ihnen bei der Beantragung der RPK-Maßnahme ein/e Sozialarbeiter/in / sonstige Person behilflich?

Ja                       Nein

---

Name

---

Institution / Einrichtung

---

Telefon

Telefax

**Besteht eine gesetzliche Betreuung:**  Ja  Nein

Name des gesetzlichen Betreuers

Straße

PLZ

Ort

Telefon

Telefax

**Aufgabenkreis(e):**

Aufenthaltsbestimmung  Gesundheitsfürsorge  Vermögensverwaltung

andere: \_\_\_\_\_

**Stehen Sie unter Bewährung:**  Ja  Nein

Bewährungshelfer/in: \_\_\_\_\_

Name

Telefon

**Krankenkasse**

Name: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Straße/Postfach: \_\_\_\_\_

pflichtversichert

freiwillig versichert

familienversichert

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Bei Familienversicherung bitte Name und Geburtsdatum des Versicherten angeben:

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Haben Sie über die Krankenkasse schon einmal eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt?

Nein  Ja, und zwar vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

in: \_\_\_\_\_

(Name und Anschrift der Einrichtung)

**Rentenversicherung**

Rentenversicherungsanstalt: \_\_\_\_\_

Rentenversicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

**Arbeitsverwaltung**

Mit welchem Arbeitsamt standen Sie zuletzt in Verbindung?

Wie lautet Ihre Stammmnummer bei der Agentur für Arbeit?

### Finanzielle Situation

Wie bestreiten Sie zur Zeit Ihren Lebensunterhalt?

Arbeitseinkommen  Vermögen, Ersparnisse

Unterhalt, von wem: \_\_\_\_\_

**Sozialleistungen:**

Krankengeld  Sozialhilfe  EU- Rente  BU- Rente

Kindergeld  Arbeitslosengeld I  Arbeitslosengeld II

Sonstiges

**Welche Stelle gewährt Ihnen die o.g. Sozialleistung?**

\_\_\_\_\_  
Name (Behörde) PLZ Ort Straße

Die Leistung ist bewilligt ab: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  unbefristet

**Haben Sie eine der o.g. Sozialleistungen beantragt?** \_\_\_\_\_

wann (Datum)

wo? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Schulden?**  ja  nein

**Gibt es eine Schuldenregulierung?**  ja  nein

### Schul- und Berufsausbildung

**Fragen zum schulischen und beruflichen Werdegang**

Welche Schule(n) haben Sie besucht?

	Schuljahre von / bis
<input type="checkbox"/> Sonderschule	
<input type="checkbox"/> Hauptschule	
<input type="checkbox"/> Realschule (Mittelschule)	
<input type="checkbox"/> Gymnasium	
<input type="checkbox"/> Berufsfachschule	
<input type="checkbox"/> Fachschule	
<input type="checkbox"/> Fachoberschule	
<input type="checkbox"/> Fachhochschule	
<input type="checkbox"/> Hochschule	
<input type="checkbox"/> Sonstige Schulen	

**Erreichte Schulabschlüsse bzw. Art der abgelegten Prüfungen:**

---



---



---

**Welche Berufsausbildung(en) haben Sie gemacht?**

Berufsausbildung als	von / bis	Art der abgelegten Prüfung

**Berufliche Qualifikationen und Tätigkeiten**

**Welche Tätigkeiten haben Sie bisher ausgeübt?**

Art der Tätigkeit	von / bis

**Weitere berufliche Kenntnisse / Qualifikationen?**

Fremdsprachenkenntnisse	..... Sprache / Beherrschungsgrad
PC-Kenntnisse	
Lehrgänge	
Fernlehrgänge	
Kurse	
Sonstiges	







**Suchtmittel****1. Welche der folgenden Suchtmittel haben Sie je in ihrem Leben konsumiert?**

- Cannabis       Alkohol       LSD       Kokain  
 Ecstasy       Heroin       Crack       Opium  
 nicht verordnete Meikamente  
 Sonstige .....

**2. Welche Suchtmittel haben sie in den letzten drei Monaten konsumiert?**

---

---

**3. Warum nahmen/nehmen Sie Suchtmittel ein?**

---

---

---

---

**4. Welche Wirkungen hatten/haben diese Suchtmittel auf Sie?****positive:**

---

---

---

**negative**

---

---

---

**5. Welche Folgen hat Ihr Suchtmittelkonsum bislang und welche?**

- körperlich: \_\_\_\_\_  
 sozial (Familie, Freunde, Bekannte): \_\_\_\_\_  
 im Bereich Partnerschaft \_\_\_\_\_  
 beruflich: \_\_\_\_\_  
 finanziell: \_\_\_\_\_  
 Freizeitaktivitäten/Hobbies: \_\_\_\_\_  
 gesetzwidriges Verhalten (Ordnungs/Strafverfahren): \_\_\_\_\_  
 Teilnahme am Straßenverkehr (Führerschein: \_\_\_\_\_

**6. Wie schwerwiegend ist Ihr Suchtmittelproblem?**

- sehr schwer       schwer       eher schwer  
 eher leicht       leicht       sehr leicht

**7. Wie beeinflussen sich psychische Symptome und der Suchtmittelkonsum gegenseitig?**

**Wenn ich Suchtmittel konsumiere, dann...**

---

---

**Wenn ich psychische Probleme habe, dann...**

---

---

---

---

**Möchten Sie auf Suchtmittel verzichten?**

---

**Was würde ihnen helfen auf Suchtmittel zu verzichten, d.h. keine Drogen mehr zu nehmen?**

---

---

---

---

**Familienangehörige**

Zuname des Vater: \_\_\_\_\_ Zuname der Mutter: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_ Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

---

---

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Wieviele Kinder (einschließl. des Bewerbers sind in der Familie): \_\_\_\_\_

im Alter von	männlich						Jahren
	weiblich						

**Sonstige Bekannte, zu denen Sie ein gutes Verhältnis haben:**

---

**Wie oft haben Sie Kontakt zu Familienangehörigen:**

- mehr als einmal in der Woche       nur bei besonderen Anlässen  
 mehr als einmal im Monat       kein Kontakt

**Mit wem haben Sie den meisten Kontakt?** \_\_\_\_\_

**Welche Person steht Ihnen am nächsten?** \_\_\_\_\_

---

**Beschreiben Sie bitte Ihre Wohnsituation!**

(Alleine, mit (Ehe-)Partner, bei den Eltern, eigene Wohnung im Elternhaus, bei Freunden usw.)

---

---

---

---

### Einverständniserklärung

Um die Erstellung und Fortführung eines Rehabilitationsplanes zu gewährleisten, bin ich damit einverstanden, den Fragebogen den MitarbeiterInnen der RPK des Rudolf-Sophien-Stifts zu überlassen.

Mit der Aufnahme in die RPK des Rudolf-Sophien-Stifts erkläre ich mich einverstanden, dass eine Informationsweitergabe zwischen allen am therapeutischen Prozess beteiligten MitarbeiterInnen zu Zwecken meiner Rehabilitation erfolgen darf.

Eine Ausfertigung der Hausordnung habe ich erhalten und erkenne diese an:

- Ja       Nein

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_