

Vereinbarungen im Suchtbereich

- Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“
- Gemeinsame Rahmenkonzepte
- Leitfaden zur Erstellung und Prüfung von Konzepten
- Auswahlkriterien zur Prüfung von Weiterbildungen



Rehabilitation von Abhängigkeitskranken

Abhängigkeitserkrankungen betreffen viele Menschen in Deutschland. Ein Ausstieg aus der Abhängigkeit begleitet durch eine medizinische Rehabilitation bietet die Möglichkeit der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Die Suchtrehabilitation wird stationär, ganztägig ambulant, niedrigfrequent ambulant oder in Kombination der verschiedenen Behandlungsformen durchgeführt. Nach erfolgreich abgeschlossener Rehabilitation sind auch Nachsorgeleistungen möglich.

Die Deutsche Rentenversicherung und die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung haben unter Einbeziehung der Suchtverbände in den letzten Jahren verschiedene Vereinbarungen getroffen und sich auf Rahmenkonzepte und Arbeitshilfen verständigt, die in dieser Broschüre zusammenführend veröffentlicht sind. Damit soll allen an der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker Beteiligten ein Überblick über die Grundlagen der Rehabilitation Abhängigkeitskranker gegeben werden.

Inhaltsverzeichnis

- 2 Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001**
- 16 Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008**
- 31 Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 18. August 2011**
- 53 Gemeinsamer Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 23. September 2011**
- 77 Auswahlkriterien zur Prüfung von Weiterbildungen für Gruppen- und Einzeltherapeuten im Tätigkeitsfeld der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker gemäß den Anlagen 1 und 2 der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001 in der Fassung vom 23. September 2011**
- 84 Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31. Oktober 2012**

Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001

Die Vereinbarung regelt die Zusammenarbeit zwischen den Rentenversicherungsträgern und den Krankenkassen bei der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker.

Es erfolgt eine Abgrenzung der Zuständigkeiten und eine Beschreibung der Ziele, des Antragsverfahrens und der Voraussetzungen. Ferner wird mit der Vereinbarung die Grundlage für eine gemeinsame Kostenpauschale gelegt. Die Vereinbarung enthält weitere Anlagen. Die Anlagen 1 und 2 legen die Anforderungen an die ambulanten und stationären Einrichtungen fest. In der Anlage 3 sind Kriterien für die Entscheidung zwischen der ambulanten und stationären Leistungsform enthalten. Die Anlage 4 führt Entscheidungshilfen für die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger auf.

Die Vereinbarung ist am 1. Juli 2001 in Kraft getreten.

Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001

Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker

zwischen

dem AOK-Bundesverband
dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen
dem IKK-Bundesverband
der See-Krankenkasse
dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
der Bundesknappschaft
dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.
dem AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.

und

dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
dem Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen

(Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“)
vom 04.05.2001

§ 1

Gegenstand

(1) Die Vereinbarung regelt die Zuständigkeit und das Verfahren bei der Bewilligung von Leistungen für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige (Abhängigkeitskranke), wenn Leistungen der Krankenversicherung und/oder der Rentenversicherung¹ in Betracht kommen. Zudem definiert sie die an die Rehabilitationseinrichtungen zu stellenden Anforderungen (**Anlagen 1 und 2**).

¹ einschließlich der Alterssicherung der Landwirte

(2) Eine Abhängigkeit i. S. der Vereinbarung liegt vor bei
→ Unfähigkeit zur Abstinenz oder
→ Verlust der Selbstkontrolle oder
→ periodischem Auftreten eines dieser beiden Symptome.

² Der Begriff „ambulante Rehabilitation“ umfasst auch teilstationäre Rehabilitation.

(3) Leistungen i. S. dieser Vereinbarung sind ambulante² und stationäre Entwöhnungs- sowie Entzugsbehandlungen.

§ 2

Ziele der medizinischen Rehabilitation

- (1) Ziele der medizinischen Rehabilitation sind:
→ Abstinenz zu erreichen und zu erhalten,
→ körperliche und seelische Störungen weitgehend zu beheben oder auszugleichen,
→ die Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft möglichst dauerhaft zu erhalten bzw. zu erreichen.
- (2) Zielvorstellungen für die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger in Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke bei übergangsweisem Einsatz eines Substitutionsmittels sind darüber hinaus in **Anlage 4** geregelt.

§ 3

Entwöhnungsbehandlungen

- (1) Eine Entwöhnungsbehandlung wird bewilligt, wenn
 - die persönlichen/medizinischen (Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose) und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind und kein gesetzlicher Ausschlussstatbestand gegeben ist,
 - Maßnahmen der Beratung und Motivierung vorangegangen sind und
 - der Abhängigkeitskranke motiviert und zudem bereit ist, eine ggf. erforderliche Nachsorge in Anspruch zu nehmen.
- (2) Vor der Entwöhnungsbehandlung muss erforderlichenfalls eine Entzugsbehandlung (§ 4) durchgeführt worden sein.
- (3) Kriterien, die bei der Entscheidung über die im Einzelfall zweckmäßige Leistungsform zu berücksichtigen sind, ergeben sich aus der **Anlage 3**.
- (4) Art, Ort, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Entwöhnungsbehandlungen bestimmt der Rehabilitationsträger unter Berücksichtigung der Schwere der Krankheit und der persönlichen Verhältnisse des Abhängigkeitskranken. Die im Sozialbericht hierzu enthaltenen Anregungen sollen angemessen berücksichtigt werden. Berechtigten Wünschen des Abhängigkeitskranken wird entsprochen. Die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit sind zu beachten.

§ 4

Entzugsbehandlungen

- (1) Eine Entzugsbehandlung im Sinne dieser Vereinbarung wird durchgeführt, um die Rehabilitationsfähigkeit zu erreichen. Sie erfolgt durch Vertragsärzte und Krankenhäuser. Die medizinische Notwendigkeit ist von einem Arzt festzustellen.
- (2) An die Entzugsbehandlung soll sich eine erforderliche Entwöhnungsbehandlung nahtlos anschließen, sofern der Patient entsprechend motiviert ist.

§ 5

Zuständigkeit

- (1) Für die Bewilligung der Entwöhnungsbehandlung (§ 3) ist zuständig
 1. der Rentenversicherungsträger, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach §§ 9 bis 11 SGB VI (§§ 7 und 8 ALG) erfüllt sind und kein gesetzlicher Ausschlussstatbestand gegeben ist,
 2. die Krankenkasse, wenn die Voraussetzungen nach Nr. 1 nicht vorliegen, jedoch die Voraussetzungen der §§ 27 und 40 SGB V erfüllt sind.
- (2) Für die Entzugsbehandlung (§ 4) ist die Krankenkasse zuständig.

§ 6

Verfahren

- (1) Der Antrag auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation ist unter Verwendung der dafür vorgesehenen Vordrucke zu stellen. Dem Antrag sind beizufügen:
 - ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, des Gutachterdienstes bzw. eines Gutachters der Rentenversicherung oder ein ärztlicher Befundbericht über die medizinische Notwendigkeit der Rehabilitation mit Prognose (§ 3 Abs. 1) auf Vordruck und
 - ein aussagekräftiger, fachgerecht erstellter Sozialbericht auf Vordruck.

- (2) Der zuständige Rehabilitationsträger entscheidet bei Vorliegen der vollständigen Antragsunterlagen unverzüglich über den Antrag. Bei Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers informiert dieser die Krankenkasse über seine Entscheidung.
Ist vor der Entwöhnungsbehandlung eine Entzugsbehandlung erforderlich, leitet der behandelnde Arzt diese ein. Im Interesse eines nahtlosen Übergangs ist ggf. der Antrag auf eine Entwöhnungsbehandlung rechtzeitig vor Beendigung der Entzugsbehandlung dem zuständigen Rehabilitationsträger zu übermitteln. Dabei sollen sich die Krankenkasse und der Rentenversicherungsträger über Beginn und Dauer der Entzugsbehandlung sowie über den Beginn der Entwöhnungsbehandlung abstimmen.
- (3) Ist der Antrag bei einer Krankenkasse gestellt worden und hält diese den Rentenversicherungsträger für zuständig (vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 1), leitet sie die Antragsunterlagen unverzüglich an den Rentenversicherungsträger weiter.
- (4) Im Rahmen von Arbeitsgemeinschaften können besondere Absprachen über das Verfahren getroffen werden.
- (5) Für einen Wechsel der Leistungsform ist grundsätzlich eine Zustimmungserklärung des Versicherten erforderlich. Dem Rehabilitationsträger ist außerdem zur Entscheidung rechtzeitig ein Zwischenbericht im Sinne eines vorläufigen Entlassungsberichtes zuzuleiten, der insbesondere zu dem Verlauf der bisherigen Rehabilitationsleistungen, den Gründen für ihre Beendigung, der weiteren Rehabilitationsbedürftigkeit und der Notwendigkeit und Erfolgsaussicht eines Wechsels der Leistungsform Stellung nehmen muss. Hinsichtlich der Entscheidung über den Wechsel gilt Abs. 2 Satz 1 entsprechend.
- (6) Ist im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung eine Nachsorgeleistung erforderlich und ist hierfür der Rentenversicherungsträger oder die Krankenkasse zuständig, bedarf es neben der Zustimmungserklärung des Versicherten einer ärztlichen Bescheinigung über die Notwendigkeit der Leistung. Insbesondere ist darzulegen, warum der Anschluss an eine Selbsthilfe- bzw. Abstinenzgruppe für den Abhängigkeitskranken nicht ausreicht.

§ 7

Leistungsumfang

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation werden für den Zeitraum erbracht, der erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen. Die Leistungsform richtet sich nach dem individuellen Rehabilitationsbedarf. Wechsel der Leistungsformen sind hierbei möglich.

§ 8

Finanzierung

- (1) Die Vergütungssätze für medizinische Leistungen zur Rehabilitation werden zwischen den Rehabilitationsträgern und den Leistungserbringern gesondert vereinbart.
- (2) Die Kosten für die Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation, soweit sie ausschließlich therapeutische Einzel- bzw. Gruppengespräche enthalten, werden pauschaliert vergütet. Über die Höhe der Pauschale stimmen sich die Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger ab.

§ 9

Änderung, Kündigung

- (1) Die Partner der Vereinbarung prüfen in angemessenen Zeitabständen, ob die Vereinbarung aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen verbessert oder wesentlich geänderten Verhältnissen angepasst werden muss.
- (2) Die Vereinbarung kann mit dreimonatiger Frist zum Ende eines Kalenderjahres von den Vertragspartnern gekündigt werden.

§ 10

Inkrafttreten

- (1) Die Vereinbarung tritt am 01.07.2001 in Kraft.
- (2) Sie gilt für alle Fälle, in denen der Antrag auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation (§ 6 Abs. 1) nach dem Inkrafttreten der Vereinbarung gestellt wurde. Sie ersetzt die „Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 20.11.1978“ und die „Empfehlungsvereinbarung der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger über die Leistungen der ambulanten Rehabilitation Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger vom 29.01.1991“ i. d. F. vom 05.11.1996. Die Anlagen 1 und 2 der Vereinbarung ersetzen die Anlagen 1 und 2 des Gesamtkonzeptes zur Rehabilitation von Abhängigkeitskranken (Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige) vom 15. Mai 1985. Die Gemeinsamen Leitlinien der Kranken- und Rentenversicherungsträger für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Entwöhnung bei Abhängigkeitserkrankungen vom 09.03.1995 werden durch die Anlage 3 der Vereinbarung abgelöst.

Anforderungen an die Einrichtungen zur Durchführung ambulanter medizinischer Leistungen zur Rehabilitation

0. Für die Durchführung ambulanter Entwöhnungsbehandlungen kommen Einrichtungen in Betracht, die mindestens die nachstehend genannten Voraussetzungen erfüllen:
 1. Der Träger der Einrichtung muss
 - 1.1 Mitglied in einem Verband der Freien Wohlfahrtspflege sein oder
 - 1.2 juristische Person des öffentlichen Rechts sein oder
 - 1.3 eine Anerkennung als gemeinnützige Einrichtung besitzen oder
 - 1.4 ein privater Träger sein und über eine Konzession nach § 30 der Gewerbeordnung verfügen.
 2. Die Einrichtung muss ein wissenschaftlich begründetes Therapiekonzept vorlegen, das u. a. Aussagen zum diagnostischen Vorgehen, zu den Leistungen und zu den therapeutischen Zielen einschließlich der Leistungsdauer enthält. Die Einrichtung muss bereit sein, sich an Qualitätssicherungsprogrammen einschließlich Effektivitätskontrollen zu beteiligen und die durchgeführten Leistungen dokumentieren.

Die Einrichtung muss unabhängig von dem im Rahmen der Rehabilitation finanzierten Leistungsspektrum über ein integriertes Programm zur Betreuung Abhängigkeitskranker im ambulanten Bereich verfügen. Zu dem integrierten Programm der Einrichtung gehören insbesondere

- Diagnostik und Indikationsstellung
- Motivationsklärung und Motivierung
- therapeutische Einzel- und Gruppengespräche
- Beteiligung der Bezugspersonen am therapeutischen Prozess
- begleitende Hilfen im sozialen Umfeld
- Krisenintervention
- Vorbereitung der stationären Leistungen zur Rehabilitation
- ggf. Zusammenarbeit im Therapieverbund (ambulante und stationäre Einrichtungen)
- Hilfe zur Selbsthilfe
- Prävention.

In dem Therapiekonzept ist darzustellen, wie die ambulante Rehabilitation in das gesamte Programm der Einrichtung integriert ist.

Die Einrichtung kann auch gemeinsam von verschiedenen Trägern der Suchtkrankenhilfe im Verbund organisiert sein.

3. In der Einrichtung müssen auf dem Gebiet der Suchtkrankenenarbeit qualifizierte und erfahrene
 - Ärzte,
 - approbierte psychologische Psychotherapeuten oder Diplom-Psychologen und
 - Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagogen regelmäßig und verantwortlich zusammenarbeiten.

Je nach Ausrichtung des Therapiekonzeptes müssen darüber hinaus weitere Therapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Sporttherapeuten) in ausreichender Zahl und ggf. auch medizinisches Hilfspersonal vorhanden sein.

4. Mindestens 3 therapeutische Mitarbeiter, in der Regel Diplom-Psychologen oder approbierte psychologische Psychotherapeuten und Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagogen, müssen hauptberuflich in der Einrichtung tätig sein.
5. Zu den Aufgaben des Arztes gehören neben der therapeutischen Tätigkeit vor allem:
 - Verantwortliche Leistungserbringung
 - Anamneseerhebung, allgemeinärztliche Untersuchung
 - Informationsaustausch mit niedergelassenen Ärzten
 - ggf. Empfehlung weiterer Diagnostik und Therapie sowie Kontakt mit den behandelnden Ärzten
 - Indikationsstellung
 - Teilnahme an Fall- und Teambesprechungen
 - ggf. Zwischenuntersuchung
 - Abschlussuntersuchung
 - Verantwortliches Erstellen eines qualifizierten Entlassungsberichtes im Zusammenwirken mit den anderen Therapeuten.
6. Die therapeutisch tätigen Mitarbeiter müssen eine geeignete Qualifikation/ Weiterbildung auf psychotherapeutischer Grundlage haben. Als Qualifikation/Weiterbildung kommen z. B. in Betracht:
 - für Ärzte: Weiterbildungen entsprechend den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern oder
 - für approbierte psychologische Psychotherapeuten: Qualifikationen nach dem Psychotherapeutengesetz oder
 - für Diplom-Psychologen: entsprechend geeignete Weiterbildungen oder
 - für Diplom-Sozialarbeiter und Diplom-Sozialpädagogen tätigkeitsfeldspezifische, d. h. auf die Indikation „Sucht“ ausgerichtete Weiterbildungsgänge.
7. Regelmäßige Fortbildung und externe Supervision des therapeutisch tätigen Personals sind sicherzustellen.
8. Bei der Durchführung therapeutischer Gruppengespräche soll die Gruppenstärke
 - für Alkohol- und Medikamentenabhängige bei 10 bis 12 Patienten und
 - für Drogenabhängige bei 6 bis 8 Patienten liegen.

¹ vgl. Grigoleit, H./ Hüllinghorst, R./ Wenig, M. (Hrsg.): Handbuch Sucht, Sankt Augustin 2000; DRV 1992 S. 474 ff.
Die überarbeiteten Auswahlkriterien finden Sie ab Seite 78.

Im übrigen wird auf den Kriterienkatalog für die Beurteilung von Weiterbildungen für Einzel- und Gruppentherapeuten – Tätigkeitsfeld Sucht – von 1992 verwiesen¹.

Anforderungen an die Einrichtungen zur Durchführung stationärer medizinischer Leistungen zur Rehabilitation

0. Einrichtungen zur Entwöhnungsbehandlung Abhängigkeitskranker können belegt werden, wenn sie mindestens die nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen erfüllen und ein entsprechender Bedarf an Plätzen vorhanden ist:
 1. Der Träger der Einrichtung muss
 - 1.1 Mitglied in einem Verband der Freien Wohlfahrtspflege sein oder
 - 1.2 juristische Person des öffentlichen Rechts sein oder
 - 1.3 eine Anerkennung als gemeinnützige Einrichtung besitzen oder
 - 1.4 ein privater Träger sein und über eine Konzession nach § 30 der Gewerbeordnung verfügen.

Für die Belegung durch die gesetzlichen Krankenkassen ist der Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 111 SGB V Voraussetzung.

2. Die Einrichtung muss ein wissenschaftlich begründetes Therapiekonzept vorlegen, das u. a. Aussagen zum diagnostischen Vorgehen, zu den Leistungen und zu den therapeutischen Zielen einschließlich der Leistungsdauer enthält.
3. Die Einrichtung muss bereit sein, sich an Qualitätssicherungsprogrammen einschließlich Effektivitätskontrollen zu beteiligen und die durchgeführten Leistungen dokumentieren.
4. In der Einrichtung müssen auf dem Gebiet der Suchtkrankenarbeit qualifizierte und erfahrene
 - 4.1 Ärzte,
 - 4.2 approbierte psychologische Psychotherapeuten oder Diplom-Psychologen
 - 4.3 Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagogen sowie
 - 4.4 Ergotherapeuten (i. S. d. Ergotherapeutengesetzes), Arbeitserzieher oder andere Mitarbeiter mit vergleichbarer (gleichwertiger) Qualifikationzur Verfügung stehen.

Sie müssen eine geeignete Qualifikation/Weiterbildung haben:

- als Ärzte: Weiterbildungen entsprechend den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern oder
- als approbierte psychologische Psychotherapeuten: Qualifikationen nach dem Psychotherapeutengesetz oder
- als Diplom-Psychologen: entsprechend geeignete Weiterbildungen oder
- als Diplom-Sozialarbeiter und Diplom-Sozialpädagogen tätigkeitsfeldspezifische, d. h. auf die Indikation „Sucht“ ausgerichtete Weiterbildungsgänge.

¹ vgl. Grigoleit, H./ Hüllinghorst, R./ Wenig, M. (Hrsg.): Handbuch Sucht, Sankt Augustin 2000; DRV 1992, S. 474 ff.
Die überarbeiteten Auswahlkriterien finden Sie ab Seite 78.

Im Übrigen wird auf den Kriterienkatalog für die Beurteilung von Weiterbildungen für Einzel- und Gruppentherapeuten – Tätigkeitsfeld Sucht – von 1992 verwiesen¹.

5. Die Einrichtung muss einen ärztlichen Leiter haben. Dieser ärztliche Leiter soll die Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder zum Facharzt für Psychotherapeutische Medizin abgeschlossen haben oder eine andere Facharztqualifikation (z. B. Psychiater, Internist, Allgemeinmediziner) mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ besitzen. Im Leitungsteam müssen außerdem die Fachbereiche Psychologie und Sozialarbeit vertreten sein.

Zur abgestimmten Planung und Umsetzung der Rehabilitationsziele ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit des Rehabilitationsteams sicherzustellen.

6. In der Einrichtung muss eine in Psychotherapie ausgebildete Fachkraft vorhanden sein. Dabei kann es sich um einen Arzt oder einen approbierten psychologischen Psychotherapeuten oder einen klinischen Diplom-Psychologen oder einen Diplom-Psychologen mit vergleichbarer Aus- oder Weiterbildung handeln.
7. Für die Gruppen- und Einzeltherapie soll
 - bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen für jeweils 10 bis 12 Patienten
 - bei Drogenabhängigen für jeweils 6 bis 8 Patienteneiner der unter 4.1 bis 4.3 aufgeführten Therapeuten zur Verfügung stehen. Dieser Therapeut soll zugleich die Hauptbezugsperson für diese Patientengruppe sein.

Darüber hinaus sollen weitere übergreifend tätige Therapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Sporttherapeuten) in ausreichender Zahl und ggf. auch medizinisches Hilfspersonal vorhanden sein.

8. Die regelmäßige Fortbildung und externe Supervision des therapeutisch tätigen Personals sind sicherzustellen.
9. Der Einrichtung muss, ggf. im Wege der Kooperation mit einem fremden Labor, ein nach den anerkannten Regeln der inneren und äußeren Qualitätskontrolle arbeitendes medizinisch-technisches Labor zur Durchführung aller in Betracht kommenden klinisch-chemischen und hämatologischen Untersuchungen zur Verfügung stehen.
10. Die Einrichtung muss sowohl ökonomischen Erfordernissen gerecht werden als auch die Überschaubarkeit und die notwendige therapeutische Atmosphäre gewährleisten.

Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation (Entwöhnung) bei Abhängigkeitserkrankungen

0. Die Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung erbringen ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen. Stationäre Rehabilitation umfasst das gesamte Therapiespektrum einschließlich Unterkunft und Verpflegung. Ambulante Rehabilitation umfasst je nach individuellem Bedarf und Therapiekonzept therapeutische Einzel- und Gruppengespräche sowie ggf. weitere Therapieleistungen. Für diese Rehabilitationsformen gelten die versicherungsrechtlichen und persönlichen / medizinischen Voraussetzungen, u. a. auch das Vorliegen einer ausreichenden Motivation und die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit.

Sofern eine medizinische Leistung zur Rehabilitation zu erbringen ist, sollen die folgenden Kriterien in die Entscheidungsfindung, ob eine ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlung angezeigt ist, einbezogen werden. Diese Entscheidung setzt ausreichende Informationen über den Versicherten, den aktuellen physischen und psychischen Zustand, den Verlauf der Suchterkrankung, seine Motivation und seine soziale Situation voraus, die aus dem Sozialbericht und medizinischen Befunden hervorgehen müssen.

1. Eine ambulante Rehabilitation (Entwöhnung) kommt insbesondere in Betracht, wenn folgende Kriterien zutreffen:
- 1.1 Die Störungen auf seelischem, körperlichem und sozialem Gebiet sind so ausgeprägt, dass eine ambulante Behandlung Erfolg versprechend erscheint und eine stationäre Behandlung nicht oder nicht mehr erforderlich ist.
 - 1.2 Das soziale Umfeld des/der Abhängigkeitskranken hat (noch) stabilisierende/unterstützende Funktion. Soweit Belastungsfaktoren bestehen, müssen diese durch bedarfsgerechte therapeutische Leistungen aufgearbeitet werden. Es ist nicht ausreichend, dass die ambulante Behandlungsstelle allein die Funktion des intakten sozialen Umfeldes übernimmt.
 - 1.3 Die Herausnahme aus dem sozialen Umfeld ist nicht oder nicht mehr erforderlich, da hiervon keine maßgeblichen negativen Einflüsse auf den therapeutischen Prozess zu erwarten sind.
 - 1.4 Der/die Abhängigkeitskranke ist beruflich (noch) ausreichend integriert. Jedoch schließen Arbeitslosigkeit, fehlende Erwerbstätigkeit oder Langzeitarbeitsunfähigkeit eine ambulante Entwöhnung nicht aus. Die sich abzeichnende Notwendigkeit zur Reintegration in das Erwerbsleben wird durch eine wohnortnahe Rehabilitation unterstützt.
 - 1.5 Eine stabile Wohnsituation ist vorhanden.

¹ Das kann angenommen werden, wenn der/die Abhängigkeitskranke insbesondere während der Motivationsphase die von der Beratungsstelle bzw. Beratungs- und Behandlungsstelle gesetzten Grenzen und Vorgaben akzeptieren und einhalten konnte. Die der Rehabilitation vorangehende Motivationsphase dauert mindestens 4 Wochen, wobei ein regelmäßiger Besuch vorausgesetzt wird.

- 1.6 Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit
 - zur aktiven Mitarbeit,
 - zur regelmäßigen Teilnahme und
 - zur Einhaltung des Therapieplansin Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Entwöhnung vorhanden ist¹.
 - 1.7 Der/die Abhängigkeitskranke ist bereit und in der Lage, abstinent zu leben und insbesondere suchtmittelfrei am ambulanten Therapieprogramm regelmäßig teilzunehmen.
 - 1.8 Auch bei einem langen oder intensiven Suchtverlauf kann die Indikation für eine ambulante Entwöhnung bestehen.
 - 1.9 Ausreichende Mobilität ist vorhanden, d. h., die tägliche An- und Abfahrt z. B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist möglich. Der/die Abhängigkeitskranke muss in der Lage sein, innerhalb einer angemessenen Zeit (ca. 45 Minuten) die Einrichtung zu erreichen bzw. nach Hause zurück zu kehren.
2. Eine stationäre Rehabilitation (Entwöhnung) kommt insbesondere in Betracht, wenn eines oder mehrere der folgenden Kriterien zutreffen:
 - 2.1 Es bestehen schwere Störungen auf seelischem, körperlichem oder sozialem Gebiet, die eine erfolgreiche ambulante Rehabilitation in Frage stellen.
 - 2.2 Die Herausnahme aus einem pathogenen sozialen Umfeld (z. B. bei massiven familiären Konflikten oder destruktiven Partnerbeziehungen) ist erforderlich, um den Rehabilitationserfolg zu sichern.
 - 2.3 Das soziale Umfeld des/der Abhängigkeitskranken hat keine unterstützende Funktion. (Anmerkung: Die Behandlungsstelle allein kann die Funktion des intakten sozialen Umfeldes nicht übernehmen.)
 - 2.4 Der/die Abhängigkeitskranke ist beruflich nicht integriert und bedarf infolgedessen spezifischer Leistungen zur Vorbereitung einer beruflichen Wiedereingliederung, die ambulant nicht erbracht werden können.
 - 2.5 Eine stabile Wohnsituation ist nicht vorhanden.
 - 2.6 Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit
 - zur aktiven Mitarbeit,
 - zur regelmäßigen Teilnahme oder
 - zur Einhaltung des Therapieplansin Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Entwöhnung nicht ausreichend vorhanden ist.
 - 2.7 Der/die Abhängigkeitskranke ist nicht bereit oder nicht in der Lage, während der ambulanten Entwöhnung abstinent zu leben und insbesondere suchtmittelfrei am ambulanten Therapieprogramm teilzunehmen.
 - 2.8 Ein langer oder intensiver Suchtverlauf kann insbesondere vor dem Hintergrund der Kriterien 2.1 bis 2.7 eine Indikation für eine stationäre Entwöhnung darstellen.

Zielvorstellungen und Entscheidungshilfen für die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger in Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke bei übergangsweisem Einsatz eines Substitutionsmittels i. S. d. BUB-Richtlinien¹

² Anlage 4 wurde von allen Spitzenverbänden außer dem IKK-Bundesverband verabschiedet. Sie gilt daher nicht für die im IKK-Bundesverband zusammengeschlossenen Krankenkassen.

³ Es handelt sich hierbei um Mittel i. S. d. § 6 BUB-Richtlinien.

Krankenversicherung² und Rentenversicherung verbinden mit dem übergangsweisen Einsatz von einem Substitutionsmittel³ im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger, die bereits nach den BUB-Richtlinien substituiert werden, folgende

Zielvorstellungen:

1. Es gelten bei medizinischer Rehabilitation mit i. S. d. BUB-Richtlinien anerkannten Substitutionsmitteln im Wesentlichen die gleichen Bedingungen (bezüglich Zugang, Durchführung, Nachsorge) wie bei nicht Substitutionsmittel-gestützter (drogenfreier) Rehabilitation.
2. Auch bei Substitutionsmittel-gestützten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation ist Ziel, vollständige Abstinenz jeglicher Art von Drogen zu erreichen und zu erhalten. Das gilt auch in Bezug auf das Substitutionsmittel. Dessen Einsatz ist in diesem Sinne „übergangsweise“.
3. Medizinische Leistungen zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker können nach ausreichender Vorbereitung und bei nachgewiesener Beikonsumfreiheit auch für Versicherte bewilligt werden, die zum Zeitpunkt des Beginns der Rehabilitation noch substituiert werden.
4. Im Einzelfall kann die Substitution auch nach Beendigung der Rehabilitation als Krankenbehandlung erforderlich sein; dies kann auch für solche Versicherte gelten, die die Rehabilitationsleistung vorzeitig beendet haben (Auffangsubstitution). In diesen Fällen kann die Krankenkasse nur dann die Kosten übernehmen, wenn die weitere Substitution im Rahmen der BUB-Richtlinien zulässig ist.

Die nachfolgenden **Entscheidungshilfen** können als Grundlage für eine Substitutionsmittel-gestützte Rehabilitation Drogenabhängiger dienen:

1. Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose können auch bei Substitution ohne Beigebrauch von anderen Suchtmitteln gegeben sein.

Beim Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms durch Opioiden nach ICD-10 besteht auch unter Substitution (F11.22) i. d. R. Rehabilitationsbedürftigkeit.

¹ „Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger vom 26.04.1999“ (Anlage A Nr. 2 zu den Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V – BUB-Richtlinien – in der Neufassung vom 10.12.1999); s. Bundesanzeiger Nr. 109 vom 17.06.2000, Seite 9393 ff.; Deutsche Ärzteblatt, H. 25, vom 25.06.1999 C-1250.

Die Rehabilitationsfähigkeit darf durch psychische und körperliche Begleit- und Folgeleiden nicht in Frage gestellt werden. Sie ist nach einer entsprechenden Vorbereitung sozialmedizinisch zu beurteilen. Eine medizinische Kontraindikation liegt insbesondere vor bei: floriden Psychosen, akuter Suizidalität oder einem schweren organischen Psychosyndrom.

Eine medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger bei übergangsweisem Einsatz von einem Substitutionsmittel ist sozialmedizinisch dann begründet, wenn aus der Auswertung der gezielten Sachaufklärung (somatischer und psychischer Befund, soziale Situation, bisherige Entwicklung des Suchtverhaltens, Motivation) ein positiver Verlauf der Rehabilitation insbesondere hinsichtlich des Rehabilitationszieles zu erwarten ist. Eine positive Rehabilitationsprognose ist vor allem dann gegeben, wenn die Versicherten

- langfristig eine Abstinenz anstreben,
- über ein funktionsfähiges soziales Netz verfügen und
- über eine abgeschlossene Schul- oder Berufsausbildung verfügen.

2. Eine abstinenzorientierte, drogenfreie medizinische Rehabilitation kann aus medizinischen Gründen zur Zeit noch nicht durchgeführt werden.

Eine Substitutionsmittel-gestützte medizinische Rehabilitation bedarf zur Herstellung der Rehabilitationsfähigkeit der Vorbereitung. Für die Vorbereitung wird nach bisheriger Erfahrung von einem Zeitraum von 6 Monaten auszugehen sein. Je nach Lage des Einzelfalles kann sich dieser Zeitraum verlängern oder verkürzen.

Im Mittelpunkt der Vorbereitung stehen folgende Inhalte und Ziele:

- Sicherung bzw. Wiederherstellung der körperlichen Gesundheit, einschließlich der somatischen und psychiatrischen Befunderhebung und Behandlung zur Herstellung von Rehabilitationsfähigkeit
- Analyse des Beigebrauchsmusters, Einstellung auf die vorläufige, individuell zu bestimmende Erhaltungsdosis (Erreichen von Dosisstabilität)⁴, Freiwerden von Beigebrauch.
(Hinweis: Die vorgenannten Inhalte und Ziele sind bereits bei der Behandlung i. S. d. BUB-Richtlinien zu erfüllen.)
- Stabilisierung des sozialen Umfeldes einschließlich Beschreibung der rechtlichen Situation, der Wohnsituation sowie der finanziellen Situation
- Motivierung und Vorbereitung für eine Rehabilitation, einschließlich Erhebung des psychosozialen Befundes.

Mit Abschluss der Vorbereitung vor einer Rehabilitation müssen die oben ausgeführten Bedingungen zur Rehabilitationsfähigkeit erfüllt sein. Entsprechende Aussagen müssen sich aus dem ärztlichen Gutachten/Sozialbericht ergeben.

3. Der Drogenabhängige wird auch noch im Zeitpunkt der Reha-Antragstellung gemäß den o. a. BUB-Richtlinien substituiert oder, wenn ein Krankenversicherungsverhältnis nicht besteht, entsprechend diesen Richtlinien substituiert⁵.
4. Der/die Drogenabhängige ist neben der Substitution im Zeitpunkt der Reha-Antragstellung nachgewiesenermaßen beikonsumfrei⁶. Als beikonsumfrei gilt derjenige, der aufgrund entsprechender gesicherter medizinischer Nachweise in den letzten 4 Wochen vor Antragstellung kein Suchtmittel (illegale Drogen, Alkohol, Medikamente)⁷ konsumiert hat. Der Nachweis ist in der Regel vom substituierenden Arzt durch Offenlegung der Ergebnisse

⁴ Hinsichtlich der Erhaltungsdosis müssen erhebliche interindividuelle Wirkunterschiede berücksichtigt werden. Sie muss deshalb individuell vom substituierenden Arzt ermittelt werden und ist erreicht, wenn Opiatzugerscheinungen während mindestens 24 Std. unterdrückt bleiben und die kognitiv-motorischen Funktionen nicht beeinträchtigt sind. Diese Dosis bleibt stabil, sofern keine Interaktionen mit Medikamenten, anderen Opiaten oder Erkrankungen eintreten.

⁵ Entsprechendes gilt auch im Zeitpunkt des Antritts der Rehabilitation.

⁶ siehe Fußnote 5

⁷ Akutmedizinisch indizierte Medikation ist hiervon selbstverständlich nicht erfasst.

⁸ Diese haben sich ausdrücklich auch auf Cannabinoide zu erstrecken.

entsprechender Kontrolluntersuchungen (vor allem Urinkontrollen unter Sicht)⁸ zu führen.

5. Nach der regulären Beendigung der Rehabilitation kann eine Nachsorge oder, wenn das Reha-Ziel einer vollständigen Abdosierung nicht erreicht wird, eine Weiterbehandlung im Sinne einer Auffangsubstitution nach der Rehabilitation erforderlich werden. Eine erforderliche Nachsorge oder Weiterbehandlung wird von der Rehabilitationseinrichtung rechtzeitig eingeleitet.
6. Für die Anforderungen an die Einrichtungen, die die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger bei übergangsweisem Einsatz von einem Substitutionsmittel durchführen, gelten grundsätzlich die allgemeinen Anforderungen, die auch der abstinentenorientierten, drogenfreien medizinischen Rehabilitation zugrunde liegen. Sie betreffen die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Der substituierende Arzt muss die fachlichen Voraussetzungen für die Substitution erfüllen (vgl. o. a. BUB-Richtlinien). Die Einrichtungen müssen über ein mit der Krankenversicherung bzw. Rentenversicherung abgestimmtes Konzept für diese spezielle Indikationsgruppe verfügen. Die Rehabilitationseinrichtung hat die Zusammenarbeit mit der Substitutionsmittel-Vergabestelle, mit den psychosozialen Beratungsstellen sowie anderen an der Behandlung und Rehabilitation beteiligten Stellen sicher zu stellen.

Die Orientierung am gegenwärtig praktizierten Leistungsumfang für Versicherte mit Drogenabhängigkeit kann nur vorläufig sein. Deshalb ist es notwendig, anhand von modellhaft umgesetzten Konzepten weitere abgesicherte Erkenntnisse zu gewinnen.

Die vorgenannten Entscheidungshilfen sind zu gegebener Zeit anhand praktischer Erfahrungen bzw. neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen

Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008

Das Gemeinsame Rahmenkonzept baut auf der zwischen den Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern geschlossenen Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ aus dem Jahr 2001 auf.

Es beschreibt die Ziele, Voraussetzungen und Zielgruppen sowie die Anforderungen an die ambulanten Einrichtungen für die Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Im Vergleich zu der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ wird detailliert auf die Inhalte der Rehabilitation, Diagnostik, Dauer und Frequenz, personelle, räumliche und apparative Ausstattung, Vernetzung und die Qualitätssicherung eingegangen.

Auf der Grundlage eines von den Trägern der Deutschen Rentenversicherung vorgelegten Entwurfs haben sich die Deutsche Rentenversicherung und die Spitzenverbände der Krankenkassen auf ein „Gemeinsames Rahmenkonzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ verständigt. Die Wohlfahrtsverbände und Suchtfachverbände wurden im Rahmen von Stellungnahmen einbezogen. Einige Anregungen der Verbände wurden aufgegriffen und führten zu sinnvollen Ergänzungen des Konzepts.

Das Gemeinsame Rahmenkonzept ist am 3. Dezember 2008 in Kraft getreten.

Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008

Von diesem Rahmenkonzept werden nicht erfasst die ganztägig ambulanten Rehabilitationsleistungen (früher teilstationäre) und die ambulante Rehabilitationsnachsorge.

1. Einleitung

Ziel von Leistungen zur Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen ist es, diese zur gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu befähigen. Dazu gehören

- Erreichen und Erhaltung von Abstinenz,
- Behebung oder Ausgleich körperlicher und seelischer Störungen,
- möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft.

Die ambulante Rehabilitation ist neben stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eine Leistungsform, die bei Abhängigkeitserkrankungen im Rahmen von Entwöhnungsbehandlungen in Betracht kommt. Ambulante Leistungen werden in Wohnortnähe erbracht, wodurch die Rehabilitanden im beruflichen und sozialen Umfeld verbleiben und dies therapeutisch genutzt werden kann. Zur Umsetzung dieser Aspekte ist es wichtig, dass die Einrichtungen entsprechende Leistungen (z. B. arbeitsbezogene) in den Konzepten vorsehen und durchführen.

Ebenso kann die ambulante Rehabilitation eine gleichwertige Ergänzung zu einer stationären Leistung darstellen. Die Kombination beider Leistungsformen ermöglicht einzelfallbezogen eine individuell am Bedarf und den Bedürfnissen ausgestaltete Rehabilitationsleistung.

Grundlagen für die ambulante Entwöhnungsbehandlung sind die entsprechenden Vorschriften des SGB V, SGB VI, SGB IX sowie die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001. Ausdrücklich verwiesen wird insbesondere auf die Anlage 3 der genannten Vereinbarung, die die Kriterien für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation (Entwöhnung) bei Abhängigkeitserkrankungen definiert, sowie auf die Anlage 1, in der die Anforderungen an die Einrichtungen zur Durchführung ambulanter medizinischer Leistungen zur Rehabilitation genannt sind. Ergänzend wird auf die „Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Schriftenreihe Heft 12, 2006, hingewiesen.

Zum Ausbau einer gemeinsam zu nutzenden bedarfsgerechten ambulanten Rehabilitationsstruktur und zur Gewährleistung einer an einheitlichen Grundsätzen ausgerichteten und zielorientierten Leistungserbringung verabschieden daher

der AOK-Bundesverband,
der Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
der IKK-Bundesverband,
der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen¹,
die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,
der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.²,
der AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.³,
die Träger der Deutschen Rentenversicherung

¹ ab 1.1.2009 Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

² ab 1.1.2009 Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

³ ab 1.1.2009 Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

⁴Die in der Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht vom 29.1.1991 (beendet zum 30.6.2001) enthaltenen Aussagen werden hierbei berücksichtigt.

folgendes Gemeinsames Rahmenkonzept.⁴ Den Rehabilitationsträgern wird empfohlen, dieses Rahmenkonzept bei ihren Entscheidungen zu berücksichtigen.

2. Zielgruppen und Indikationsstellung

Der Rehabilitationsträger prüft die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und entscheidet nach Prüfung der unten aufgeführten Kriterien und unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts, welche anerkannte ambulante Rehabilitationseinrichtung in Betracht kommt. Zusätzliche Voraussetzung für die Belegung durch den Rentenversicherungsträger ist ein Vertrag mit der Rehabilitationseinrichtung.

2.1 Medizinische und persönliche Voraussetzungen/differenzielle Indikation

Die ambulante Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen setzt voraus, dass

- Rehabilitationsbedürftigkeit und
- Rehabilitationsfähigkeit bestehen,
- eine positive Rehabilitationsprognose gestellt werden kann und
- die individuellen Voraussetzungen erfüllt sind.

Bei Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung im Sinne der ICD-10 (F1x.2) besteht eine erhebliche Gefährdung oder Minderung des Leistungsvermögens. Damit ist grundsätzlich Rehabilitationsbedürftigkeit gegeben.

Eine eventuell erforderliche Entzugsbehandlung muss abgeschlossen sein.

Die sozialmedizinische Indikation zu einer ambulanten Rehabilitation hat nicht allein eine medizinische Diagnose zur Voraussetzung, sondern ergibt sich vor allem aus der zusammenfassenden Analyse und Bewertung von Schädigungen insbesondere psychischer Funktionen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Beeinträchtigungen der Teilhabe sowie der Lebenssituation des Rehabilitanden.

Ob eine Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen ambulant, ganztägig ambulant, stationär oder in einer Kombination dieser Leistungsformen durchgeführt werden soll, ist abhängig von Art und Ausmaß der Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen), der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der (drohenden) Beeinträchtigungen der Teilhabe in Folge der Krankheit, vom sozialen und beruflichen Umfeld, von den Einstellungen des Rehabilitanden, den fachlichen Einschätzungen der Behandler/Gutachter⁵ sowie dem Vorhandensein einer anerkannten⁶ ambulanten Einrichtung in Wohnortnähe, welche die Voraussetzungen der Anlage 1 der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001 erfüllt.

Neben den medizinischen Voraussetzungen für eine ambulante Rehabilitation muss

- der Rehabilitand über die zur Inanspruchnahme der Rehabilitation erforderliche Mobilität und physische und psychische Belastbarkeit verfügen,
- der Rehabilitand die ambulante Rehabilitationseinrichtung in einer angemessenen Fahrzeit (möglichst in 45 Minuten) erreichen können,
- das soziale Umfeld (noch) stabilisierende/unterstützende Funktion haben,
- eine stabile Wohnsituation vorhanden sein,
- erkennbar sein, dass die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme und zur Einhaltung des Rehabilitationsplans in Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Entwöhnung vorhanden ist,
- der abhängigkeitskranke Mensch bereit und in der Lage sein, abstinent zu leben und insbesondere suchtmittelfrei am ambulanten Rehabilitationsprogramm regelmäßig teilzunehmen.

⁵Zugunsten besserer Lesbarkeit wird auf die weibliche Form von Personen und Berufsbezeichnungen verzichtet.

⁶Die Anerkennung erfolgt durch den jeweils zuständigen Rehabilitationsträger.

⁷ Die Belastungserprobung ist nicht Teil der ambulanten Rehabilitation, sondern sollte bei Bedarf ergänzend dazu erfolgen.

Eine ambulante Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen ist vor allem indiziert, wenn folgende Aspekte und Zielsetzungen berücksichtigt werden:

- berufsbegleitende Rehabilitation bei vorhandenem Arbeitsplatz,
- Belastungserprobung am Arbeitsplatz während der Rehabilitation⁷,
- Belastungserprobung im häuslichen Bereich, alltagsnahe Training und Berücksichtigung im Rehabilitationsprozess und/oder
- Nutzung eines gesundheitsförderlichen häuslichen Umfelds (Familie) zum Erreichen des Rehabilitationsziels.

Arbeitslosigkeit, fehlende Erwerbstätigkeit oder Langzeitarbeitsunfähigkeit schließen eine ambulante Rehabilitation nicht aus.

Die Aussagen im Ärztlichen Befundbericht und Sozialbericht geben Aufschluss über die Indikationsstellung.

2.2 Ausschlusskriterien

Eine ambulante Rehabilitation bei abhängigkeitskranken Menschen ist in folgenden Fällen nicht angezeigt:

- Es bestehen schwere Störungen auf seelischem, körperlichem oder sozialem Gebiet, die eine ambulante Rehabilitation in Frage stellen, z. B. akute Intoxikation, akute Psychose, chronische psychotische Prozesse, manifeste Suizidalität, fremdgefährdendes Verhalten oder erhebliche psychische oder körperliche Komorbidität, die in einer ambulanten Einrichtung nicht ausreichend mitbehandelt werden können,
- es besteht ein den Rehabilitationserfolg behinderndes Umfeld (beispielsweise bei massiven familiären Konflikten, destruktiven Partnerbeziehungen oder bei instabiler Wohnsituation).

2.3 Diagnosespektrum nach ICD – 10

Die ambulante Rehabilitation eignet sich grundsätzlich für Rehabilitanden mit einem Abhängigkeitssyndrom durch Alkohol (ICD-10 F10.2), Opioide (ICD-10 F11.2), Cannabinoide (ICD-10 F12.2), Sedativa oder Hypnotika (ICD-10 F13.2), Kokain (ICD-10 F14.2), Halluzinogene (ICD-10 F16.2) oder multiplen Substanzgebrauch in abhängiger Weise (ICD-10 F19.2).

Die ambulante Rehabilitation bei Pathologischem Spielen (ICD-10 F 63.0) richtet sich nach den Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspiel vom 5. Februar 2001.

2.4 Antragsverfahren

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation hat der Versicherte – bzw. bei minderjährigen und noch nicht handlungsfähigen Personen (vor Vollendung des 15. Lebensjahres) der gesetzliche Vertreter – oder ggf. der gesetzliche Betreuer einen Antrag beim zuständigen Rehabilitationsträger zu stellen.

Als Antragsunterlagen werden grundsätzlich benötigt:

- Rehabilitationsantrag des Abhängigkeitskranken,
- Ärztlicher Befundbericht (Im Bereich der Krankenkassen „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ – Muster 61) und/oder ärztliches Gutachten,
- Sozialbericht der Suchtberatungsstelle bzw. eines vergleichbaren sozialen oder psychologischen Dienstes,
- ggf. sozialmedizinisches Gutachten (wird durch den jeweiligen Rehabilitationsträger eingeholt).

2.5 Anforderungen an die Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation

Vor Einleitung der Rehabilitation sollte die krankheitsbezogene Diagnostik/ Differentialdiagnostik der Grundkrankheit einschließlich evtl. vorliegender Begleiterkrankungen abgeschlossen sein, so dass die Indikation für die geeignete Rehabilitationsform gestellt werden kann. Im Rahmen einer umfassenden ärztlichen Untersuchung und einer sozialmedizinischen Einschätzung ist dabei einerseits eine detaillierte sorgfältige diagnostische Einordnung vorzunehmen. Beeinträchtigungen verschiedener psychischer Funktionen, Einschränkungen bei den unterschiedlichen Aktivitäten und der Teilhabe an diversen Lebensbereichen einschließlich der entsprechenden Kontextfaktoren sind zu berücksichtigen, wie sie in der ICF im Detail beschrieben sind.

Neben den medizinischen Unterlagen (ärztliches Gutachten/ärztlicher Befundbericht – Muster 61) wird im Rahmen der Vorbereitung und Motivierung in der Regel in einer Beratungsstelle für abhängigkeitskranke Menschen ein Sozialbericht erstellt. Dieser schließt die Krankheitsbeschreibung, die Berufs- und Sozialanamnese, das Risikoverhalten sowie den bisherigen Krankheitsverlauf ein.

Aus dem Sozialbericht müssen folgende Informationen hervorgehen:

- detaillierte Anamnese der Entwicklung der Abhängigkeitserkrankung,
- bisherige psychosoziale Diagnostik und deren Ergebnisse,
- Begleit- und Folgekrankheiten auf somatischem und psychischem Gebiet,
- Art, Häufigkeit und Umfang von Vorbehandlungen wegen der Abhängigkeitserkrankung einschließlich der Betreuung in Beratungsstellen und Teilnahme an Selbsthilfegruppen,
- Auswirkungen auf die soziale Situation (z. B. Führerscheinverlust, Arbeitsverhältnis, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Verhältnis zu Angehörigen, Wohnung, Straffälligkeit),
- Stand der Sozialisation und Beschreibung der Persönlichkeit am Beginn der Abhängigkeitsentwicklung und zum aktuellen Zeitpunkt,
- Einsichtsfähigkeit des Versicherten in die Abhängigkeit, Motivation zur Abstinenz, Prognose,
- individuelle Rehabilitationsziele,
- Frequenz und Umfang der erforderlichen Leistungen.

3. Rehabilitation

3.1 Strukturelle und konzeptionelle Anforderungen

Die ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden in einer vom zuständigen Rehabilitationsträger anerkannten Einrichtung durchgeführt.

Für den Fall, dass in einer Einrichtung unterschiedliche Leistungen erbracht werden (z. B. die ambulante Rehabilitationseinrichtung ist eine Fach-/Institutsambulanz und befindet sich in einer Klinik oder in einem Sozialzentrum der Freien Wohlfahrtspflege), muss für den Bereich der ambulanten Rehabilitation eine organisatorische Trennung von den übrigen Leistungsbereichen gegeben sein.

Zu den unabdingbaren Voraussetzungen von Einrichtungen für ambulante Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen gehört eine Rehabilitationskonzeption, die wissenschaftlich begründet ist und u. a. Aussagen zum diagnostischen Vorgehen, zu den Leistungen und zu den therapeutischen Zielen einschließlich der Leistungsdauer enthält. Die Rehabilitationsträger müssen im Rahmen der externen Qualitätssicherung die Konzepte als wesentlichen Bestandteil der Strukturqualität einer Einrichtung fachlich bewerten. Für die Bewertung von Konzepten liegt ein Leitfaden der Rentenversicherungsträger vor, der innerhalb bestimmter Grenzen Raum lässt für die Besonderheiten einzelner Einrichtungen.

gen. Weiterentwicklungen im Bereich wissenschaftlicher Forschung und Erkenntnis erfordern Anpassungen der konzeptionellen Grundlagen an den aktuellen Stand, so dass eine Überarbeitung und erneute Bewertung der Konzeption einer Einrichtung in bestimmten Zeitabständen erforderlich sind. Der Leitfaden wird in regelmäßigen Abständen von der Deutschen Rentenversicherung aktualisiert.

Neben externen Qualitätssicherungsmaßnahmen muss die Einrichtung auch über ein Konzept zum internen Qualitätsmanagement (vgl. § 20 SGB IX) verfügen. Die Rehabilitationseinrichtungen sollten die Daten des Deutschen Kernsatzes an die Deutsche Suchthilfestatistik weiterleiten.

Der interdisziplinäre, ganzheitliche und bio-psycho-soziale Rehabilitationsansatz wird durch ein eng kooperierendes Rehabilitationsteam umgesetzt.

Konzeptionell ist von Bedeutung, dass den therapeutischen Gruppengesprächen ein besonderer Stellenwert zukommt. Die Gruppengespräche werden obligatorisch durch therapeutische Einzelgespräche ergänzt. Die ambulante Rehabilitation wird bedarfsgerecht, insbesondere berufsbegleitend in den späten Nachmittags- bzw. frühen Abendstunden, angeboten.

In dem Rehabilitationskonzept ist darzustellen, wie die ambulante Rehabilitation in das gesamte Angebot der Einrichtung integriert ist. Dabei sollte auch auf Aspekte der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft eingegangen werden. Die Einrichtung muss unabhängig von dem im Rahmen der ambulanten Rehabilitation finanzierten Leistungsspektrum über ein umfassendes Behandlungs- und Betreuungsangebot für abhängigkeitskranke Menschen im ambulanten Bereich verfügen (siehe auch Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001), insbesondere:

- Diagnostik und Indikationsstellung,
- Motivationsklärung und Motivierung,
- begleitende Hilfen im sozialen Umfeld,
- Krisenintervention (während der Beratung sowie während der ambulanten Rehabilitation),
- Vorbereitung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (ambulant und stationär),
- Hilfe zur Selbsthilfe,
- Unterstützung von und Zusammenarbeit mit Suchtselbsthilfe,
- Suchtprävention,
- Beratung von Angehörigen/Bezugspersonen,
- Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Hilfesystems für Abhängigkeitskranke,
- Zusammenarbeit mit Einrichtungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Die Einrichtung, die ambulante Rehabilitation anbietet (z. B. Suchtberatungsstellen, Institutsambulanzen), kann auch im Verbund organisiert sein.

Die Mitarbeiter der Einrichtung unterliegen der Schweigepflicht. Die Einrichtung hat ihre Mitarbeiter zur Beachtung dieser Schweigepflicht und der damit zusammenhängenden datenschutzrechtlichen Vorschriften anzuhalten.

3.2 Rehabilitationsziele

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gesellschaft durch frühzeitige Einleitung der erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand

soll durch die Rehabilitation (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit und/oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (für seinen persönlichen Lebenskontext typisch) erachtet werden. Weitere wichtige Rehabilitationsziele können der weitestgehende Erhalt oder das Erreichen einer selbständigen Lebensführung und die Verhinderung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit sein. Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe nach ICF können z. B. bestehen in den Bereichen „Lernen und Wissensanwendung“, „Kommunikation“, „Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen“ aber auch „Mobilität“ (z. B. das Führen eines Kraftfahrzeuges), „Erziehung/ Bildung“ oder „Arbeit und Beschäftigung“.⁸

⁸Quelle: Siehe: ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, 2006, ISBN 3-87360-046-3 oder kostenloser Download unter www.dimdi.de

Diese Ziele können erreicht werden durch:

- Entwicklung und Festigung von Krankheitseinsicht,
- Training der Compliance,
- Auseinandersetzung mit Wertvorstellungen,
- Förderung der Motivation zur Veränderung,
- Herstellung und Erhaltung möglichst dauerhafter Abstinenz,
- Behebung oder Verminderung der Schädigungen insbesondere psychischer Funktionen,
- Verminderung des Schweregrads der Beeinträchtigung der Aktivitäten oder Wiederherstellung gestörter Fähigkeiten,
- Kompensation (Ersatzstrategien),
- Krankheitsverarbeitung,
- Verbesserung der Kontextfaktoren durch Aufbau sozialer Netzwerke zu nicht-abhängigkeitskranken Menschen.

Als Rehabilitationsziele können genannt werden:

Verbesserung der

- Körperfunktionen und Körperstrukturen, insbesondere der psychischen Funktionen wie Verminderung von negativen Affekten, Stärkung und/oder Differenzierung von Selbstwahrnehmung/Selbstwertgefühl, Umgang mit Krisensituationen und Rückfall,
- Aktivitäten z. B. in den Bereichen Beziehungs- und Leistungsfähigkeit, Tagesstrukturierung,
- Teilhabe wie soziale und berufliche Integration bzw. Reintegration, Klärung der finanziellen und juristischen Situation, Aufbau und/oder Intensivierung von Freizeitaktivitäten.

3.3 Inhalte der Rehabilitation

Die Rehabilitationsplanung bzw. die Koordinierung der einzelnen Behandlungselemente erfolgen durch das interdisziplinäre Rehabilitationsteam unter der Verantwortung des leitenden Arztes und unter Beteiligung des Rehabilitanden.

Die wesentlichen Elemente der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker sind:

- therapeutische Gruppen- und Einzelgespräche sowie
- Einbeziehung von Bezugspersonen.

Bei bestehendem Bedarf kommen im Rahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation begleitend folgende Rehabilitationsangebote in Betracht:

- medizinische Behandlung,
- sozialrechtliche Beratung,
- Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft,
- Gesundheitsbildung,
- Ergotherapie und Kreativtherapie,
- Sport- und Bewegungstherapie,

- Entspannungsverfahren,
- Ernährungsberatung.

Bei der Durchführung der therapeutischen Gespräche ist immer eine Kombination von Einzel- und Gruppengesprächen vorzusehen. Die ausschließliche Durchführung von Einzelgesprächen ist nicht zu akzeptieren, weil der Rehabilitand fähig sein muss, in Gruppen mitzuarbeiten. Andererseits muss ihm im Einzelfall auch die Möglichkeit gegeben werden, in einer Zweisituation über seine Schwierigkeiten zu sprechen und zu reflektieren.

Bei der Durchführung der therapeutischen Gruppengespräche soll die Gruppenstärke für Alkohol- und Medikamentenabhängige bei zehn bis zwölf Rehabilitanden und für Drogenabhängige bei sechs bis acht Rehabilitanden liegen. Sollen beide Gruppen von Abhängigkeitskranken gemeinsam rehabilitiert werden, muss dies im Konzept der Einrichtung unter Angabe der vorgesehenen Gruppengröße verankert sein.

Ein therapeutisches Gruppengespräch dauert grundsätzlich 100 Minuten, ein therapeutisches Einzelgespräch grundsätzlich 50 Minuten.

Auch im Bereich der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker sind arbeitsbezogene Maßnahmen als begleitende Angebote notwendig und sollten daher das Therapieangebot erweitern (z. B. Rahmenkonzept Kombibehandlung der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz).

3.4 Rehabilitationsdiagnostik und Rehabilitationsplan

Die Diagnostik ergibt sich aus dem Rehabilitationskonzept.

Sie umfasst obligatorisch:

- medizinische, psychosoziale und berufliche Anamnese,
- „Sucht“-Anamnese,
- eingehende körperliche allgemeine und neurologische Untersuchung,
- Erhebung des psychischen bzw. psychopathologischen Befundes, ggf. Assessments,
- Bestimmung rehabilitationsrelevanter Laborparameter.

Bei Bedarf müssen konsiliarische Untersuchungen veranlasst werden. Auf der Grundlage der Ergebnisse der Rehabilitationsdiagnostik werden die Rehabilitationsziele und -teilziele und ein individueller Rehabilitationsplan gemeinsam mit dem Rehabilitanden entwickelt.

Besprechungen des Rehabilitationsteams zum Verlauf sind regelmäßig durchzuführen. Der Rehabilitationsplan ist dem Verlauf anzupassen. Änderungen im Bereich der Körperfunktionen und Körperstrukturen (insbesondere psychischer Funktionen und Krankheitsverständnis), der Aktivitäten sowie der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft sind in regelmäßigen Abständen zu dokumentieren.

3.5 Rückfallbearbeitung

Der Rückfall gehört zum chronischen Krankheitsgeschehen eines abhängigkeitskranken Menschen und führt nicht zwangsläufig zum Abbruch einer Leistung zur Teilhabe. Voraussetzung für die Fortsetzung der Rehabilitationsleistung ist ein konstruktiver und offener Umgang mit dem Rückfall. Der Rehabilitand muss zu einer ausführlichen Aufarbeitung des individuellen Rückfalls und der auslösenden Faktoren fähig und bereit sein.

Dazu muss von der Rehabilitationseinrichtung geprüft werden, ob es sich um ein Rückfallgeschehen handelt, bei dem eine Rückfallbearbeitung gemäß dem Rehabilitationskonzept durchgeführt und die Rehabilitation nach ärztlicher und therapeutischer Bewertung Erfolg versprechend fortgeführt werden kann. Kann nach einem Rückfall keine hinreichend günstige Rehabilitationsprognose für die weitere Durchführung der ambulanten Rehabilitation gestellt werden, ist die Maßnahme zu beenden. Ist ggf. eine erneute Entzugsbehandlung im Krankenhaus erforderlich und/oder ein Wechsel der Behandlungsform angezeigt, ist dem Rehabilitationsträger eine entsprechende Empfehlung zur Entscheidung vorzulegen.

3.6 Substitutionsgestützte Rehabilitation Drogenabhängiger

Bei einer ambulanten, substitutionsgestützten Rehabilitation Drogenabhängiger gelten die Zielvorstellungen und Entscheidungshilfen der Anlage 4 der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001. Insbesondere sind eine stabile Dosis des Substitutionsmittels und Beikonsumfreiheit erforderlich. Die maximale Eingangsdosis ist je nach Substitut in den Einrichtungskonzepten festzulegen.

Dosisstabilität ist erreicht, wenn Opiatentzugserscheinungen während mindestens 24 Stunden unterdrückt bleiben. Diese Dosis bleibt stabil, sofern keine Interaktionen mit Medikamenten, anderen Opiaten oder Erkrankungen eintreten. Hinsichtlich der Erhaltungsdosis müssen individuell erhebliche Wirkunterschiede berücksichtigt werden.

Als beikonsumfrei gilt derjenige, der aufgrund entsprechend gesicherter medizinischer Nachweise vier Wochen vor Antragstellung keine(n) illegalen Drogen, Alkohol, Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial (Ausnahme: akutmedizinisch indizierte Medikation, Substitutionsmittel) konsumiert. Kontrolluntersuchungen (vor allem Urinkontrollen unter Sicht) sind vom substituierenden Arzt durchzuführen und zu dokumentieren. Die Ergebnisse sind unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen bei Bedarf offen zu legen.

Als grundsätzliches Ziel ist die vollständige Abstinenz auch vom Substitutionsmittel anzustreben. Im Konzept ist von der Rehabilitationseinrichtung darzulegen, mit welchen therapeutischen Maßnahmen und welchem Zeitraster im Rahmen des Rehabilitationsplans vollständige Abstinenz beim Patienten angestrebt wird.

3.7 Rehabilitationsdauer und Frequenz der therapeutischen Angebote

Grundsätzlich soll die Rehabilitationsdauer den individuellen Bedürfnissen des Rehabilitanden angepasst werden. In der Regel werden in einem Zeitraum von bis zu 12 Monaten bis zu 80 Einheiten, d. h. therapeutische Einzel- und Gruppengespräche, sowie bis zu 8 Gespräche mit Angehörigen/Bezugspersonen durchgeführt. Daraus ergibt sich eine durchschnittliche Frequenz von ca. 3 Einheiten in 2 Wochen. Abweichungen müssen im Rehabilitationskonzept vereinbart werden.

Um die Ziele der medizinischen Rehabilitation zügig zu erreichen und diese von sporadischen Gesprächskontakten abzugrenzen, ist eine geringere Behandlungsfrequenz in der Regel nicht angezeigt.

Mehr als zwei Rehabilitationseinheiten pro Tag und Rehabilitand sind im Rahmen der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker grundsätzlich nicht möglich und nicht abrechnungsfähig. Davon abweichende konzeptionelle Regelungen sind mit den Rehabilitationsträgern zu vereinbaren.

Längere Unterbrechungen der Rehabilitationsleistung über zwei Wochen sind nicht sinnvoll und stellen die Rehabilitationsbedürftigkeit (und damit die Fortführung der Rehabilitationsleistung) in Frage (vgl. Ziff. 3.8). Abweichungen, z. B. bei urlaubsbedingter Abwesenheit, sind mit dem Rehabilitationsträger im Einzelfall abzusprechen.

In fachlich ausreichend begründeten Einzelfällen kann die ambulante Rehabilitation auf maximal bis zu insgesamt 18 Monaten und insgesamt bis zu 120 Einheiten plus 12 Gespräche mit Angehörigen/Bezugspersonen nach vorheriger Zustimmung durch den Rehabilitationsträger verlängert werden.

Durch einen entsprechenden Bericht über den bisherigen Verlauf sowohl in somatischer als auch in psychosozialer Hinsicht sind die Gründe darzulegen, warum z. B. das Erreichen des Rehabilitationsziels sich verzögert hat bzw. auf welche Weise im Verlängerungszeitraum welche Rehabilitationsziele noch erreicht werden sollen. Eine sozialmedizinische Stellungnahme zur Prognose hinsichtlich des Leistungsvermögens im Erwerbsleben ist abzugeben. Bei Leistungszuständigkeit der Krankenkassen ist für die Beantragung der Verlängerung der einheitliche „Verlängerungsantrag Rehabilitationsleistungen für Abhängigkeitskranke“ zu verwenden.

Sollte die ambulante Rehabilitation Teil einer Kombinationsbehandlung in Form einer Weiterbehandlung nach oder auch im Wechsel mit einer stationären Behandlung sein, werden in der Regel 40 plus 4 Einheiten in 6 Monaten zu veranschlagen sein.

3.8 Beendigungskriterien

Die ambulante Rehabilitation ist regulär zu beenden, wenn die Rehabilitationsziele erreicht sind.

Die ambulante Rehabilitation ist nicht-regulär zu beenden, wenn

- störende und nicht behebbare Einflüsse aus dem sozialen Umfeld den Rehabilitationserfolg gefährden,
 - die Teilnahme am Rehabilitationsprogramm nicht regelmäßig erfolgt,
 - die Mitarbeit weder tragfähig noch ausreichend ist,
 - ein Rückfall bagatellisiert oder geleugnet wird,
 - anhaltende Rückfälligkeit besteht und/oder
 - eine andere Behandlungsform angezeigt ist
- und somit die Rehabilitationsziele durch die ambulante Rehabilitation nicht erreichbar sind.

Ein Entlassungsbericht ist bei regulärer Entlassung spätestens innerhalb von 2 Wochen zu erstellen und dem Rehabilitationsträger einzureichen. Bei Unterbrechung der Rehabilitation ist innerhalb von zwei Wochen zu klären, ob die Rehabilitation fortgesetzt wird. Der Entlassungsbericht ist bei Nichtfortsetzung der Rehabilitation spätestens in den folgenden zwei Wochen zu erstellen. Erst nach Vorlage eines Entlassungsberichtes auf trägerspezifischem Formular ist die Leistung vollständig erbracht.

Hinweise zur Erstellung können dem Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung entnommen werden.

4. Personelle Ausstattung

4.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation

Dem interdisziplinären Rehabilitationsteam gehören folgende Berufsgruppen an, die über qualifizierte Aus- und Weiterbildungen sowie über Berufserfahrung in der Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen verfügen:

Arzt

Ärztlicher Leiter und Stellvertreter mit den Gebietsbezeichnungen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie (früher Psychotherapeutische Medizin) oder Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Innere Medizin oder Allgemeinmedizin mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie und Suchtmedizinische Grundversorgung.

Der Arzt muss über ausreichende Erfahrungen in der Behandlung abhängigkeitskranker Menschen verfügen. Er sollte möglichst 2 Jahre Berufserfahrung in der Behandlung abhängigkeitskranker Menschen haben und die Zusatzbezeichnungen Sozialmedizin und/oder Rehabilitationswesen führen.

Diplom-Psychologe

Mindestens **ein** Diplom-Psychologe mit mindestens 2 Jahren Berufserfahrung in der Suchtkrankenarbeit/medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen soll vorhanden sein.

Diplom-Psychologen müssen entweder als Psychologischer Psychotherapeut approbiert sein oder eine psychotherapeutische Weiterbildung oder eine auf das Tätigkeitsfeld Sucht bezogene Weiterbildung auf psychotherapeutischer Grundlage absolviert haben.

Angestrebt wird bei Neuanstellungen die Approbation als Psychologischer Psychotherapeut.

Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagogen

Mindestens ein Diplom-Sozialarbeiter und/oder Diplom-Sozialpädagoge mit mindestens 2 Jahren Berufserfahrung in der Suchtkrankenarbeit/medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker.

Diplom-Sozialarbeiter und Diplom-Sozialpädagogen müssen eine auf das Tätigkeitsfeld Sucht bezogene Weiterbildung auf psychotherapeutischer Grundlage absolviert haben.

Für die Durchführung der begleitenden Therapieangebote kommen folgende Berufsgruppen in Betracht:

- Ergotherapeut/Kreativtherapeut
- Sporttherapeut/Diplom-Sportlehrer
- Diätassistent/Diplom-Oecotrophologe.

Die begleitenden Therapieangebote müssen von dafür fachlich qualifiziertem Personal durchgeführt werden.

Alle Mitarbeiter der ambulanten Rehabilitationseinrichtung sind diagnostisch, anamnestisch, behandlungsplanerisch, dokumentationsbezogen und die Berichterstattung betreffend zu einer intensiven und austauschorientierten Zusammenarbeit verpflichtet. Dies wird in der Regel durch Fallbesprechungen, Teambesprechungen und externe Supervision umgesetzt.

In therapeutischer Weiterbildung befindliche Mitarbeiter können in Co-Therapeutenfunktion beschäftigt werden. Dabei sollte das Verhältnis 1:2 **bezogen auf**

das Verhältnis Co-Therapeuten zu Therapeuten nicht überschritten werden. Die auf das Tätigkeitsfeld Sucht bezogenen Weiterbildungen auf psychotherapeutischer Grundlage müssen durch die Deutsche Rentenversicherung Bund zur Anerkennung empfohlen worden sein.

4.1.1 Aufgaben des Arztes

Die ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker steht unter der Leitung und Verantwortung eines Facharztes (vgl. Ziffer 4.1).

Der Arzt ist sowohl inhaltlich als auch formal für die Umsetzung des Rehabilitationskonzepts im Rahmen der Vorgaben der Rehabilitationsträger verantwortlich.

Zu den Aufgaben des Arztes gehören neben der therapeutischen Tätigkeit:

- Anamneseerhebung; allgemeinärztliche, körperliche Untersuchung; neurologische und psychiatrische Untersuchung mit Befunddokumentation,
- ggf. Empfehlung weiterer Diagnostik und Therapie,
- Abstimmung und Verantwortung des Rehabilitationsplans und Rehabilitationsziels (z. B. welche Therapiefrequenz, Stellungnahme zur Belastung für ergänzende Therapieangebote),
- Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen und Dokumentation,
- Leitung der Fall- und Teambesprechungen, ggf. Teilnahme an der Supervision⁹,
- Informationsaustausch mit den behandelnden Ärzten und/oder Kliniken,
- verantwortliches Erstellen des Entlassungsberichts mit sozialmedizinischer Beurteilung gemäß dem Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht,
- konzeptionelle Weiterentwicklung.

⁹ Die Teilnahme an der externen Supervision ist verpflichtend, wenn der Arzt zusätzlich auch als Therapeut tätig ist.

4.1.2 Aufgaben der Diplom-Psychologen und der Diplom-Sozialarbeiter/ Diplom-Sozialpädagogen

Hierzu gehören:

- Abstimmung der individuellen Rehabilitationsziele und eines Rehabilitationsplans mit dem Rehabilitanden und dem Arzt,
- Durchführung der therapeutischen Gruppen- und Einzelgespräche inkl. Vor- und Nachbereitung,
- Durchführung der Gespräche mit Bezugspersonen inkl. Vor- und Nachbereitung,
- Hilfen bei Kriseninterventionen,
- Dokumentation der therapeutischen Leistungen und Durchführung der notwendigen Qualitätssicherungsmaßnahmen,
- Zwischenbilanzierung und Verlaufsbericht einschließlich Erstellung eines therapeutischen Verlaufsberichts,
- ergänzende Erhebung der Sucht- und Sozialanamnese (weitere Klärung der sozialen und beruflichen Situation) einschließlich Dokumentation,
- Teilnahme an Fall- und Teambesprechungen,
- Teilnahme an der externen Supervision,
- Mitarbeit bei der Katamnese,
- Mitarbeit bei Erstellung des Entlassungsberichts,
- Außentermine im Rahmen der Kooperation, Koordinations- und Organisationsaufgaben,
- konzeptionelle Weiterentwicklung.

Von den Diplom-Psychologen wird zusätzlich folgende Leistung erbracht:

- psychologische Diagnostik.

Von den Diplom-Sozialarbeitern / Diplom-Sozialpädagogen werden folgende Leistungen erbracht:

- Hilfen im sozialen Umfeld (z. B. Kontakte mit Arbeitgebern, Hilfestellung bei der Vermittlung eines Arbeitsplatzes/bei der Reintegration in das berufliche Umfeld, sozialrechtliche Beratung),
- Kooperation mit in der Nachsorge eingebundenen Sozialen Diensten sowie Selbsthilfegruppen.

4.2 Personalbemessung

Mindestens drei therapeutische Mitarbeiter (Diplom-Psychologen, Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagogen) müssen hauptberuflich in der Einrichtung tätig sein.

Je nach Ausrichtung des Rehabilitationskonzeptes müssen darüber hinaus weitere Therapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Sporttherapeuten) in ausreichender Zahl und ggf. auch medizinisches Hilfspersonal vorhanden sein.

Zusätzlich müssen anteilig Mitarbeiter für Verwaltungsaufgaben, Urlaubs- und Krankheitsvertretung zur Verfügung stehen.

Gemäß den in Ziffer 4.1.1 aufgeführten Aufgaben ist bei den vorgesehenen Gruppenstärken der Arzt mit mindestens drei Stunden in der Woche pro Gruppe zu berücksichtigen.

5. Räumliche und apparative Ausstattung

Die räumliche Ausstattung muss so bemessen und beschaffen sein, dass das Rehabilitationskonzept qualifiziert umgesetzt werden kann.

Es sollten angemessene Räumlichkeiten vorhanden sein für

- Gruppentherapie,
- Einzeltherapie,
- Gespräche mit Angehörigen/Bezugspersonen,
- spezielle Diagnostik und medizinische Untersuchung.

Da die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für abhängigkeitskranke Menschen in der Regel in den Räumen von Suchtberatungsstellen durchgeführt werden, ist davon auszugehen, dass entsprechende Sanitärbereiche, Wartebereiche und Versammlungsräume für sonstige Aktivitäten vorhanden sind.

Die apparative Ausstattung muss die Diagnostik und Therapie der ambulanten medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen nach dem aktuellen Wissensstand gewährleisten. Dies beinhaltet auch entsprechende Möglichkeiten für eine adaptive Diagnostik.

Die Räume müssen barrierefrei zugänglich sein.

6. Qualitätssicherung

In § 20 SGB IX wird die Einführung einer Qualitätssicherung auch für die ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker gefordert. Einrichtungsbezogene Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung stellen eine wichtige Grundlage dafür dar, die in den Einrichtungen durchgeführte Rehabilitation qualitativ und quantitativ einzuschätzen und zu verbessern. Die fachliche Diskussion über die Weiterentwicklung der Rehabilitation in den Rehabilitationseinrichtungen wird dadurch unterstützt.

Die für die Rehabilitation der Renten- und Krankenversicherung bereits entwickelten und erfolgreich eingesetzten Qualitätssicherungsinstrumente und -verfahren sollten in vergleichbarer Weise für alle rehabilitativen Versorgungsbereiche genutzt werden. Spezifische Bedingungen dieser Versorgungsbereiche

¹⁰ vgl. Abschlussbericht der Arbeitsgruppe Prof. Koch, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung zur Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation, kurz: ARGE, 2005

sind dabei angemessen zu berücksichtigen. Deshalb wurden im Auftrag der Renten- und Krankenversicherung für den Indikationsbereich der Abhängigkeitserkrankungen Vorschläge für Instrumente zur Messung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erarbeitet¹⁰. Die Entwicklung erfolgte auf der Basis des vorhandenen Qualitätssicherungsinstrumentariums der „BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation“ vom 20. Oktober 2000 und der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001.

Die externe Qualitätssicherung (QS) und das interne Qualitätsmanagement (QM) der Rehabilitationseinrichtungen sollen möglichst aufeinander abgestimmt sein. Visitationen als Verfahren zur externen QS haben sich in der stationären Praxis seit Jahren bewährt. Ihre methodische Qualität ist wissenschaftlich erwiesen. Eine Anpassung des Verfahrens an die besonderen Bedingungen der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist erforderlich. Dabei ist es sinnvoll, Aktivitäten des internen QM zu unterstützen.

Die Rentenversicherung hat im Jahr 2006 begonnen, QS-Instrumente für den Routineeinsatz vorzubereiten, zunächst die Rehabilitandenbefragung zur Messung der Rehabilitandenzufriedenheit und des subjektiven Reha-Outcomes. Ergänzend wird eine Verbesserung der Dokumentationsqualität der Reha-Entlassungsberichte incl. der therapeutischen Leistungen¹¹ angestrebt. Die Vollständigkeit dieser Dokumentation sollte durch eine einrichtungsbezogene Rückmeldung sichergestellt werden. Diese Auswertungen in Kombination mit anderen Instrumenten können langfristig vergleichende Auswertungen und aussagekräftige Rückmeldungen an die Einrichtungen ermöglichen. Methodische Probleme, insbesondere die relativ lange Maßnahmedauer und die im Vergleich zu allen anderen Versorgungsarten diskontinuierliche Leistungserbringung sowie die Tatsache, dass viele der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen über das Jahr nur eine geringe Fallzahl aufweisen, müssen so gelöst werden, dass sie nicht zu einer Beeinträchtigung der Versorgung führen und die Belegung von kleineren Einrichtungen nicht generell in Frage stellen.

¹¹ KTL-Klassifikation therapeutischer Leistungen

7. Vernetzung und bedarfsgerechte Versorgung

Kontakte zu den vorbehandelnden, begleitenden und nachbehandelnden Stellen sind unerlässlich, um den fachlichen Austausch sicherzustellen und weiterführende Maßnahmen frühzeitig einzuleiten.

Die Rehabilitationseinrichtungen sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Rehabilitanden und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen (§ 11 Abs. 4 SGB V).

Zu den Kooperationspartnern gehören u. a. Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Suchtberatungsstellen, andere ambulante Rehabilitationsstellen, Rehabilitationsfachkliniken, Selbsthilfegruppen, Arbeitgeber, Betriebe einschl. Betriebliches Eingliederungsmanagement, Agenturen für Arbeit, Job-Center, Arbeitsprojekte, Ausbildungsstätten der Region, Reha-Fachberatung, Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation, Integrationsfachdienste und andere Behörden.

Die Angebotsstruktur ist von den regionalen Gegebenheiten und den Möglichkeiten der Anbieter abhängig und in jedem Fall mit den Rehabilitationsträgern abzusprechen. Auf eine Region bezogen wird zu berücksichtigen sein, ob bereits Stellen für die Durchführung von ambulanter Rehabilitation vorhanden sind und wie sich deren Auslastung darstellt. Dies wird sich insbesondere an der Gruppenstärke und der Anzahl der bestehenden Gruppen in den einzelnen ambulanten Rehabilitationseinrichtungen erweisen.

8. Finanzierung

Die Kosten für die therapeutischen Einzel- und Gruppengespräche im Rahmen der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker werden pauschaliert vergütet. Über die Höhe der Pauschale stimmen sich die Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger ab. Leistungsauslösend sind therapeutische Einzel- bzw. Gruppengespräche für Versicherte sowie für Bezugspersonen. Die Kostenpauschale setzt sich aus allen Anteilen zusammen, die zur Durchführung einer ambulanten Rehabilitation notwendig sind, das beinhaltet auch begleitende Therapieangebote.

Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 18. August 2011

Die Deutsche Rentenversicherung und die Gesetzliche Krankenversicherung haben sich auf ein „Gemeinsames Rahmenkonzept zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ verständigt.

Dieses Rahmenkonzept baut auf der zwischen den Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern geschlossenen Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ aus dem Jahr 2001 auf. Es beschreibt die Ziele, Voraussetzungen und Zielgruppen sowie die Anforderungen an die ganztägig ambulanten Entwöhnungseinrichtungen für die Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Es wird detailliert auf die Inhalte der Rehabilitation, Diagnostik, Dauer und Frequenz, personelle, räumliche und apparative Ausstattung der Einrichtungen, Vernetzung und die Qualitätssicherung eingegangen.

Die Suchtfachverbände wurden im Rahmen von Stellungnahmen eingebunden. Bei einer gemeinsamen Erörterung mit den Suchtfachverbänden wurden Anregungen der Verbände aufgegriffen und führten zu Ergänzungen des Konzepts.

Das Gemeinsame Rahmenkonzept ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten.

Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 18. August 2011

1. Einleitung

Ziel von Leistungen zur Teilhabe abhängigkeitskranker Menschen ist es, diese zur gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu befähigen.

Dazu gehören:

- Erreichen und Erhaltung von Abstinenz,
- Behebung oder Ausgleich körperlicher und psychischer Störungen,
- möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft.

¹ Zugunsten besserer Lesbarkeit wird auf die weibliche Form von Personen und Berufsbezeichnungen verzichtet.

Die ambulante Rehabilitation ist neben stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eine Leistungsform, die bei Abhängigkeitserkrankungen im Rahmen von Entwöhnungsbehandlungen in Betracht kommt. Ambulante Leistungen werden in Wohnortnähe erbracht, wodurch die Rehabilitanden¹ im beruflichen und/oder sozialen Umfeld verbleiben und dies therapeutisch genutzt werden kann. Zur Umsetzung dieser Aspekte ist es wichtig, dass die Einrichtungen entsprechende Leistungen (z. B. arbeitsbezogene Leistungen, Einbezug von Angehörigen) in den Konzepten vorsehen und durchführen.

Die ambulante Rehabilitation gehört zum Leistungsspektrum der Rehabilitation. Die Kombination der verschiedenen Leistungsformen ermöglicht einzelfallbezogen eine individuell am Bedarf und den Bedürfnissen ausgestaltete Rehabilitationsleistung.

² Das Rahmenkonzept schließt die ganztägig ambulante Entlassphase mit ein.

Als besondere Form der ambulanten Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen wird vorwiegend in Ballungszentren die **ganztägig ambulante Rehabilitation** angeboten (auch als Kombibehandlung oder ganztägig ambulante Entlassphase²). Dabei sind die Abende und je nach Konzept meist auch die Wochenenden therapiefrei; der Rehabilitand befindet sich tagsüber – im Vergleich zur (niedrigfrequenten) ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker³ – sechs bis acht Stunden in der Einrichtung.

³ vgl. Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008

Der besondere Vorteil dieser Behandlungsform für geeignete Rehabilitanden besteht darin, dass einerseits der unmittelbare Bezug zum familiären und sozialen Umfeld durch die Einbindung z. B. von Angehörigen, Arbeitgebern, Betriebsärzten, niedergelassenen Ärzten, Psychotherapeuten und Suchtberatungsstellen erhalten bleibt, andererseits aber das komplexe und intensive Angebot (z. B. ohne Unterbringung und Vollverpflegung) einer stationären Entwöhnungseinrichtung genutzt werden kann. Dabei ist es möglich, gezielt Maßnahmen für das eigene häusliche Umfeld in der Therapie zu entwickeln, die kurzfristig in die Lebensrealität übertragen werden können. Dadurch wird die Gefahr von Rückfällen durch Überforderung und Angst bei einer plötzlichen Konfrontation im Alltag reduziert, allerdings müssen die Rehabilitanden eine entsprechende Stabilität aufweisen. Auch ein Kontakt zu Selbsthilfegruppen am Wohnort kann so schon während der Rehabilitation aufgebaut oder fortgeführt werden. Die ganztägig ambulante Rehabilitation erfordert daher aufgrund ihres differenzierten Behandlungsansatzes spezifische Indikations- und Zuweisungskriterien, die unter Ziffer 4 dargestellt sind.

Bitte lesen Sie ab Seite 17.

Die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ finden Sie ab Seite 3.

Grundlagen für die – auch ganztägige – ambulante Entwöhnungsbehandlung sind die entsprechenden Vorschriften des SGB V, SGB VI, SGB IX sowie die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001. Ausdrücklich verwiesen wird insbesondere auf die Anlage 3 der genannten Vereinbarung, die die Kriterien für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation (Entwöhnung) bei Abhängigkeitserkrankungen definiert, sowie auf die Anlage 1, in der die Anforderungen an die Einrichtungen zur Durchführung ambulanter medizinischer Leistungen zur Rehabilitation genannt sind. Ergänzend wird auf die „Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Schriftenreihe Heft 12, 2006, hingewiesen.

Das Rahmenkonzept finden Sie ab Seite 17.

Für den Bereich der ambulanten medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen haben die Deutsche Rentenversicherung und die Gesetzliche Krankenversicherung ein gemeinsames Rahmenkonzept vom 3. Dezember 2008 verabschiedet, welches allerdings ausdrücklich ganztägig ambulante Rehabilitationsleistungen nicht umfasst.

Zum Ausbau einer gemeinsam zu nutzenden bedarfsgerechten ganztägig ambulanten Rehabilitationsstruktur und zur Gewährleistung einer an einheitlichen Grundsätzen ausgerichteten und zielorientierten Leistungserbringung verabschieden daher

- der GKV-Spitzenverband,
- der AOK-Bundesverband,
- der BKK-Bundesverband GbR,
- der IKK e.V.,
- der Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung,
- die Knappschaft,
- der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) und
- die Träger der Deutschen Rentenversicherung

folgendes gemeinsames Rahmenkonzept. Den Rehabilitationsträgern wird empfohlen, dieses Rahmenkonzept bei ihren Entscheidungen zu berücksichtigen.

2. Abgrenzung zwischen ambulanter Rehabilitation und ganztägig ambulanter Rehabilitation

Die ganztägig ambulante Rehabilitation unterscheidet sich von der (niedrigfrequenten) ambulanten Rehabilitation deutlich in Dichte und Dauer der therapeutischen Angebote. Im Wesentlichen entspricht das ganztägig ambulante Therapieangebot dem einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker mit dem Unterschied, dass die Rehabilitanden nicht auf den stützenden, strukturierten Rahmen der Einrichtung abends und am Wochenende angewiesen sind. Des Weiteren ermöglicht die Behandlungsform eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit dem Lebensumfeld.

3. Rehabilitationsziele

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft durch frühzeitige Einleitung der erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand soll durch die Rehabilitation (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit und/oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (für seinen persönlichen Lebenskontext typisch) erachtet werden. Weitere wichtige Rehabilitationsziele können der weitestgehende Erhalt oder das Erreichen einer selbständigen Lebensführung und die Verhinderung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit sein. Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe können

z. B. bestehen in den Bereichen „Lernen und Wissensanwendung“, „Kommunikation“, „Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen“, „Mobilität“, „Erziehung/Bildung“ oder „Arbeit und Beschäftigung“.

Als Rehabilitationsziele können genannt werden:

- Verbesserung der Körperfunktionen und Körperstrukturen, insbesondere der psychischen Funktionen wie Verminderung negativer Affekte,
- Stärkung und/oder Differenzierung von Selbstwahrnehmung/Selbstwertgefühl,
- Umgang mit Krisensituationen und Rückfall,
- Verbesserung der Aktivitäten z. B. in den Bereichen Beziehungs- und Leistungsfähigkeit, Tagesstrukturierung und
- Verbesserung der Teilhabe wie soziale und berufliche Integration bzw. Reintegration, Klärung der finanziellen und juristischen Situation, Aufbau und/oder Intensivierung von Freizeitaktivitäten.

Diese Ziele können erreicht werden durch bzw. stehen in engem Zusammenhang mit Prozessen wie:

- Herstellung und Erhaltung möglichst dauerhafter Abstinenz,
- Weiterentwicklung und Verfestigung von Krankheitseinsicht,
- Training der Compliance,
- Auseinandersetzung mit Wertvorstellungen,
- Förderung der Motivation zur Veränderung,
- Behebung oder Verminderung der Schädigungen insbesondere psychischer Funktionen,
- Verminderung des Schweregrads der Beeinträchtigung der Aktivitäten oder Wiederherstellung gestörter Fähigkeiten,
- Kompensation der Suchtmittelfunktion,
- Krankheitsverarbeitung und
- Verbesserung der Kontextfaktoren durch Aufbau sozialer Netzwerke zu nicht-abhängigkeitskranken Menschen.

4. Zielgruppen und Indikationsstellung

Der Rehabilitationsträger prüft die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und entscheidet nach Prüfung der unten aufgeführten Kriterien und unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts, ob eine ganztägig ambulante Rehabilitation angezeigt ist und welche anerkannte ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtung in Betracht kommt. Zusätzliche Voraussetzung für die Belegung durch den Rentenversicherungsträger ist ein Vertrag mit der Rehabilitationseinrichtung nach § 21 SGB IX, durch die Krankenkassen eine vertragliche Regelung für die Erbringung von Leistungen nach § 40 Abs. 1 SGB V⁴.

⁴Gesetzliche Änderung zum 1.1.2012 geplant durch GKV-Versorgungsstrukturgesetz – § 111c SGB V (neu) – Ergänzung dann: „i.V.m. § 111c SGB V“

4.1 Medizinische und persönliche Voraussetzungen/differenzielle Indikation

Die ganztägig ambulante Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen setzt voraus, dass

- Rehabilitationsbedürftigkeit und
- Rehabilitationsfähigkeit bestehen,
- eine positive Rehabilitationsprognose gestellt werden kann und
- die individuellen Voraussetzungen erfüllt sind.

Bei Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung im Sinne der ICD-10 (F1x.2) besteht eine erhebliche Gefährdung oder Minderung des Leistungsvermögens. Damit ist grundsätzlich Rehabilitationsbedürftigkeit gegeben.

Eine eventuell erforderliche Entzugsbehandlung muss vor Beginn der ganztägig ambulanten Entwöhnungsbehandlung abgeschlossen sein. Es muss sicherge-

stellt werden, dass bei Beginn der Rehabilitation keine Entzugssymptome mehr vorliegen. Die Entzugsbehandlung und Entwöhnungsbehandlung sollten nahtlos erfolgen.

Die sozialmedizinische Indikation zu einer ganztägig ambulanten Rehabilitation hat nicht allein eine medizinische Diagnose zur Voraussetzung, sondern ergibt sich vor allem aus der zusammenfassenden Analyse und Bewertung von Schädigungen insbesondere auch psychischer Funktionen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Beeinträchtigungen der Teilhabe sowie der Lebenssituation des Rehabilitanden.

Ob eine Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen ambulant, ganztägig ambulant, stationär oder in einer Kombination dieser Leistungsformen durchgeführt werden soll, ist abhängig von Art und Ausmaß der Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen), der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der (drohenden) Beeinträchtigung der Teilhabe in Folge der Krankheit, vom sozialen und beruflichen Umfeld, von den Einstellungen des Rehabilitanden und den fachlichen Einschätzungen der Behandler bzw. Gutachter sowie der Verfügbarkeit entsprechender Angebote.

Neben der Schwere der Abhängigkeitserkrankung ist die professionell eingeschätzte Abstinenzfähigkeit – gemessen an entsprechend gelebten Erfahrungen – das zentrale Beurteilungselement für die Indikation einer ganztägig ambulanten Rehabilitation. Die Aussagen im ärztlichen Befundbericht und im Sozialbericht geben darüber Aufschluss. Die im Folgenden beschriebenen Kriterien sind als Anhaltspunkte für eine differenzierte Entscheidung zu werten, die auf einer kritischen Gesamtwertung der individuellen Ressourcen und Beeinträchtigungen des Rehabilitanden beruhen und auch durch die Bereitschaft des Rehabilitanden beeinflusst sind, sich auf eine ganztägig ambulante Rehabilitation einlassen zu können.

4.1.1 Indikationskriterien

Folgende Kriterien bilden die Grundlage für die Indikationsstellung zur ganztägig ambulanten Rehabilitation in Abgrenzung zur ambulanten oder stationären Rehabilitation:

- Die Störungen auf psychischem, körperlichem und sozialem Gebiet können voraussichtlich ganztägig ambulant erfolgreich behandelt werden.
- Der Rehabilitand benötigt ein intensives und strukturiertes Behandlungsangebot.
- Der Rehabilitand ist fähig, in den therapiefreien Zeiten selbständig abstinent zu leben.
- Ein im Vergleich zur niedrigfrequenten ambulanten Rehabilitation relativ hochfrequenter Einsatz psycho- und sozialtherapeutischer und unterstützender Behandlungsmethoden ist erforderlich.
- Eine stabile Wohnsituation ist vorhanden.
- Das soziale Umfeld hat unterstützende Funktion.
- Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur Teilnahme und Einhaltung der Regularien der ganztägig ambulanten Rehabilitation vorhanden ist.
- Der Rehabilitand sollte ausreichend belastbar sein, um am Rehabilitationsprogramm teilnehmen zu können und während der ganztägig ambulanten Rehabilitation abstinent zu bleiben.
- Der Rehabilitand sollte in der Lage sein, die Rehabilitationseinrichtung in einer angemessenen Fahrzeit (möglichst in 45 Minuten) zu erreichen.

Im Einzelfall wird eine Gewichtung der einzelnen Indikationskriterien unter Berücksichtigung der Gesamtsituation vorgenommen.

4.1.2 Ausschlusskriterien

Eine ganztägig ambulante Rehabilitation ist in folgenden Fällen nicht (mehr) angezeigt:

- Es bestehen schwere Störungen auf psychischem, körperlichem oder sozialem Gebiet, die eine ganztägig ambulante Rehabilitation in Frage stellen, z. B. akute Intoxikation, akute Psychose, chronische psychotische Prozesse, manifeste Suizidalität, fremdgefährdendes Verhalten oder erhebliche psychische oder körperliche Komorbidität, die in einer ambulanten Einrichtung nicht ausreichend mitbehandelt werden können.
- Es besteht ein den Rehabilitationserfolg behinderndes Umfeld (beispielsweise bei massiven familiären Konflikten, destruktiven Partnerbeziehungen oder bei instabiler Wohnsituation).
- Es besteht keine ausreichende Fähigkeit und/oder Bereitschaft zur Einhaltung des Behandlungsprogramms und/oder zur abstinenter Lebensweise während der ganztägig ambulanten Rehabilitation.

4.2 Diagnosespektrum nach ICD-10

Die ganztägig ambulante Rehabilitation eignet sich grundsätzlich für Rehabilitanden mit einem Abhängigkeitssyndrom durch Alkohol (ICD-10 F10.2), Opiode (ICD-10 F11.2), Cannabinoide (ICD-10 F12.2), Sedativa oder Hypnotika (ICD-10 F13.2), Kokain (ICD-10 F14.2), Halluzinogene (ICD-10 F16.2) oder multiplen Substanzgebrauch in abhängiger Weise (ICD-10 F19.2).

Die ganztägig ambulante Rehabilitation bei Pathologischem Spielen (ICD-10 F63.0) richtet sich nach den Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspiel vom 5. Februar 2001.

4.3 Antragsverfahren

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation hat der Versicherte – bzw. bei minderjährigen und noch nicht handlungsfähigen Personen (vor Vollendung des 15. Lebensjahres) der gesetzliche Vertreter – oder ggf. der gesetzliche Betreuer einen Antrag beim zuständigen Rehabilitationsträger zu stellen.

Als Antragsunterlagen werden grundsätzlich benötigt:

- Rehabilitationsantrag des Abhängigkeitskranken,
- Ärztlicher Befundbericht (für die Krankenkassen ist die „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ – Muster 61 – erforderlich) und/oder ärztliches Gutachten,
- Sozialbericht der Suchtberatungsstelle bzw. eines vergleichbaren sozialen oder psychologischen Dienstes,
- ggf. sozialmedizinisches Gutachten (wird durch den jeweiligen Rehabilitationsträger eingeholt).

4.4 Anforderungen an die Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation

Vor Einleitung der Rehabilitation sollte die krankheitsbezogene Diagnostik/ Differentialdiagnostik der Grundkrankheit einschließlich evtl. vorliegender Begleiterkrankungen im Wesentlichen abgeschlossen sein, so dass die Indikation für die geeignete Rehabilitationsform gestellt werden kann. Im Rahmen einer umfassenden ärztlichen Untersuchung und einer sozialmedizinischen Einschätzung ist dabei eine detaillierte diagnostische Einordnung vorzunehmen. Einschränkungen verschiedener psychischer Funktionen, Beeinträchtigungen bei den unterschiedlichen Aktivitäten und der Teilhabe an diversen Lebensbereichen einschließlich der entsprechenden Kontextfaktoren sind zu berücksichtigen, wie sie in der ICF⁴ im Detail beschrieben sind.

⁴ siehe: ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – www.dimdi.de

Neben den medizinischen Unterlagen (ärztliches Gutachten/ärztlicher Befundbericht – Muster 61) wird im Rahmen der Vorbereitung und Motivierung in der Regel ein Sozialbericht durch eine Suchtberatungsstelle bzw. einen vergleichbaren sozialen oder psychologischen Dienst erstellt. Dieser schließt die Krankheitsbeschreibung, die Berufs- und Sozialanamnese, das Risikoverhalten sowie den bisherigen Krankheitsverlauf ein.

Aus dem Sozialbericht müssen folgende Informationen hervorgehen:

- detaillierte Anamnese der Entwicklung der Abhängigkeitserkrankung einschließlich Angaben zur Abstinenz,
- bisherige psychosoziale Diagnostik und deren Ergebnisse,
- Begleit- und Folgekrankheiten auf somatischem und psychischem Gebiet,
- Art, Häufigkeit und Umfang von Vorbehandlungen wegen der Abhängigkeitserkrankung einschließlich der Betreuung in Beratungsstellen und Teilnahme an Selbsthilfegruppen,
- Auswirkungen auf die soziale Situation (z. B. Führerscheinverlust, Arbeitsverhältnis, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Verhältnis zu Angehörigen, Wohnung, Straffälligkeit),
- Stand der Sozialisation und Beschreibung der Persönlichkeit am Beginn der Abhängigkeitsentwicklung und zum aktuellen Zeitpunkt,
- Einsichtsfähigkeit des Versicherten in die Abhängigkeit, Motivation zur Abstinenz, Prognose,
- Behandlungsbereitschaft,
- individuelle Rehabilitationsziele und
- Hinweise zur Rehabilitationsform.

5. Rehabilitation

5.1 Strukturelle und konzeptionelle Anforderungen

Die ganztägig ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden in einer eigenständigen, vom zuständigen Rehabilitationsträger anerkannten Einrichtung durchgeführt. Für den Fall, dass in einer Entwöhnungseinrichtung unterschiedliche Leistungen erbracht werden, muss für den Bereich der ganztägig ambulanten Rehabilitation eine organisatorisch-strukturelle Trennung von den übrigen Leistungsbereichen gegeben sein. Dies gilt nicht für die ganztägig ambulante Entlassphase und für gemeinsame therapeutische Angebote. Die Bereiche müssen die jeweils spezifischen Strukturanforderungen erfüllen.

Zu den unabdingbaren Voraussetzungen für ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtungen gehört neben einer sachgerechten Qualifikation des Personals (siehe Ziffer 6) eine Rehabilitationskonzeption, die wissenschaftlich begründet ist und u.a. Aussagen zum diagnostischen Vorgehen, zu den Leistungen und zu den therapeutischen Zielen einschließlich der Leistungsdauer enthält. Die Rehabilitationsträger müssen im Rahmen der Anerkennung und externen Qualitätssicherung die Konzepte als wesentlichen Bestandteil der Strukturqualität einer Einrichtung fachlich bewerten. Für die Erstellung und Bewertung von Konzepten liegt ein Gemeinsamer Leitfaden⁵ der Deutschen Rentenversicherung und Gesetzlichen Krankenversicherung vor, der innerhalb bestimmter Grenzen Raum lässt für die Besonderheiten einzelner Einrichtungen. Weiterentwicklungen aus dem Bereich wissenschaftlicher Forschung und anderer Erkenntnisbereiche erfordern Anpassungen der konzeptionellen Grundlagen an den aktuellen Stand, so dass eine Überarbeitung und erneute Bewertung der Konzeption einer Einrichtung in bestimmten Zeitabständen erforderlich sind. Der Leitfaden für die Bewertung von Konzepten wird in regelmäßigen Abständen von der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung ebenfalls aktualisiert.

⁵ www.deutsche-rentenversicherung.de > Fachinfos > Sozialmedizin & Forschung > Reha-Wissenschaften > Reha-Konzepte > Konzepte > Gemeinsamer Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 23. September 2011 www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/grundsatzpapiere/rahmenkonzept_abhaengigkeitskranke_2012/index.htm

Den Leitfaden finden Sie ab Seite 54.

Neben externen Qualitätssicherungsmaßnahmen (vgl. Ziffer 8) muss die Einrichtung auch über ein Konzept zum internen Qualitätsmanagement (vgl. § 20 Abs. 2 Satz 1 SGB IX) verfügen. Das interne Qualitätsmanagement muss die Rückmeldungen aus externen Qualitätssicherungsmaßnahmen und die aus internen Quellen, z. B. aus Ergebnissen von Patientenbefragungen oder Beschwerden, in eine stetige Prozessverbesserung überführen. Die Ergebnisse des Qualitätsmanagements sind regelmäßig zu veröffentlichen.

Die Rehabilitationseinrichtungen leiten die Daten des Deutschen Kerndatensatzes an die Deutsche Suchthilfestatistik weiter. Die Durchführung einer Routinekatamnese gemäß dem Deutschen Kerndatensatz Katamnese zum Nachweis der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges wird empfohlen.

Der interdisziplinäre, ganzheitliche und bio-psycho-soziale Rehabilitationsansatz (vgl. ICF) wird durch ein eng miteinander kooperierendes, multiprofessionelles Rehabilitationsteam umgesetzt.

Therapeutischen Gruppengesprächen kommt ein besonderer Stellenwert zu. Diese werden obligatorisch durch therapeutische Einzelgespräche und andere therapeutische Leistungen ergänzt.

Vor allem im Hinblick auf Aspekte der Teilhabe am Erwerbsleben sollten arbeitsbezogene Maßnahmen als therapeutische Leistungen in Form von sozialrechtlicher Beratung, Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben, sozialer Gruppenarbeit und arbeitsplatzbezogenen Interventionen erbracht werden. Arbeitsbezogene Interventionen sind ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Rehabilitation; sie dienen der beruflichen Orientierung und Re-Integration, die bei Abhängigkeitskranken nachweislich einen stabilisierenden Faktor für eine dauerhafte Abstinenz darstellen und das Rückfallrisiko minimieren. Zentrale Ziele sind die Förderung der Grundarbeitsfähigkeit, sozialer Fähigkeiten und des Selbstbilds. Je nach Zielgruppe und beruflicher Problemlage (z. B. Konflikte am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit) sind unterschiedliche Schwerpunktsetzungen erforderlich.

Ein Rehabilitationskonzept muss – neben den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – auch Interventionen beschreiben, die zur Teilhabe am Leben in Gemeinschaft beitragen und den Betroffenen fördern, Alltagsaktivitäten umzusetzen und die selbständige Versorgung (wieder) zu erlernen. In komplexen Fällen ist bei multiplem Behandlungs- und Interventionsbedarf eine begründete Priorisierung dieser Interventionen festzulegen.

Maßnahmen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zielen auf Aufbau und Festigung von Schlüsselqualifikationen. Dazu gehören z. B. die Grundfähigkeiten in Pünktlichkeit, Ausdauer, Verlässlichkeit, Sorgfalt, Arbeitstempo, Konzentration und Merkfähigkeit. Im Bereich der sozialen Fähigkeiten bedeutet dies beispielsweise den Umgang und die Zusammenarbeit in einer Gruppe zu erlernen, die eigene Kritikfähigkeit aufzubauen und eine konsistente Selbsteinschätzung zu erreichen.

Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft kann auch bedeuten:

- Stabilisierung vorhandener sozialer Kontakte bzw. Aufbau neuer Kontakte, die ein suchtmittelfreies Leben unterstützen,
- Sicherung der Wohnsituation,
- Einleitung der Schuldenregulierung und
- Erlernen von befriedigenden Freizeitaktivitäten.

Für Menschen, die aufgrund ihrer psychischen oder physischen Einschränkungen von Pflegebedürftigkeit bedroht sind, sind im Einzelfall besondere Interventionen im Rahmen der Maßnahme vorzusehen.

Im Rehabilitationskonzept muss dargestellt werden, wie auf individuelle Bedarfslagen eingegangen wird und welche spezifischen Angebote für verschiedene Rehabilitandengruppen vorgehalten werden.

Im Konzept ist darüber hinaus insbesondere einzugehen auf:

- Diagnostik und Indikationsstellung,
- Motivationsklärung und weitere Motivierung,
- begleitende Hilfen im sozialen Umfeld,
- Krisenintervention während der ganztägig ambulanten Rehabilitation,
- Vorbereitung auf das Erfordernis weiterer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Hilfen zur Selbsthilfe,
- Unterstützung von und Zusammenarbeit mit der Suchtselbsthilfe,
- Suchtprävention bezogen auf die Rehabilitanden,
- Beratung von Angehörigen und Bezugspersonen,
- Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Hilfesystems für Abhängigkeitskranke und
- Zusammenarbeit mit Einrichtungen zur Förderung beruflicher Integration und Betrieben in der Region ggf. unter Einbezug des Reha-Fachberaters.

Die Mitarbeiter der Einrichtungen unterliegen der Schweigepflicht. Die Einrichtung hat ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Beachtung dieser Schweigepflicht anzuhalten und die damit zusammenhängenden datenschutzrechtlichen Vorschriften einzuhalten. Hierzu gehört auch die strikte Trennung medizinischer Daten und nicht-medizinischer Allgemein-, Sozial- und Verwaltungsdaten.

Die Einrichtung muss mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder entsprechenden Fahrdiensten erreichbar sein.

5.2 Rehabilitationsdiagnostik und Rehabilitationsplanung

Die Diagnostik ergibt sich aus dem Rehabilitationskonzept. Sie umfasst obligatorisch:

- medizinische, psychosoziale und berufliche Anamnese,
- „Sucht“-Anamnese,
- eingehende körperliche allgemeine und neurologische Untersuchung,
- Erhebung des psychischen bzw. psychopathologischen Befundes, ggf. Assessments und
- Bestimmung rehabilitationsrelevanter Laborparameter.

Bei Bedarf müssen konsiliarische Untersuchungen veranlasst werden.

Auf der Grundlage der Ergebnisse der Rehabilitationsdiagnostik werden die Rehabilitationsziele und -teilziele und ein individueller Rehabilitationsplan gemeinsam mit dem Rehabilitanden entwickelt.

Besprechungen des Rehabilitationsteams zum Verlauf sind regelmäßig durchzuführen. Der Rehabilitationsplan ist dem Verlauf anzupassen. Änderungen im Bereich der Körperfunktionen und Körperstrukturen (insbesondere psychischer Funktionen), des Krankheitsverständnisses, der Aktivitäten sowie der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft sind in regelmäßigen Abständen zu dokumentieren.

Auf der Grundlage der differenzierten Diagnostik und der gemeinsam abgestimmten Therapieziele ist für jeden Rehabilitanden ein detaillierter individueller Rehabilitationsplan zu erstellen, der die Zielsetzungen der verschiedenen Therapiebereiche mit einschließt und sich an einer langfristigen Strategie zur Bewältigung der Abhängigkeitserkrankung und ihrer Folgen sowie am Erreichen der individuellen Teilhabe orientiert. Er ist vom Arzt gesamtverantwortlich unter Beteiligung der anderen Mitglieder des Rehabilitationsteams zu erstellen, im Laufe der Behandlung der aktuellen Situation anzupassen und im Entlassungsbericht zu dokumentieren. Rehabilitanden und ggf. Angehörige/Bezugspersonen sind bei der Erstellung des Rehabilitationsplans bzw. der Anpassung einzubeziehen, nicht zuletzt, um eine aktive Mitwirkung bei der Umsetzung zu begünstigen.

Bei der Planung der Rehabilitation (sowie auch bei der Umsetzung der entsprechenden Behandlungselemente) sind die verschiedenen Ebenen des bio-psycho-sozialen Modells zu berücksichtigen.

Zur Erstellung eines Rehabilitationsplans gehört auch die Berücksichtigung weiterführender Leistungen, d. h. neben der ggf. erforderlichen Anregung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch die Vorbereitung der Nachsorge, ggf. auch Informationen zu pflegerischen Bedarfen, Leistungen nach SGB VIII (Jugendhilfe) und SGB XI (Pflege). Darüber hinaus ist die Kontaktaufnahme zu geeigneten Selbsthilfegruppen während der Rehabilitation verbindlich zu organisieren.

Ein individuell zugeschnittener Rehabilitationsplan ordnet – im Vergleich zu standardisierten Angeboten – die verschiedenen therapeutischen Angebote der Rehabilitationseinrichtung sinnvoll je nach individueller Problemkonstellation zu. Bei der konkreten Ausformung der patientenorientierten therapeutischen Angebote sind neben altersspezifischen Aspekten auch die unterschiedlichen Ausgangssituationen von Frauen und Männern sowie geschlechtsspezifische Problemlagen während und nach der Rehabilitation zu berücksichtigen.

5.3 Inhalte der Rehabilitation

Bei den Rehabilitationseinrichtungen gehören zu den Leistungsinhalten im Rahmen eines ganzheitlichen Ansatzes folgende Behandlungsinhalte:

→ Medizinische Therapie

Hierunter ist die Behandlung körperlicher und psychischer Begleit- und Folgeerkrankungen der Abhängigkeitserkrankung zu verstehen, soweit sie mit den Mitteln der Rehabilitationseinrichtung mitbehandelt werden können.

→ Psychotherapie/Suchttherapie

Im Vordergrund stehen psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche. Es wird eine Kombination aus therapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen sowie ergänzenden Angeboten (z. B. nonverbale und körperorientierte Verfahren) erwartet.

Im Rehabilitationskonzept sind Dauer und Frequenz der therapeutischen Einzel- und Gruppengespräche darzustellen.

→ Soziale Beratung

Hierbei geht es auch unter Beachtung der nachfolgenden Ausführungen unter „Arbeits-/Ergotherapie und arbeitsbezogene Maßnahmen“ um die Aufarbeitung ungelöster sozialer Probleme (z. B. finanzielle Schwierigkeiten, Umgang mit Ämtern) sowie die Vermittlung an entsprechende Fachdienste und Selbsthilfegruppen.

→ Arbeits-/Ergotherapie und arbeitsbezogene Maßnahmen

Ergo- und arbeitstherapeutische Strategien einschließlich der Berücksichtigung neuropsychologischer Aspekte und die jeweilige Entwicklung eines individual-spezifischen medizinischen, bei Erwerbstätigen eines medizinisch-beruflichen Behandlungsansatzes sind zentrale Elemente der medizinischen Rehabilitation.

Aufgabe dieser Maßnahmen ist, die Fähigkeiten der Rehabilitanden im Bereich der Arbeitshandlungen zu erweitern und zu verbessern. Hierbei kommen insbesondere folgende Maßnahmen zur Anwendung:

- Training und Maßnahmen zur Stärkung von Ausdauer und Motivation,
- Erweiterung der sozialen Kompetenz zur Entwicklung von Eigeninitiative am Arbeitsplatz wie auch im alltäglichen Leben,
- Hilfen zur Problembewältigung am Arbeitsplatz,
- Arbeits- und Belastungserprobung,
- Überprüfung von Selbsteinschätzung und Fremdbeurteilung und
- Interessenfindung und Gespräche mit Vertretern des Arbeitgebers, der Arbeitsagentur bzw. der Reha-Berater.

Inhalte, individuelle Schwierigkeiten bei der Umsetzung und Ergebnisse der tätigkeitsorientierten Ergotherapie und der Arbeitstherapie müssen in den Gesamtprozess einfließen und vom therapeutischen Team berücksichtigt werden. Es ist auf die Bedeutung arbeitsbezogener Faktoren für die Aufrechterhaltung seelischer Störungen zu achten, die eine Gefährdung der Abstinenz darstellen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit ergo- und arbeitstherapeutischer Angebote zur Übung berufs- und alltagsrelevanter Praktiken. Hierzu gehört auch die Durchführung externer Belastungserprobungen und Praktika, letzteres insbesondere bei bestehender Arbeitslosigkeit.

Bei Arbeitslosigkeit oder drohender Arbeitslosigkeit kann die Rehabilitationseinrichtung auch Bewerbungstraining und Schulungskurse anregen oder durchführen.

→ Beschäftigungs- und Kreativtherapie

Hier stehen der spielerische, kreative Umgang mit Material und der Selbsterfahrungsaspekt im Vordergrund, um den persönlichen Ausdruck mit symbolischen Mitteln anzuregen. Bestimmte Themen aus der Psychotherapie können im Umgang mit unterschiedlichsten Materialien aufgegriffen und auf diese Weise in einem anderen Medium weiter bearbeitet werden.

→ Physio-, Bewegungs- und Sporttherapie

Hauptelemente sind Krankengymnastik, Sport- und Bewegungstherapie und physikalische Therapie. Diese Maßnahmen beinhalten die rehabilitative Behandlung von begleitend aufgetretenen somatischen Erkrankungen. Ferner dienen sie der Stabilisierung bzw. Wiedererlangung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Die Angebote unterstützen den psychotherapeutischen Prozess durch Stärkung sozialer Kompetenz und Verbesserung der Körperwahrnehmung zur Erlangung eines positiven Körpergefühls. Ausdauer, Koordination, Flexibilität und Kraft zur Erhaltung bzw. zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit werden gesteigert. Im Vordergrund stehen Gruppenbehandlung, Bewegungstraining und die Motivation zum eigenständigen Üben.

→ Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining

Mit Gesundheitsbildung und Gesundheitstraining stehen funktionierende Instrumente zur Verfügung, um die Prinzipien der Selbstverantwortung und Selbstbestimmung umzusetzen. Diese Programme zielen darauf ab, die Mitarbeit (Compliance) des Rehabilitanden zu verbessern und seine Fähigkeiten zum selbstverantwortlichen Umgang mit seiner Erkrankung (Selbstmanagement)

in Kooperation mit professioneller Hilfe zu stärken. Die Rehabilitanden sollen durch den Erwerb von Wissen, Fertigkeiten und Kompetenzen in die Lage versetzt werden, informiert Entscheidungen bezüglich ihrer Lebensführung zu treffen (Empowerment). Als grundlegende Elemente solcher Programme gelten:

- systematische (lernzielorientierte) Planung,
- methodisch-didaktische Aufbereitung in Form eines manualisierten Curriculums,
- Berücksichtigung der kognitiven, emotionalen und praktischen Ebene der Einstellungs- und Verhaltensänderung (Mehrdimensionalität),
- themenzentrierte und rehabilitandenorientierte Vorgehensweise und
- interaktive Gestaltung in der Kleingruppe unter Einbeziehung der Erfahrungen der Betroffenen.

Therapeutische Angebote zur Tabakentwöhnung sind anzubieten, ggf. kann mit externen Leistungsanbietern kooperiert werden.

→ Ernährungsberatung

Bei Abhängigkeitskranken kommt es häufig zu gastrointestinalen Erkrankungen, ernährungsbedingten Unter- und Übergewicht und Erkrankungen durch Fehlernährung. Gewichtsregulierung und selbstverantwortlicher Umgang mit Stoffwechselkrankheiten, Veränderung suchtspezifischer Essgewohnheiten, erforderlichenfalls auch der Erwerb praktischer Erfahrungen in der Herstellung von Mahlzeiten unter ernährungsphysiologischen Gesichtspunkten, machen einen Teil der Therapieziele aus. Kontinuierlich werden während der gesamten Rehabilitation Fragen der gesunden Ernährung thematisiert. Als Teil des allgemeinen Gesundheitstrainings sollte der Diätassistent/Diplom-Oecotrophologe Gruppenberatungen und nach Bedarf auch Einzelberatungen durchführen und praktische Übungen leiten.

→ Gesundheits- und Krankenpflege

In der Rehabilitation Abhängigkeitskranker kommt den Gesundheits- und Krankenpflegern eine ergänzende Funktion bei der Gestaltung des rehabilitativen Milieus zu. Besondere Kenntnisse der Behandlung von Abhängigkeitskranken werden erwartet. Die Pflege (z. B. die Umsetzung ärztlicher Anordnungen und Verschreibungen, Ausgabe von Medikamenten oder das Anlegen von Verbänden), die Mitgestaltung des Gesundheitstrainings und der Dokumentation sowie die Kontrolle der Suchtmittelfreiheit gehören zu den Aufgaben dieser Berufsgruppe. Insbesondere bei der Behandlung der häufig auftretenden Begleit- und Folgeerkrankungen wirken die Gesundheits- und Krankenpfleger umfassend mit.

→ Freizeitgestaltung

Zielsetzung ist im Wesentlichen, dass Freizeit sinnvoll gestaltet und ein gewisser Ausgleich nicht nur zur Arbeitswelt geschaffen, sondern auch der suchtmittelfreie Raum befriedigend erlebt wird. Sinnvollere Freizeitgestaltung lässt sich auch über Sport und Bewegung vermitteln.

→ Zusammenarbeit mit Angehörigen

Angehörigenarbeit in Form von Paar- und Familiengesprächen oder -seminaren bzw. vergleichbare Arbeit mit sonstigen Bezugspersonen finden begleitend und unterstützend statt. Gerade bei der ganztägig ambulanten Rehabilitation besteht durch die wohnortnahe Behandlung die Möglichkeit, Angehörige besser in den Rehabilitationsverlauf mit einzubeziehen, als dass dies in stationären Rehabilitationseinrichtungen wohnortfern manchmal möglich ist.

5.4 Rückfallbearbeitung

Der Rückfall gehört zum chronischen Krankheitsgeschehen eines abhängigkeitskranken Menschen und führt nicht zwangsläufig zum Abbruch einer Leistung zur Teilhabe. Voraussetzung für die Fortsetzung der Rehabilitationsleistung ist ein konstruktiver und offener Umgang mit dem Rückfall. Der Rehabilitand muss zu einer ausführlichen Aufarbeitung des individuellen Rückfalls und der auslösenden Faktoren fähig und bereit sein.

Dazu muss von der Rehabilitationseinrichtung geprüft werden, ob es sich um ein Rückfallgeschehen handelt, bei dem eine Rückfallbearbeitung gemäß dem Rehabilitationskonzept der Einrichtung durchgeführt und die Rehabilitation nach ärztlicher und therapeutischer Bewertung Erfolg versprechend fortgeführt werden kann. Kann nach einem Rückfall keine hinreichend günstige Rehabilitationsprognose für die weitere Durchführung der ganztägig ambulanten Rehabilitation gestellt werden, ist die Maßnahme zu beenden. Ist ggf. eine erneute Entzugsbehandlung erforderlich und/oder ein Wechsel der Behandlungsform angezeigt⁶, ist dem Rehabilitationsträger zeitnah eine entsprechende Empfehlung zur Entscheidung vorzulegen.

⁶In der Rentenversicherung kann hierzu das Formular G410 genutzt werden: www.deutsche-rentenversicherung.de > Services > Formulare & Anträge > Formulare von A-Z > nach Formularnummer

⁷Abbauprodukt von Alkohol im Urin

Zur Rückfallerkennung und -prävention sind indikationsabhängig regelmäßige Alkoholkontrollen (z. B. Atemalkoholkontrollen oder Ethylglucuronid⁷ (ETG)-Untersuchungen) sowie Medikamenten- und Drogenscreenings durchzuführen.

5.5 Substitutionsgestützte Rehabilitation Drogenabhängiger

Bei einer substitutionsgestützten Rehabilitation Drogenabhängiger gelten die Zielvorstellungen und Entscheidungshilfen der Anlage 4 der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001. Insbesondere sind eine stabile Dosis des Substitutionsmittels und Beikonsumfreiheit erforderlich.

Dosisstabilität ist erreicht, wenn Opiatentzugserscheinungen während mindestens 24 Stunden unterdrückt bleiben. Diese Dosis bleibt stabil, sofern keine Interaktionen mit Medikamenten, anderen Opiaten oder Erkrankungen eintreten. Hinsichtlich der Erhaltungsdosis müssen individuell erhebliche Wirkunterschiede berücksichtigt werden.

Als beikonsumfrei gilt derjenige, der aufgrund entsprechend gesicherter medizinischer Nachweise mindestens vier Wochen vor Antragstellung keine(n) illegalen Drogen, Alkohol, Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial (Ausnahme: akutmedizinisch indizierte Medikation, Substitutionsmittel) konsumiert hat. Kontrolluntersuchungen (vor allem Urinkontrollen unter Sicht) sind von der Einrichtung durchzuführen und zu dokumentieren. Die Ergebnisse sind unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen bei Bedarf gegenüber dem Rehabilitationsträger offen zu legen.

Als grundsätzliches Ziel ist die vollständige Abstinenz auch vom Substitutionsmittel anzustreben. Im Rehabilitationsplan ist von der Rehabilitationseinrichtung darzulegen, mit welchen therapeutischen Maßnahmen und welchem Zeitraster, ggf. auch nach Abschluss der Rehabilitation, eine vollständige Abstinenz beim Rehabilitanden angestrebt wird.

5.6 Rehabilitationsdauer und Frequenz der therapeutischen Angebote

Die Therapieangebote finden in der Regel in der Zeit von etwa 09:00 bis 17:00 Uhr an fünf bis sechs Tagen statt. Die Mindesttherapiedauer beträgt montags bis freitags sechs Stunden, samstags vier Stunden.

Der Wochenplan setzt sich in der Regel zusammen aus
→ ärztlicher Beratung/Therapie,

- Einzel- und Gruppen-Psychotherapie,
- sozialer Beratung,
- Arbeits-/Ergotherapie und arbeitsbezogenen Maßnahmen,
- Beschäftigungs- und Kreativtherapie,
- Physio-, Bewegungs- und Sporttherapie,
- psychoedukativen Angeboten zu Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining,
- Ernährungsberatung,
- Angeboten zur Freizeitgestaltung,
- Maßnahmen zur Rückfallprävention sowie
- Angeboten zur Verbesserung der Teilhabe am Arbeitsleben sowie am Leben in der Gemeinschaft einschließlich begleitender Hilfen im sozialen Umfeld.

Auch Angehörigengespräche werden angeboten. Für jeden Rehabilitanden ist ein individueller Wochenplan zu erstellen.

Grundsätzlich soll die Rehabilitationsdauer den individuellen Bedürfnissen des Rehabilitanden angepasst werden. Die Dauer variiert je nach vorliegender Grunderkrankung – Alkoholabhängigkeit oder Medikamentenabhängigkeit oder Abhängigkeit von illegalen Drogen – und nach dem Ausmaß der sozialen Desintegration bzw. Integration. Die Gesamtbehandlungsdauer der Rehabilitation sollte in der Regel **bis zu 12 Wochen bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen** und **bis zu 20 Wochen bei Drogenabhängigen** liegen. Die Bewilligungsdauer orientiert sich an den akzeptierten Rehabilitationskonzepten.

Unterbrechungen der Rehabilitationsleistung können aus medizinischen Gründen notwendig sein. Darüber sollte primär der Arzt der Rehabilitationseinrichtung entscheiden. Unterbrechungen der Rehabilitationsleistung können die Rehabilitationsbedürftigkeit (und damit die Fortführung der Rehabilitationsleistung) in Frage stellen (vgl. Ziffer 5.8). Abweichungen, z. B. bei Abwesenheit aus nichtmedizinischen wichtigen Gründen, sind mit dem Rehabilitationsträger im Einzelfall abzusprechen.

Für die Beantragung einer Verlängerung ist bei Leistungszuständigkeit der Krankenkassen der einheitliche „Verlängerungsantrag Rehabilitationsleistungen für Abhängigkeitskranke“ zu verwenden. Bei der Rentenversicherung steht den Einrichtungen in der Regel ein Verweildauerbudget zur Verfügung. Sollte dies nicht der Fall sein, kann das Formular G410 verwendet werden. Ist ein Verlängerungsantrag erforderlich, sind die Gründe durch einen entsprechenden Bericht über den bisherigen Verlauf sowohl in somatischer als auch in psychosozialer Hinsicht darzulegen. Insbesondere ist zu begründen, warum z. B. das Erreichen des Rehabilitationsziels sich verzögert hat bzw. durch welche Maßnahmen im Verlängerungszeitraum welche Rehabilitationsziele noch erreicht werden sollen. Eine sozialmedizinische Stellungnahme zur Prognose hinsichtlich des Leistungsvermögens im Erwerbsleben ist abzugeben.

5.7 Weitere Leistungen

Um das Rehabilitationsziel zu erreichen bzw. den Rehabilitationserfolg langfristig zu stabilisieren, können im Anschluss an die ganztägig ambulante Rehabilitation weitere Leistungen erforderlich sein.

Zum Beispiel kann es notwendig sein, eine ambulante Rehabilitation (i. S. einer Kombinationsbehandlung) oder strukturierte Maßnahmen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges (Nachsorge)⁸ durchzuführen. Diese müssen von der Rehabilitationseinrichtung so zeitig angebahnt und mit dem zuständigen Rehabilitationsträger abgestimmt werden, dass ein nahtloser Übergang ohne Verzögerung möglich ist.

⁸ In der Rentenversicherung kann hierfür das Formular G400 verwendet werden: www.deutsche-rentenversicherung.de > Services > Formulare & Anträge > Formulare von A-Z > nach Formularnummer

Sollten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich werden, sind diese während der Rehabilitation rechtzeitig unter Einschaltung der Reha-Fachberater der Rentenversicherung oder der zuständigen Agentur für Arbeit einzuleiten.

5.8 Beendigungskriterien und Entlassungsbericht

Die ganztägig ambulante Rehabilitation ist regulär zu beenden, wenn die Rehabilitationsziele erreicht sind.

Die ganztägig ambulante Rehabilitation ist außerdem zu beenden, wenn

- störende und nicht behebbare Einflüsse aus dem sozialen Umfeld den Rehabilitationserfolg gefährden,
- die Teilnahme am Rehabilitationsprogramm nicht regelmäßig erfolgt,
- die Mitarbeit weder tragfähig noch ausreichend ist,
- ein Rückfall bagatellisiert oder geleugnet wird,
- anhaltende Rückfälligkeit besteht und/oder
- eine andere Behandlungsform angezeigt ist

und somit die Rehabilitationsziele durch die ganztägig ambulante Rehabilitation nicht erreichbar sind.

Ein Entlassungsbericht ist bei regulärer Entlassung spätestens innerhalb von zwei Wochen zu erstellen und dem Rehabilitationsträger einzureichen. Die durchgeführten Leistungen werden zusammenfassend dargestellt und münden in eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung.

Bei Unterbrechung der Rehabilitation ist innerhalb von zwei Wochen zu klären, ob die Rehabilitation fortgesetzt wird. Der Entlassungsbericht ist bei Nichtfortsetzung der Rehabilitation spätestens in den folgenden zwei Wochen zu erstellen.

Erst nach Vorlage eines Entlassungsberichtes auf trägerspezifischem Formular ist die Leistung vollständig erbracht.

Hinweise zur Erstellung können dem Leitfadens zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung entnommen werden.

6. Personelle Ausstattung

6.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation

Dem interdisziplinären Rehabilitationsteam gehören folgende Berufsgruppen an, die über qualifizierte Aus- und Weiterbildungen sowie über Berufserfahrung in der Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen verfügen:

→ Arzt

Leiter, Stellvertreter oder Abwesenheitsvertreter sind Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (auch Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie) oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (früher Psychotherapeutische Medizin). Alternativ möglich sind Facharzt für Neurologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Innere Medizin oder Allgemeinmedizin jeweils zusätzlich mit den Zusatzbezeichnungen Psychotherapie und Suchtmedizinische Grundversorgung.

Der leitende Arzt hat grundsätzlich zwei Jahre Berufserfahrung in der Behandlung Abhängigkeitskranker und sollte möglichst die Zusatzbezeichnungen Sozialmedizin und/oder Rehabilitationswesen führen bzw. zumindest die entsprechenden Kurse nach der Weiterbildungsordnung zeitnah absolvieren.

⁹ Es wird davon ausgegangen, dass der Abschluss Diplom-Psychologe durch den Abschluss eines konsekutiven Masters in Psychologie mit Berechtigung zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten ersetzt wird.

→ **Diplom-Psychologe**

Mindestens **ein** Diplom-Psychologe⁹ mit mindestens zwei Jahren Berufserfahrung in der Arbeit mit Abhängigkeitskranken und/oder in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker muss vorhanden sein.

Diplom-Psychologen müssen entweder als Psychologischer Psychotherapeut approbiert sein oder eine psychotherapeutische Weiterbildung oder eine auf das Tätigkeitsfeld Abhängigkeitserkrankungen (Sucht) bezogene Weiterbildung auf psychotherapeutischer Grundlage absolviert haben.

Bei Neuanstellungen wird die Approbation als Psychologischer Psychotherapeut angestrebt.

→ **Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagogen**

Mindestens ein Diplom-Sozialarbeiter und/oder Diplom-Sozialpädagoge¹⁰ mit mindestens zwei Jahren Berufserfahrung in der Arbeit mit Abhängigkeitskranken und/oder in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker muss vorhanden sein.

Diplom-Sozialarbeiter und Diplom-Sozialpädagogen müssen eine auf das Tätigkeitsfeld Abhängigkeitserkrankungen (Sucht) bezogene Weiterbildung auf psychotherapeutischer Grundlage absolviert haben, soweit sie als Einzel- und Gruppentherapeuten eingesetzt sind.

Für die Durchführung der weiteren Therapieangebote kommen insbesondere folgende Berufsgruppen in Betracht:

- Ergotherapeut/Beschäftigungstherapeut/Arbeitstherapeut/Kreativtherapeut
Staatlich anerkannte Berufsausbildung und
 - Grundlagenkenntnisse in arbeitsrehabilitativen Maßnahmen, Ergonomie, Arbeitsplatzanpassung und
 - Beratung zur Belastungserprobung und einschlägige Erfahrungen in der berufsorientierten Arbeitstherapie
- Sporttherapeut/Diplom-Sportlehrer
Diplom-Sportlehrer mit möglichst rehabilitationsspezifischer Qualifikation
- Physiotherapeut
Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut/Krankengymnast
- Diätassistent/Diplom-Oecotrophologe
Staatlich anerkannte Berufsausbildung
- Gesundheits- und Krankenpfleger
Staatliche anerkannte Berufsausbildung

Alle Mitarbeiter der ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtung sind diagnostisch, anamnestisch, behandlungsplanerisch, dokumentationsbezogen und die Berichterstattung betreffend zu einer intensiven und austauschorientierten Zusammenarbeit verpflichtet. Dies wird in der Regel durch Fallbesprechungen, Teambesprechungen und externe Supervision umgesetzt.

In therapeutischer Weiterbildung befindliche Mitarbeiter können in Co-Therapeutenfunktion beschäftigt werden. Dabei sollte das Verhältnis 1:2 bezogen auf das Verhältnis Co-Therapeuten zu Therapeuten nicht überschritten werden. Die auf das Tätigkeitsfeld Abhängigkeitserkrankungen (Sucht) bezogenen Weiterbildungen auf psychotherapeutischer Grundlage müssen durch die Deutsche Rentenversicherung Bund zur Anerkennung empfohlen worden sein.

Die Aufgaben und Zusammensetzung des Leitungsteams sind im Rehabilitationskonzept darzustellen.

¹⁰ Es wird davon ausgegangen, dass die bisherigen Studienabschlüsse für die Berufsgruppen der Diplom-Sozialarbeiter und Diplom-Sozialpädagogen durch den Bachelor in „Sozialer Arbeit“ mit staatlicher Anerkennung ersetzt werden.

6.1.1 Aufgaben des Arztes

Die ganztägig ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker steht unter der Leitung und Verantwortung eines Facharztes (vgl. Ziffer 6.1).

Der Arzt ist sowohl inhaltlich als auch formal für die Umsetzung des Rehabilitationskonzepts im Rahmen der Vorgaben der Rehabilitationsträger verantwortlich.

Zu den Aufgaben des Arztes gehören:

- Anamneseerhebung; allgemeinärztliche, körperliche Untersuchung; neurologische und psychiatrische Untersuchung mit Befunddokumentation,
- ggf. Empfehlung weiterer Diagnostik und Therapie,
- Abstimmung und Verantwortung des Rehabilitationsplans und Rehabilitationsziels (z. B. welche Therapiefrequenz, Stellungnahme zur Belastung für ergänzende Therapieangebote),
- Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen und Dokumentation,
- Durchführung der therapeutischen Gruppen- und Einzelgespräche einschließlich Vor- und Nachbereitung (Voraussetzung ist eine Facharztbezeichnung bzw. Zusatzbezeichnung Psychotherapie),
- Leitung der Fall- und Teambesprechungen, Teilnahme an der Supervision,
- Informationsaustausch mit den behandelnden Ärzten und/oder Kliniken,
- verantwortliches Erstellen von Zwischenberichten und Verlängerungsanträgen,
- verantwortliches Erstellen des Entlassungsberichts mit sozialmedizinischer Beurteilung gemäß dem Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht,
- konzeptionelle Weiterentwicklung.

In der Einrichtung muss ein Arzt täglich präsent und während der Therapiezeiten verfügbar (z. B. Rufbereitschaft) sein.

6.1.2 Aufgaben der Diplom-Psychologen und der Diplom-Sozialarbeiter/ Diplom-Sozialpädagogen

Zu den Aufgaben gehören:

- Abstimmung der individuellen Rehabilitationsziele und eines Rehabilitationsplans mit dem Rehabilitanden und dem Arzt,
- Durchführung der therapeutischen Gruppen- und Einzelgespräche einschließlich Vor- und Nachbereitung,
- Durchführung der Gespräche mit Bezugspersonen einschließlich Vor- und Nachbereitung,
- Hilfen bei Kriseninterventionen,
- Dokumentation der therapeutischen Leistungen und Durchführung der notwendigen Qualitätssicherungsmaßnahmen,
- Zwischenbilanzierung und Verlaufsbericht einschließlich Erstellung eines therapeutischen Verlaufsberichts,
- ergänzende Erhebung der Sucht- und Sozialanamnese (weitere Klärung der sozialen und beruflichen Situation) einschließlich Dokumentation,
- Teilnahme an Fall- und Teambesprechungen,
- Teilnahme an der externen Supervision,
- Mitarbeit bei der Katamnese,
- Mitarbeit bei Erstellung des Entlassungsberichts,
- Außentermine im Rahmen der Kooperation, Koordinations- und Organisationsaufgaben,
- konzeptionelle Weiterentwicklung.

Von den Diplom-Psychologen werden zusätzlich folgende Leistung erbracht:

- psychologische Diagnostik,

→ bei Leitungsfunktion: Durchführung von Team- und Fallbesprechungen in Abstimmung mit dem leitenden Arzt.

Von den Diplom-Sozialarbeitern/Diplom-Sozialpädagogen werden zusätzlich folgende Leistungen erbracht:

- Hilfen im sozialen Umfeld (z. B. Kontakte mit Arbeitgebern, Hilfestellung bei der Vermittlung eines Arbeitsplatzes bzw. bei der Reintegration in das berufliche Umfeld, sozialrechtliche Beratung) und
- Kooperation mit in der Nachsorge eingebundenen Sozialen Diensten sowie Selbsthilfegruppen.

6.2 Personalbemessung

Grundsätzlich orientiert sich die Personalzusammensetzung am jeweiligen Reha-Konzept einer ganztägig ambulanten Einrichtung.

Es müssen für die vorgesehenen Berufsgruppen Mitarbeiter in ausreichender Anzahl vorhanden sein und die entsprechende Aus- und Weiterbildung nachgewiesen werden können (siehe Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung – Tabelle 6 Personelle Anforderungen / 100 Rehabilitanden)¹¹.

¹¹ www.deutsche-rentenversicherung.de > Fachinfos > Sozialmedizin und Forschung > Reha-Qualitätssicherung > Strukturqualität

Auch der Stellenschlüssel richtet sich nach diesen Vorgaben, da die zu erbringenden Leistungen in der ganztägig ambulanten Rehabilitation vergleichbar sind. Es entfällt der Versorgungsbereich in den Abend- und Nachtstunden.

Für alle Berufsgruppen ist es notwendig, Urlaubs-, Krankheits- und Fortbildungszeiten für eine Vertretungslösung zu berücksichtigen.

Auch bei Nutzung von externen Praktika muss von Seiten der Einrichtung eine Vorbereitung, Begleitung und Auswertung erfolgen.

Es folgt ein Orientierungsstellenplan am Beispiel von 20 Therapieplätzen, konzeptionell begründete Abweichungen davon sind möglich. Für kleinere Einrichtungen sind gesonderte Regelungen zu vereinbaren.

Orientierungsstellenplan – Anzahl/20 Rehabilitanden

Berufsgruppen	Alkohol / Medikamente	Illegale Drogen
Arzt	0,6	0,6
Psychologischer Psychotherapeut	1	1
Dipl.-Psychologe		
Dipl.-Sozialarbeiter/Dipl.-Sozialpädagogin	1*	1,8*
Sozialarbeiter/Sozialpädagogin		
Gesundheits- und Krankenpfleger	1,2	1,2
Physiotherapeut	0,5	0,5
Dipl.-Sportlehrer		
Sportlehrer/Bewegungstherapeut/Gymnastiklehrer		
Diätassistent	0,1	0,1
Dipl.-Oecotrophologe		
Ergotherapeut	0,9	0,9
Beschäftigungstherapeut		
Arbeitstherapeut		
Kreativtherapeut		

* inklusive klinische Sozialarbeit

7. Räumliche und apparative Ausstattung

Die räumliche Ausstattung muss so bemessen und beschaffen sein, dass das Rehabilitationskonzept qualifiziert umgesetzt werden kann.

Angepasst an die Einrichtungsgröße sollten angemessene Räumlichkeiten vorhanden sein für

- Gruppentherapie,
- Einzeltherapie,
- Gespräche mit Angehörigen/Bezugspersonen,
- Diagnostik und medizinische Untersuchung,
- Pflege-/Notfallzimmer (Medizinischer Behandlungsraum),
- Funktionsräume für Ergotherapie, Beschäftigungs- und Kreativ-/Arbeits-therapie,
- Computerraum (für Diagnostik und Therapie, für Schulungen und Internet),
- Lehrküche,
- Speisesaal,
- Ruheräume nach Geschlechtern getrennt,
- Sport- und Gymnastikraum,
- Umkleiden und Wasch-/Duschgelegenheiten nach Geschlechtern getrennt,
- Sanitärbereiche (u. a. rollstuhlgerechtes WC),
- Kommunikationsräume (Aufenthalts-, Bibliotheksraum, Internetzugang etc.),
- Veranstaltungsraum (multifunktional nutzbar) und
- Arbeitsräume für das Personal.

Die Einrichtung muss barrierefrei zugänglich sein. Grundsätzlich befinden sich die Räume als abgegrenzte Einheit unter einem Dach, konzentriert in einem Gebäude oder einem Gebäudetrakt. Gegebenenfalls können auch externe Räumlichkeiten (z. B. geeignete Sport- und Gymnastikräume) genutzt werden.

Sofern sich Rehabilitanden in den genannten Räumen alleine aufhalten können, sind diese an die Notrufanlage angeschlossen. Dies trifft insbesondere auf Duschen und WC-Anlagen zu.

Die Einrichtung verfügt über einen abgestimmten Notfallplan und einen Notfalkoffer/-wagen.

Die apparative Ausstattung muss die Diagnostik und Therapie der ganztägig ambulanten Rehabilitation nach dem aktuellen Wissensstand gewährleisten. Dies beinhaltet auch Möglichkeiten für eine entsprechende Diagnostik inkl. Atemalkoholtest, Drogen- und Medikamentenscreening.

Je nach konzeptioneller Ausrichtung und ärztlicher Kompetenz hält die Einrichtung eine Basisdiagnostik (klinisches Labor, EKG, Langzeit-EKG, Langzeit RR, kleine Lungenfunktion, Sonographie usw.) vor, ggf. in Kooperation. Das gleiche gilt für die weitere somatische Funktionsdiagnostik. Kooperationsverträge mit konkret zu benennenden Ärzten und/oder Krankenhäusern sind dem Konzept beizufügen.

8. Qualitätssicherung

In § 20 SGB IX wird die Einführung einer Qualitätssicherung auch für die ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker gefordert¹². Einrichtungsbezogene Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung stellen eine wichtige Grundlage dafür dar, die in den Einrichtungen durchgeführte Rehabilitation qualitativ und quantitativ einzuschätzen und zu verbessern. Die fachliche Diskussion über die Weiterentwicklung der Rehabilitation in den Rehabilitationseinrichtungen wird dadurch unterstützt.

¹²Auf die Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX vom 27.03.2003 wird verwiesen.

¹³ vgl. Abschlussbericht der Arbeitsgruppe Prof. Koch, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung zur Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation, kurz: ARGE, 2005

Die für die Rehabilitation der Renten- und Krankenversicherung bereits entwickelten und erfolgreich eingesetzten Qualitätssicherungsinstrumente und -verfahren sollten in vergleichbarer Weise für alle rehabilitativen Versorgungsbereiche genutzt werden. Spezifische Bedingungen dieser Versorgungsbereiche sind dabei angemessen zu berücksichtigen. Im Auftrag von Renten- und Krankenversicherung wurden für den Indikationsbereich der Abhängigkeitserkrankungen Vorschläge für Instrumente zur Messung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erarbeitet¹³. Die Entwicklung erfolgte auf der Basis des vorhandenen Qualitätssicherungsinstrumentariums der „BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation“ vom 20. Oktober 2000 und der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001.

Die externe Qualitätssicherung (QS) und das interne Qualitätsmanagement (QM) der Rehabilitationseinrichtungen sollen möglichst aufeinander abgestimmt sein. Visitationen als Verfahren zur externen QS haben sich in der stationären Praxis seit Jahren bewährt. Ihre methodische Qualität ist wissenschaftlich erwiesen. Eine Anpassung des Verfahrens an die besonderen Bedingungen der ganztägig ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist erforderlich. Dabei ist es sinnvoll, Aktivitäten des internen QM zu unterstützen.

Die GKV sieht den Einsatz des QS-Reha[®]-Verfahrens in den Rehabilitationseinrichtungen, die ganztägig ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker durchführen und durch die GKV hauptbelegt werden, vor. Weitere Einzelheiten zum QS-Reha[®]-Verfahren sind auf der Homepage www.qs-reha.de zu finden.

¹⁴ KTL: Klassifikation Therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung, Berlin 2007

Im Rahmen des Programms zur Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung wird im Bereich der ganztägigen ambulanten Rehabilitation ein adaptiertes Peer-Review Verfahren routinemäßig eingesetzt. Berichte zur therapeutischen Versorgung (KTL¹⁴-Dokumentation) verdeutlichen die Häufigkeit, Dauer und Differenziertheit des therapeutischen Leistungsgeschehens in den Rehabilitationseinrichtungen. Ferner wurden indikationsspezifische Reha-Therapiestandards für die therapeutische Versorgung in der Rehabilitation, auch bei Alkoholabhängigkeitskranken, entwickelt. Zusätzlich werden den Rehabilitationseinrichtungen Informationen über die Rehabilitandenstruktur anhand von soziodemographischen und krankheitsbezogenen Merkmalen zurückgemeldet. Auch werden Auswertungen zum sozialmedizinischen Verlauf zur Verfügung gestellt, die Hinweis auf die Nachhaltigkeit des Rehabilitationsergebnisses geben. Alle Instrumente und Musterberichte finden sich unter www.deutsche-rentenversicherung.de/Rehabilitation/qualitaetssicherung.

Die QS-Berichterstattung beider Rehabilitationsträgerbereiche soll langfristig vergleichende Auswertungen ermöglichen und im internen Qualitätsmanagement durch Bewertung der Ergebnisse zu konkreten qualitätsverbessernden Maßnahmen führen.

9. Vernetzung und bedarfsgerechte Versorgung

Kontakte zu den vorbehandelnden, begleitenden, weiter- und nachbehandelnden Stellen sind unerlässlich, um den fachlichen Austausch sicherzustellen und weiterführende Maßnahmen frühzeitig einzuleiten.

Die Rehabilitationseinrichtungen sind für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Rehabilitanden verantwortlich. Die beteiligten Versorgungspartner übermitteln sich gegenseitig zeitnah die erforderlichen Informationen (§ 11 Abs. 4 SGB V).

Um den Erfolg einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation nachhaltig zu sichern, ist es erforderlich, notwendige Kooperationspartner oder weitere Re-

habilitationsträger, die an der zukünftigen Versorgung des Betroffenen beteiligt werden sollen, rechtzeitig in die Versorgungsplanung einzubinden.

Für die individuelle Versorgungsplanung des Rehabilitanden stellt ein Konzept zur Rückfallprävention eine zentrale Anforderung an die Vernetzung der Kooperationspartner. Generell ist die Ausgestaltung einer konkreten Planung mit den zuständigen Rehabilitationsträgern abzusprechen.

Zu den möglichen Kooperationspartnern gehören u.a.

- Beratungs- und Behandlungsstellen für Abhängigkeitskranke,
- Selbsthilfegruppen, die langfristige Unterstützung und Hilfe zur Selbsthilfe anbieten,
- Wohlfahrtsverbände oder freie Träger,
- Hausärzte, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Psychosomatik und Psychotherapie, Psychotherapeuten,
- Angehörige, die in das Behandlungssetting in unterstützender und begleitender Funktion integriert werden,
- Reha-Fachberatung unter Einbindung von Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation und Integrationsfachdiensten,
- Rehabilitationseinrichtungen, Krankenhäuser und Fachambulanzen,
- Soziale Dienste der Kommunen,
- Jugendämter und
- Pflegestützpunkte.

Für die berufliche (Re)-Integration des Patienten ist eine Vernetzung mit der Arbeitswelt hilfreich, insbesondere mit

- dem Arbeitgeber innerhalb des Betrieblichen Eingliederungsmanagements gemäß § 84 SGB IX,
- der Agentur für Arbeit,
- der Grundsicherungsstelle nach dem SGB II („Jobcenter“),
- dem Integrationsfachdienst,
- Anbietern für Probearbeiten und Arbeitsprojekten,
- Ausbildungsstätten der Region,
- anderen Behörden und
- Einrichtungen (Schulen, Einrichtungen zur Berufsfindung).

Die Vernetzung mit anderen Rehabilitationseinrichtungen im Suchtbereich ist für den fachlichen Austausch und die interne Qualitätsverbesserung empfehlenswert. Ebenso ist die Kontaktpflege zu den Beratungsstellen der verschiedenen Rehabilitationsträger wie Gemeinsame Servicestellen, Integrationsämter oder Jobzentren eine wichtige Aufgabe der ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtung.

Die Angebotsstruktur ist von den konkreten regionalen Gegebenheiten abhängig. Auf eine Region bezogen wird zu berücksichtigen sein, ob bereits Stellen für die Durchführung von ganztägig ambulanter Rehabilitation und ambulanter Rehabilitation in Beratungsstellen/Ambulanzen und/oder stationäre Angebote vorhanden sind und wie sich deren Auslastung darstellt.

10. Finanzierung

Für die ganztägig ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker vereinbaren die Rehabilitationsträger mit der Rehabilitationseinrichtung einen Vergütungssatz je Rehabilitand und Therapietag oder eine pauschalierte Vergütung.

Für die Rentenversicherung gilt, dass der Vergütungssatz vom Federführer der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung verhandelt bzw. festgelegt wird.

Nach Möglichkeit stimmen sich die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger über die Höhe des Vergütungssatzes auf Landesebene ab.

Die mit dem Vergütungssatz abgegoltenen Leistungen umfassen die unter Berücksichtigung der Risikofaktoren (z. B. Übergewicht, bestehende Begleiterkrankungen wie Diabetes etc.) notwendige Verpflegung in der Rehabilitationseinrichtung.

Gemeinsamer Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 23. September 2011

Mit dem Gemeinsamen Leitfaden legen die Deutsche Rentenversicherung und die Gesetzliche Krankenversicherung unter Berücksichtigung der geltenden Vereinbarungen, Empfehlungen und Rahmenkonzepte Vorgaben der Rehabilitationsträger zur Erstellung und Prüfung von Rehabilitationskonzepten im Bereich der Rehabilitation Abhängigkeitskranker vor.

Der Leitfaden soll der Praxis als Arbeitsmittel bei der Konzepterstellung dienen und ermöglicht ein strukturiertes Vorgehen. Er erleichtert daneben die Prüfung eingereicherter Rehabilitationskonzepte durch die Rehabilitationsträger und ihre sozialmedizinischen Dienste und auch deren Zusammenarbeit auf Landesebene.

Auf der Grundlage einer früheren Arbeitshilfe zur Beurteilung von Konzepten in der Rentenversicherung haben sich die Deutsche Rentenversicherung und die Gesetzliche Krankenversicherung auf einen gemeinsamen Leitfaden verständigt. Die Suchtfachverbände wurden im Rahmen von Stellungnahmen einbezogen.

Der Leitfaden ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten.

Gemeinsamer Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 23. September 2011

Inhaltsverzeichnis

0. Vorwort
1. Einleitung
2. Allgemeines
3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung
4. Rehabilitationskonzept
 - 4.1 Theoretische Grundlagen
 - 4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen
 - 4.3 Rehabilitationsziele
 - 4.4 Rehabilitationsdauer
 - 4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung
 - 4.6 Rehabilitationsprogramm
 - 4.7 Rehabilitationselemente
 - 4.7.1 Aufnahmeverfahren
 - 4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik
 - 4.7.3 Medizinische Therapie
 - 4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote
 - 4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen
 - 4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken
 - 4.7.7 Freizeitangebote
 - 4.7.8 Sozialdienst
 - 4.7.9 Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung
 - 4.7.10 Angehörigenarbeit
 - 4.7.11 Rückfallmanagement
 - 4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege
 - 4.7.13 Weitere Leistungen
 - 4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation
5. Personelle Ausstattung
6. Räumliche Gegebenheiten
7. Kooperation und Vernetzung
8. Maßnahmen der Qualitätssicherung
9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation
10. Notfallmanagement
11. Fortbildung
12. Supervision
13. Hausordnung/Therapievertrag

Literatur

- Anhang 1 Hinweise der Deutschen Rentenversicherung zu arbeitsbezogenen Interventionen in der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker
- Anhang 2 Qualitätssicherungsinstrumente und -verfahren

0. Vorwort

Mit dem Gemeinsamen Leitfaden legen die Deutsche Rentenversicherung und die Gesetzliche Krankenversicherung Vorgaben der Rehabilitationsträger zur Erstellung und Prüfung von Rehabilitationskonzepten im Bereich der Rehabilitation Abhängigkeitskranker vor.

Der Leitfaden dient der Praxis als Arbeitsmittel bei der Konzepterstellung und ermöglicht ein strukturiertes Vorgehen. Er erleichtert daneben die Prüfung eingereicherter Rehabilitationskonzepte durch die Rehabilitationsträger und ihre sozialmedizinischen Dienste und auch deren Zusammenarbeit auf Landesebene.

Der Leitfaden berücksichtigt die geltenden Vereinbarungen, Empfehlungen, Rahmenkonzepte etc. Die konkreten Ausführungen in den einzelnen Papieren haben Vorrang vor den allgemeingültigen Ausführungen in diesem Leitfaden.

Mit der Thematik einer Arbeitshilfe zur Prüfung von stationären und ambulanten Behandlungskonzepten hatte sich erstmalig 1995 eine Projektgruppe der Deutschen Rentenversicherung befasst und ein entsprechendes Papier für die Beurteilung von Konzepten entwickelt. Der vorliegende, mit der Gesetzlichen Krankenversicherung abgestimmte Leitfaden ersetzt diese Arbeitshilfe.

Die Herausgeber danken allen Beteiligten, die an der Erstellung des Gemeinsamen Leitfadens mitgewirkt haben.

1. Einleitung

Die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzlichen Krankenkassen führen als Rehabilitationsträger gemäß § 6 SGB IX nach den Bestimmungen des § 26 SGB IX in Verbindung mit § 15 SGB VI bzw. § 11 Abs. 2 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 5 SGB IX) durch. Diese kommen nur in Betracht, wenn damit die in §§ 11 und 27 SGB V, § 9 SGB VI und § 4 Abs. 1 SGB IX aufgeführten Ziele verfolgt werden.

Leistungen der medizinischen Rehabilitation für abhängigkeitskranke Menschen können grundsätzlich in ambulanter, ganztägig ambulanter, stationärer oder in Kombinationsform erbracht werden.

Unabhängig von der Leistungsform gelten für alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation prinzipiell die gleichen Anforderungen.

Ausgerichtet ist die medizinische Rehabilitation an den verschiedenen Dimensionen des bio-psycho-sozialen Gesundheits- bzw. Krankheitsfolgenmodells der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wie sie in der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) konzipiert wurden. Die Erkrankungen und ihre Folgen werden als Ergebnis sich wechselseitig beeinflussender somatischer, psychischer und sozialer Faktoren verstanden. Zentraler Bestandteil der ICF sind die Kategorien funktionale Gesundheit (Funktionsfähigkeit) und Behinderung. In einer Behinderung spiegelt sich die negative Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren im Hinblick auf die Funktionsfähigkeit wider.

Für die Durchführung medizinischer Rehabilitation wird vorausgesetzt, dass die jeweilige Rehabilitationseinrichtung ein wissenschaftlich begründetes Rehabilitationskonzept vorlegt. Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft durch frühzeitige Einleitung der erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu

mildern. Der Schwerpunkt liegt dabei insbesondere auf Zielvorstellungen, die mit der Erhaltung bzw. Wiederherstellung des Leistungsvermögens (Erwerbsfähigkeit) und Förderung der Teilhabe in Beruf und Gesellschaft verbunden sind. Von Gewicht ist ebenfalls die Tatsache, dass bei Vorliegen rehabilitationsbedürftiger Folge- und Begleiterkrankungen diese zusammen mit der Abhängigkeitserkrankung im Rahmen der Rehabilitation zu behandeln sind (vgl. § 4 Abs. 2 Satz 2 SGB IX).

Die Rehabilitationseinrichtung muss bereit sein, sich an **Qualitätssicherungsprogrammen** einschließlich **Effektivitätskontrollen** zu beteiligen und die durchgeführten Leistungen angemessen zu dokumentieren (vgl. Kapitel 8).

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) und die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wirken im Rahmen der Strukturverantwortung und ihrer gesetzlichen Verantwortung für die zu erbringenden Leistungen und deren Inhalt bei der Entwicklung von Rehabilitationskonzepten mit. Das zwischen Leistungserbringer und Rehabilitationsträgern abgestimmte Konzept informiert über Behandlungsmöglichkeiten und -grenzen und stellt somit eine Entscheidungsgrundlage für die Inanspruchnahme der Einrichtung dar.

Die Notwendigkeit der Erstellung von Konzepten und deren konsequenter Umsetzung unter Berücksichtigung der Strukturansforderungen der Rehabilitationsträger für medizinische Rehabilitationseinrichtungen ist Konsens zwischen allen beteiligten Akteuren.

Grundlagen für die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind

Die Vereinbarung finden Sie ab Seite 3.

- die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001,
- das Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008
- das Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 18. August 2011
- die BAR-Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen (Heft 12).

Die Rahmenkonzepte finden Sie ab Seite 17 bzw. 32.

2. Allgemeines

Es werden vom Leistungserbringer Angaben

- zur Bezeichnung des Rehabilitationskonzepts
- zur Trägerschaft und zum Verfasser¹ sowie
- zum Erstellungsdatum der aktuellen Fassung erwartet.

¹ Zugunsten besserer Lesbarkeit wird auf die weibliche Form von Personen und Berufsbezeichnungen verzichtet.

Ein Inhaltsverzeichnis nach der hier vorliegenden Struktur erleichtert den Überblick über die Konzeptdarstellung in den wesentlichen Bereichen.

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

Der Leistungserbringer gibt an, wann,

- die Einrichtung entstanden bzw. in Betrieb genommen wurde und ggf.
- mit der Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für welche Gruppe von Abhängigkeitskranken begonnen wurde.

Weiterhin sind darzustellen:

- die Zielgruppe/n (mit Altersangaben, ggf. differenziert nach Substanzabhängigkeit oder anderen Besonderheiten wie bestimmte Komorbiditäten)

- die Anzahl der Betten/Behandlungsplätze (nur stationär und ganztägig ambulant)
- die Dauer der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Regelbehandlungszeiten), ggf. unterteilt nach Indikation
- strukturelle und organisatorische Gegebenheiten (Träger, Kooperations-einrichtungen, ggf. Darstellung der räumlichen und organisatorischen Trennung zu anderen Versorgungsbereichen) sowie ggf.
- Besonderheiten der Einrichtung

Die Lage der Einrichtung und die Infrastruktur, d. h. die örtlichen Gegebenheiten, sind darzustellen. Es sind konkrete Aussagen über die gesamte Immobilie einschließlich Außenanlagen zu machen, soweit diese therapie relevant sind. Entsprechende Pläne sind vorzulegen. Einzugsgebiet, Einwohnerzahl, Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln und Nähe zu Kooperationseinrichtungen (z. B. Krankenhaus, Betriebe, Beratungsstellen) sind ebenfalls darzustellen.

Ein barrierefreier Zugang gemäß den Vorschriften des SGB I und IX und Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG) muss gewährleistet sein.

Seitens der ambulanten Einrichtung ist darzustellen, in welcher Form sie ein „Integriertes Programm zur Betreuung Abhängigkeitskranker“ vorhält (vgl. Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001, Anlage 1 Ziffer 2; Gemeinsames Rahmenkonzept vom 3. Dezember 2008, Abschnitt 3.1).

4. Rehabilitationskonzept

4.1 Theoretische Grundlagen

Im Mittelpunkt steht die Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen (Entwöhnungsbehandlung). Eine theoretisch-wissenschaftliche Fundierung des Rehabilitationsansatzes auf der Grundlage evidenzbasierter Therapieverfahren ist unverzichtbar.

Als Grundanforderung ergibt sich für ein Rehabilitationskonzept, dass es nachvollziehbar (transparent und folgerichtig) und wissenschaftlich begründet (d. h. auf der Basis von Persönlichkeitstheorien und den sich daraus ergebenden Krankheitsmodellen, insbesondere verhaltenstherapeutisch oder tiefenpsychologisch, z. B. unter Berücksichtigung der jeweils gültigen AWMF-Leitlinien²) die Abhängigkeitserkrankung und ggf. vorliegende psychische Komorbidität sowie deren Therapie beschreibt. Dies schließt jedoch nicht aus, dass unter diesem gemeinsamen Dach theoretischer Fundierung Methoden unterschiedlicher Psychotherapieschulen angewandt werden – soweit diese mit dem gewählten theoretischen Ansatz kompatibel sind.

² siehe www.awmf.de

Das Rehabilitationskonzept muss auf den bio-psycho-sozialen Modellvorstellungen der ICF³ basieren. Die ICF ermöglicht eine systematische Beschreibung der gesundheitlich bedingten Aus- und Wechselwirkungen auf den Ebenen der Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen (z. B. Erwerbsleben, Erziehung/Bildung, Selbstversorgung) eines Rehabilitanden vor dem Hintergrund seiner Lebenswelt.⁴

³ Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), WHO, www.dimdi.de

⁴ vgl. ICF-Praxisleitfaden, BAR, Januar 2006 und ICF-Praxisleitfaden 2, BAR, Februar 2008

Unter Rehabilitationsansatz sind die psychotherapeutische Orientierung und Strategie zu verstehen, so wie sie sich aus dem zugrunde gelegten Persönlichkeitsmodell ergeben. Aus diesem allgemeinen Ansatz sind die entsprechenden Rehabilitationsziele abzuleiten.

4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen

Durch die Darstellung der **Rehabilitationsindikationen** und **-kontraindikationen** (Diagnosen nach ICD-10-GM) sowie der mitbehandelbaren Komorbiditäten

ist eine Beschreibung der Zielgruppen im Rehabilitationskonzept vorzunehmen. Auf die Anlage 3 der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ zur Indikationsentscheidung zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation wird zusätzlich verwiesen. Damit sind zugleich die Voraussetzungen zur Durchführung einer Entwöhnungsbehandlung benannt.

Richtet die Rehabilitationseinrichtung ihr Behandlungsangebot an genderspezifischen Aspekten oder bestimmten Zielgruppen aus, z. B. Langzeitarbeitslose, Hörgeschädigte, Migranten, Mutter mit Kind, Senioren, Minderjährige usw., so sind die Besonderheiten ebenfalls zu beschreiben.

Zu benennen sind auch die **formalen Aufnahmevoraussetzungen** (insbesondere abgeschlossene Entzugsbehandlung, sofern erforderlich, und Kostenzusage).

4.3 Rehabilitationsziele

Eine **Operationalisierung** und eine **Konkretisierung** der Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Aufgaben der Rehabilitationsträger muss im Rehabilitationskonzept dargestellt sein.

Ziel der medizinischen Rehabilitation muss es sein, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft durch frühzeitige Einleitung der erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand soll durch die Rehabilitation (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit und/oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (für seinen persönlichen Lebenskontext typisch) erachtet werden. Zu den Zielen gehören insbesondere:

- Erreichung und Erhaltung von Abstinenz
- Behebung oder Ausgleich körperlicher und psychischer Störungen
- möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft

Weitere wichtige Rehabilitationsziele können der weitestgehende Erhalt oder das Erreichen einer selbständigen Lebensführung und die Verhinderung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit sein. Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe nach ICF können z. B. bestehen in den Bereichen „Lernen und Wissensanwendung“, „Kommunikation“, „Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen“, „Mobilität“, „Erziehung/Bildung“ oder „Arbeit und Beschäftigung“.

In den konzeptionellen Ausführungen sollten zusätzlich Angaben über folgende Strategien enthalten sein:

- Entwicklung und Förderung von Krankheitseinsicht und Änderungsmotivation
- Stabilisierung und Erhaltung der Abstinenzfähigkeit
- Erkennung, Vermeidung und Bewältigung von Rückfallsituationen
- Entwicklung zufrieden stellender Lebensführung in einem aktiven selbstbestimmten Leben (Selbstmanagement)
- Konflikt- und Krisenbewältigung
- Klärung von Sinn und Wertfragen
- Hinführung zu einer gesunden Lebensführung
- beruflichen Wiedereingliederung bzw. Rückkehr an den Arbeitsplatz und Weiteres mehr.

Es ist darzulegen, in welcher Form Rehabilitanden aktiv in den Prozess der Zieldefinition einbezogen werden.

4.4 Rehabilitationsdauer

Neben allgemeinen Angaben zu **Regelbehandlungszeiten** ist auszuführen, welche Faktoren bei der Entscheidung zur Planung der Behandlungsdauer sonst eine Rolle spielen, wie die Einbeziehung des Rehabilitanden erfolgt und nach welchen Kriterien in welchen Abständen und durch wen eine Überprüfung der Festlegungen erfolgt.

Eine individuelle Rehabilitationsgestaltung ist bei stationären und ganztägig ambulanten Leistungen generell und im Rahmen der Verweildauerbudgets für die Rentenversicherung erwünscht.

Dies gilt gleichermaßen für Maßnahmen bei Leistungszuständigkeit der Krankenkassen, wobei notwendige Verlängerungen rechtzeitig mit dem „Verlängerungsantrag Rehabilitationsleistungen für Abhängigkeitskranke“ zu beantragen sind.

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Im Rehabilitationskonzept sind der konkrete Ablauf der Rehabilitationsleistung, der je nach Indikation und Leistungsform variieren kann, und der Therapieprozess sowohl in inhaltlicher als auch in organisatorischer Hinsicht darzustellen. Bei einem Phasenkonzept sind Teilziele/Unterziele zu benennen, die Dauer der Phasen sowie Angaben über die Kriterien, nach denen der Übergang von der einen zur anderen Phase geregelt wird. Quereinstiege und Wiederaufnahme gehören ebenfalls dazu. Es ist auch wichtig, dabei deutlich zu machen, wie diese Entscheidungsprozesse mit dem Rehabilitanden erarbeitet und abgesprochen werden.

Alle an der Rehabilitation Beteiligten sind verpflichtet, darauf zu achten, dass mehrere hintereinander folgende Teilhabeleistungen nahtlos ineinander greifen. Zu einer Rehabilitationsplanung zählt es daher auch, mit dem Rehabilitanden bei Bedarf weitere Leistungen zu planen, um eine dauerhafte Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft zu erreichen. Das Rehabilitationskonzept hat aufzuführen, wie und zu welchem Zeitpunkt ein weiter bestehender Teilhabebedarf durch die Rehabilitationseinrichtung ermittelt wird und welche eigenen Beziehungen zu den für weitere Leistungen in Betracht kommenden Leistungsanbieter bestehen.

4.6 Rehabilitationsprogramm

In diesem Teil des Konzepts sollte auf das gesamte vorgehaltene **Rehabilitationsprogramm** mit den einzelnen Maßnahmen eingegangen werden. Diese sollten konkret mit namentlicher Nennung der Berufsgruppen, die sie durchführen, dargestellt und begründet werden. Dabei sollte der umfassende Rehabilitationsansatz mit interdisziplinärer Zusammenarbeit deutlich werden. Das Rehabilitationsprogramm hat sich an vorhandenen Rehabilitationsstandards zu orientieren (z. B. Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit der DRV).

Wochentherapiepläne sind obligat. Sie veranschaulichen das Verhältnis der einzelnen therapeutischen Maßnahmen zueinander und lassen auch erkennen, welchen Einzelmaßnahmen besonderes Gewicht beigemessen wird. Ein Standard-Wochentherapieplan ist dem Rehabilitationskonzept beizufügen.

Für den Bereich der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist analog auszuführen, in welcher Frequenz und Dauer therapeutische Gruppen- und Einzelgespräche, Angehörigenarbeit sowie sonstige Angebote vorgehalten werden.

Als Besonderheit ist die Indikationsstellung und Möglichkeit der Durchführung einer **Adaption** in der Rehabilitationseinrichtung oder einer externen Einrichtung im Konzept zu beschreiben.

4.7 Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Das Aufnahmeverfahren ist zu beschreiben. Die fachärztliche Untersuchung, und die Erstdiagnostik einschließlich Dokumentation sollten am Aufnahmetag abgeschlossen sein. Zeitpunkt und Form der Einführung des Rehabilitanden in den Rehabilitationsablauf sollten ebenfalls am Aufnahmetag festgelegt werden.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Die Diagnostik bei Abhängigkeitserkrankungen kann sich verschiedener Instrumente bedienen, z. B. Screening-Verfahren, Checklisten oder strukturierter und standardisierter Interviews. Diese werden in der Regel sowohl zu Beginn (Eingangsdagnostik), im Verlauf (Verlaufsdagnostik) und als Abschlussdiagnostik der medizinischen Rehabilitation eingesetzt und umfassen sowohl die Störungsperspektive als auch die Ressourcen- und die Veränderungsperspektive des Rehabilitanden.

Persönliche, berufliche und soziale Auswirkungen der Abhängigkeitserkrankung werden im Rahmen der Rehabilitationsdiagnostik durch konkret im Rehabilitationskonzept zu benennende diagnostische Instrumente erfasst. Für die erforderliche **bio-psycho-sozial ausgerichtete Diagnostik** bietet die ICF einen wesentlichen Orientierungsrahmen, der eine Betrachtung der Verknüpfung von Beeinträchtigungen auf den unterschiedlichen Ebenen (Funktion – Aktivität – Teilhabe) ermöglicht und dabei auch personbezogene und umweltbedingte Kontextfaktoren berücksichtigt. Die mehrdimensionale, ggf. zielgruppenspezifische Diagnostik umfasst verschiedene bio-psycho-soziale Ebenen:

- somatische Diagnostik
- psychische Diagnostik
- soziale Diagnostik
- arbeitsbezogene Diagnostik
- Diagnostik der Förderfaktoren und Barrieren
- Entwicklungs- und ursachenbezogene Diagnostik
- Diagnostik der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen.

Darauf aufbauend ist darzustellen, welche Diagnosestrategien verfolgt und welche Instrumente eingesetzt werden.

Die Rehabilitationsdiagnostik bietet die Grundlage für die Entwicklung eines **Rehabilitations- und Behandlungsplans**, der individuell in Absprache mit jedem Rehabilitanden erstellt wird. Es sollte dargestellt werden, wie, durch wen und zu welchem Zeitpunkt im Verlauf der Rehabilitation eine erneute Rehabilitationsdiagnostik erfolgt und in die Behandlung und den Rehabilitationsplan einfließt.

4.7.3 Medizinische Therapie

Medizinische Rehabilitation findet ausschließlich in Einrichtungen mit multiprofessionellem Team statt. Die Einrichtungen stehen unter ärztlicher Verantwortung und Leitung. Die Aufgaben des leitenden Arztes sind im Rehabilitationskonzept auszuführen.

Neben allgemeinen Ausführungen zum Stellenwert und zum medizinischen Verständnis in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker sollten im Rehabilitationskonzept konkrete Angaben darüber enthalten sein, welche Aufgaben die

Berufsgruppe der Ärzte im Rehabilitationsteam wahrnimmt, wie bestehende Krankheiten behandelt werden und wie mit Krankheiten, die während der Rehabilitation auftreten, umgegangen wird.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen, Physiotherapie, Raucherentwöhnung usw. können das Spektrum medizinischer Leistungen erweitern.

Konkrete Angaben zu Sprechstunden, Visiten, Gewährleistung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, fachärztliche Konsile und externe Kooperationen vervollständigen das Bild der ärztlichen Versorgung in der Facheinrichtung.

Die Bedingungen der ambulanten Rehabilitation sind analog auf diesen Bereich anzuwenden. In der ambulanten Rehabilitation ist insbesondere eine verstärkte Kooperation mit niedergelassenen Ärzten erforderlich. Informationsaustausch und Abstimmung mit den behandelnden Ärzten müssen dargestellt sein.

4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche auf der Grundlage einer wissenschaftlich abgesicherten Psychotherapiemethode sind Kernelemente der Entwöhnungsbehandlung. Bei der Planung und Durchführung der Rehabilitation ist in aller Regel eine Kombination aus therapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen sowie anderen Angeboten vorzusehen. Sowohl für die Gruppen- als auch für die Einzelgespräche gilt, dass Frequenz und Dauer im Konzept darzustellen sind. Daneben sollen weitere Verfahren, z. B. Musiktherapie, Maltherapie, Tanztherapie oder körperorientierte Verfahren, eingesetzt werden. Im Rehabilitationskonzept ist darauf einzugehen, welche indikativen Gruppenangebote bestehen.

Die Ausgestaltung der Gruppen ist abhängig vom Bedarf der Rehabilitanden und vom Therapieverständnis, d. h. vom theoretischen Hintergrund der Rehabilitationseinrichtung abhängig. Es ist ergänzend zu berücksichtigen, dass grundsätzlich ein Bezugstherapeut für eine Gruppe verantwortlich sein muss (vgl. Ziffer 7 der Anlage 2 der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001). Weiterhin sind Ausführungen im Rehabilitationskonzept dazu erforderlich, dass die Gruppengespräche im Cotherapeutensystem stattfinden. Es ist seitens der Rehabilitationseinrichtung sicherzustellen, dass insbesondere der Bezugstherapeut im Verhinderungsfall vertreten wird, z. B. im Urlaubs- oder Krankheitsfall⁵.

⁵ Dies hat jedoch nicht zur Konsequenz, dass bei jeder Gruppensitzung zwei Therapeuten anwesend sein müssen.

Die Gruppengröße ist darzustellen. Dabei ist auszugehen von:

- 10 bis 12 Rehabilitanden bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen und
- 6 bis 8 Rehabilitanden bei Drogenabhängigen.

Ferner ist im Rehabilitationskonzept anzugeben, ob es geschlechterdifferenzierte Gruppen für Männer und Frauen oder anderweitige spezifische Gruppentherapieangebote gibt.

Die ambulante Rehabilitationseinrichtung hat in der Konzeption die Struktur, den Personaleinsatz, die Frequenz und den Zeitpunkt der Leistungen anzugeben. Es muss sichergestellt werden, dass die ambulante Rehabilitation bedarfsgerecht, insbesondere berufsbegleitend in den späten Nachmittags- bzw. frühen Abendstunden, angeboten wird .

Das Rahmenkonzept finden Sie ab Seite 17.

Im „Gemeinsamen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ vom 3. Dezember 2008 ist die Dauer der Grup-

pengespräche mit 100 Minuten und die der Einzelgespräche mit 50 Minuten vorgegeben worden.

Für die ambulante Rehabilitation und Nachsorge sollen getrennte Gruppen gebildet werden, da die unterschiedlichen Leistungen in voneinander abweichenden Frequenzen durchgeführt und andere therapeutische Inhalte thematisiert werden.

4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen

Arbeitsbezogene Interventionen sind für die Rentenversicherung ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Rehabilitation. Sie minimieren das „krankheitsbedingte Rückfallrisiko“ und dienen der beruflichen Orientierung und Re-Integration, die bei Abhängigkeitskranken nachweislich einen stabilisierenden Faktor für eine dauerhafte Abstinenz darstellen.

Weitere mögliche Ziele der Rehabilitation sind die Förderung der Grundarbeitsfähigkeit, sozialer Fähigkeiten und des Selbstbilds. Je nach Zielgruppe und beruflicher Problemlage (z. B. Konflikte am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit) sind unterschiedliche Schwerpunktsetzungen erforderlich. Im Rehabilitationskonzept muss dargestellt werden, wie diesbezüglich auf individuelle Bedarfslagen eingegangen wird und welche spezifischen Angebote für verschiedene Patientengruppen vorgehalten werden. Zum Beispiel sind bei Drogenabhängigen arbeitsbezogene Interventionen in der Regel stärker auf die Einübung von Basiskompetenzen konzentriert, bevor weitere Leistungen eingeleitet werden, während bei Alkoholabhängigen oft Berufsausbildung und konkrete berufliche Erfahrungen vorhanden sind und die Förderung beruflicher Wiedereingliederung im Vordergrund steht.

Zu den arbeitsbezogenen Interventionen gehören **Arbeitstherapie, Ergotherapie, Beschäftigungs-/Gestaltungstherapie und berufsintegrierende Maßnahmen**.

Als Arbeitstherapie bezeichnet man die stufenweise Heranführung von Rehabilitanden mit psychischen Störungen, körperlichen oder geistigen Behinderungen an die Grundanforderungen des Arbeitslebens. Die Arbeit wird hierbei als therapeutisches Mittel eingesetzt.

Durch Arbeitstherapie sollen Eigenschaften wie Selbstvertrauen, Übernahme von Verantwortung, Belastbarkeit und Konzentration, Anpassungs- und Ausdauerfähigkeiten, Gewöhnung an Zeitstrukturen, Teamarbeit und das Erfassen von Arbeitsvorschriften gefördert und gefestigt werden. In arbeitstherapeutischen Angeboten verrichten die Rehabilitanden einfachere Arbeiten, wobei der Schwierigkeitsgrad kontrolliert und stufenweise gesteigert wird.

Die Arbeitstherapie ist an den Erfordernissen der Arbeitswelt auszurichten, so dass auch besondere aktuelle Arbeitstherapiebereiche (z. B. EDV-Techniken, büropraktisches Training, CNC-Ausbildung⁶, Teamarbeit) erforderlich sind. Sie sollte nicht ausschließlich systemerhaltende Dienstleistungen für die Einrichtung umfassen wie den Einsatz in der Küche, im Speisesaal, in der Hauswirtschaft oder in der Renovierung.

⁶CNC = computer numerical control

Auf der Grundlage der mit Hilfe der Arbeitstherapie gewonnenen Erkenntnisse sind konkret individuell realisierbare arbeitstherapeutische Zielsetzungen gemeinsam mit dem Rehabilitanden unter Berücksichtigung seiner beruflichen Anamnese und des beruflichen Hintergrundes zu entwickeln.

Die **Ergotherapie** hat zum Ziel, in Kooperation mit anderen Berufsgruppen, verloren gegangene bzw. noch nicht vorhandene Funktionen körperlicher, geistiger oder psychischer Art durch entsprechende Maßnahmen positiv zu verbessern, so dass die Betroffenen die größtmögliche Selbständigkeit und Unabhängigkeit in ihrem Alltags- und/oder Berufsleben wieder erreichen können. Hierzu werden lebenspraktische Handlungen, handwerkliche Aktivitäten und gestalterische Prozesse als gezielte therapeutische Maßnahmen eingesetzt.

Die Ergotherapie kann darüber hinaus dazu beitragen, eine berufliche Eingliederung vorzubereiten. Ihre Aufgabe ist es dann, die Belastbarkeit und Berufseignung festzustellen und durch geeignete Fördermaßnahmen, Grundarbeitsfähigkeiten im instrumentalen (Handfertigkeit oder kognitive Leistungen) und sozio-emotionalen Bereich zu erarbeiten.

Bei manchen Rehabilitanden müssen aufgrund ihrer Funktionsausfälle neue berufliche Orientierungen gesucht oder es muss entschieden werden, welche Arbeitsmöglichkeiten überhaupt vorhanden sind. In diesem Zusammenhang gehört es zu den Tätigkeiten des Ergotherapeuten, Anforderungsprofile über berufliche Leistungen zu erstellen, das Leistungsprofil des Rehabilitanden zu erfassen, eine Gegenüberstellung beider Profile vorzunehmen und die allgemeine Belastungsfähigkeit zu erproben. Soweit dies möglich und nötig ist, werden im Anschluss daran entsprechende Förderprogramme entwickelt.

In der **Beschäftigungs- bzw. Kreativtherapie** stehen der spielerische, kreative Umgang mit Material und der Selbsterfahrungsaspekt im Vordergrund, um den persönlichen Ausdruck mit symbolischen Mitteln anzuregen. Bestimmte Themen aus der Psychotherapie können im Umgang mit unterschiedlichsten Materialien aufgegriffen und auf diese Weise in einem anderen Medium weiter bearbeitet werden.

Der Einsatz von Arbeitstherapie ist allerdings nicht zwingend. Arbeitsbezogene Interventionen können auch durch andere berufsintegrierende Maßnahmen wie Belastungserprobung, Praktikum, Arbeits- und Bewerbungstraining, PC-Schulungskurse erfolgen.

Hierzu gehört z. B. auch ein Modul „Problembewältigung am Arbeitsplatz“, in dem Verhaltensstrategien zur Sicherung des Arbeitsplatzes erprobt und Kompetenzen zum Umgang mit Autoritäten, Kritik, Über- und Unterforderung und in der Kommunikation erlernt und erprobt werden. Die Einleitung stufenweiser Wiedereingliederung kann bei weiter bestehender Arbeitsunfähigkeit zur Erleichterung der Rückkehr an den Arbeitsplatz bei der Planung berufsintegrierender Maßnahmen nach Entlassung beitragen.

Gespräche mit Vertretern des Arbeitgebers, der Arbeitsagenturen sowie dem Reha-Fachberater ergänzen diese Angebote und tragen ggf. auch zur Vorbereitung auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei.

Auch in der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker können grundsätzlich arbeitsbezogene Maßnahmen einbezogen werden. Dafür ist die Darstellung im Rehabilitationskonzept erforderlich. Die Modalitäten (Liste der arbeitsbezogenen Interventionen, Anzahl der abrechenbaren Einheiten) sind ausführlich in den beigegeführten Hinweisen im **Anhang 1** beschrieben.

Bei einer Indikation zur Adaption ist die Vorbereitung auf diese Phase rechtzeitig zu beginnen und in die arbeitsbezogenen Interventionen zu integrieren.

4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

Körperliche Bewegung bessert nachweislich viele psychische Erkrankungen und sollte daher Bestandteil des Rehabilitationskonzeptes sein. Mit bewegungstherapeutischen Maßnahmen können zudem teilhaberelevante Ziele der verbesserten körperlichen Leistungsfähigkeit erreicht werden.

Sport- und Bewegungstherapie und Entspannungstechniken sollen dazu beitragen, die Körperwahrnehmung zu verbessern sowie die körperliche Belastbarkeit und physische Funktionen zu fördern und zu trainieren. In dem Rehabilitationskonzept soll dargestellt werden, inwieweit diese Therapieleistungen angeboten werden und in das Gesamtkonzept der Rehabilitationseinrichtung eingebettet sind.

4.7.7 Freizeitangebote

Eine befriedigende suchtmittelfreie Freizeitgestaltung stellt im Kontext von Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft eine wichtige Zielsetzung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker dar. Eine sinnvolle Freizeitgestaltung ist für viele Rehabilitanden mitentscheidend für die Aufrechterhaltung ihrer Abstinenz und die Wiederaufnahme einer Arbeit. Freizeitangebote im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung sollen dazu dienen, die Rehabilitanden anzuregen, ihre Freizeit aktiv und eigenverantwortlich zu gestalten. Zum Beispiel können kulturelle Angebote, Sport und Bewegung neue Möglichkeiten der Lebensgestaltung eröffnen. Sinnvolle Freizeitgestaltung lässt sich u.a. über Sport und Bewegung vermitteln. Die körperliche Leistungsfähigkeit kann verbessert werden, soziale Fertigkeiten werden trainiert. Bei Rehabilitanden mit körperlichen Einschränkungen und Behinderungen ist zu berücksichtigen, dass mit spezifischen Übungen die Körperfunktionen verbessert werden.

Die mit diesen Therapieangeboten verbundenen therapeutischen Ziele sind darzustellen.

Auch für die Leitung von Freizeitangeboten gilt, dass eine entsprechende Qualifikation nachgewiesen werden muss (z. B. Sportlehrer bzw. Übungsleiter).

4.7.8 Sozialdienst

Unter Sozialdienst werden die begleitenden Hilfen im sozialen Umfeld verstanden (z. B. sozialrechtliche Beratung, Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung, Vorbereitung der Nachsorge und Kontakt zu Selbsthilfegruppen). Auf die Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen (Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“) vom 8. November 2005 wird ergänzend verwiesen.

Dazu bedarf es des Einsatzes von Fachkräften, die über spezifische Kenntnisse und Beratungskompetenzen verfügen (z. B. Diplom-Sozialarbeiter oder Diplom-Sozialpädagogen). Als integraler Bestandteil der Gesamtleistung sind diese Dienste rehabilitanden- und lösungsorientiert sowie leicht erreichbar anzubieten.

Für Abhängigkeitskranke, die vielfach soziale, berufliche und finanzielle Probleme zu überwinden haben, fungieren Sozialdienste als wichtige und kompetente Ansprechpartner. Durch gezielte Informationen, Beratung und Unterstützung sowie Interventionen lassen sich die Voraussetzungen für eine möglichst störungsfreie Teilnahme und Durchführung der Rehabilitationsleistung vielfach verbessern.

Falls erforderlich, beraten Sozialdienste auch Angehörige/Bezugspersonen des Rehabilitanden in sozialen, persönlichen, finanziellen und sozialrechtlichen Angelegenheiten und beziehen weitere Personen des sozialen Umfelds mit ein.

In Zusammenarbeit mit dem Rehabilitanden sind Sozialdienste an der Erarbeitung von Perspektiven, die Teilhabemöglichkeiten erschließen, beteiligt. Zur Unterstützung und Sicherung der Selbständigkeit und der sozialen und beruflichen Teilhabe erarbeitet und vermittelt der Sozialdienst in ergänzende Hilfeangebote, organisiert und koordiniert weitere Maßnahmen, z. B. ambulante Nachsorge, Betreutes Wohnen, Kontakt zu Selbsthilfegruppen.

Es ist im Rehabilitationskonzept darzulegen, welche konkreten Hilfestellungen der Sozialdienst zu welchem Zeitpunkt der Rehabilitation in welchem Setting anbietet.

4.7.9 Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung

Abhängigkeitskranke haben ein Lebensstil bedingtes erhöhtes Risiko für viele somatische und psychische Erkrankungen. Zu den Therapieelementen gehören daher auch Patientenschulungen und Gesundheitsbildung. Das Programm „Aktiv Gesundheit fördern“⁷ bezieht sich auf das Modell der Gesundheitsförderung, in dem psychologische und soziale Aspekte einbezogen werden. Daneben gibt es weitere manualisierte Gesundheitsbildungsprogramme und Curricula. Das Rehabilitationskonzept soll Angaben darüber enthalten, wie krankheits- und gesundheitsbezogenes Wissen vermittelt wird, die Rehabilitanden zur aktiven Mitgestaltung motiviert werden, Eigenverantwortung übernehmen können und ihre Handlungskompetenz gefördert werden kann. Therapeutische Angebote zur Tabakentwöhnung sind ebenfalls darzustellen.

⁷ www.deutsche-rentenversicherung.de > Fachinfos > Sozialmedizin & Forschung > Reha-Wissenschaften > Reha-Konzepte > Konzepte > Gesundheitsbildung & Patientenschulung > Indikationsübergreifende Gesundheitsbildung

Die Gesundheitsbildung erschöpft sich nicht in Informationsveranstaltungen und Trainingskursen, sondern die Themen sind auch Bestandteil der übrigen bereits vorher genannten Therapieelemente, z. B. im Freizeitbereich, der somatischen Therapie und nicht zuletzt der Arbeitstherapie.

Viele Abhängigkeitskranke ernähren sich einseitig und leiden an Über-/Untergewicht. Das Rehabilitationskonzept sollte daher Angaben darüber enthalten, welche therapeutischen Angebote im Bereich Ernährung durchgeführt werden (z. B. Ernährungsberatung, Lehrküche).

4.7.10 Angehörigenarbeit

Die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung wird oft ungewollt durch sogenanntes suchtbegleitendes, co-abhängiges Verhalten des sozialen Umfeldes begünstigt. Umgekehrt ist ein intaktes soziales Umfeld gleichzeitig ein wesentlicher Prognosefaktor für ein abstinentes Leben.

Unter Angehörigen werden alle wichtigen Bezugspersonen, insbesondere der Ehe- und Lebenspartner, verstanden. Wesentlich für Interventionen im Rahmen der Angehörigenarbeit ist, dass eine kontinuierliche Beziehung besteht, die aus Sicht des Rehabilitanden bzw. des Therapeuten einer Bearbeitung bedarf. Dies ist nicht zuletzt von Bedeutung bei allein stehenden Rehabilitanden. Angehörigenarbeit findet begleitend und unterstützend statt (z. B. Angehörigenseminare).

Wohnortnähe erleichtert die Einbeziehung von Angehörigen in die therapeutische Arbeit. Dies sollte Ausdruck im Rehabilitationskonzept finden.

Das Rehabilitationskonzept sollte Angaben enthalten, wie die Angehörigenarbeit konkret gestaltet wird.

⁸ Abbauprodukt von Alkohol im Urin

4.7.11 Rückfallmanagement

Rückfälle bzw. Rückfallgefährdung gehören zum Wesen der Abhängigkeits-erkrankung. Die Rehabilitationseinrichtung muss über ein Rückfallkonzept verfügen, aus dem erkennbar wird, welche Maßnahmen eingesetzt werden, um einem Rückfall vorzubeugen, wie damit umgegangen wird, wenn es zu einem Rückfall gekommen ist, unter welchen Bedingungen die Rehabilitation fortgesetzt werden kann bzw. wann sie ggf. beendet wird. Die Kriterien, nach denen entschieden wird, dass trotz Rückfalls die Rehabilitation fortgesetzt wird, sind im Rehabilitationskonzept zu benennen.

Als Maßnahmen zur Rückfallerkennung und -prävention sind indikationsabhän-gig regelmäßige Alkoholkontrollen (z. B. Atemalkoholkontrollen oder Ethylglu-curonid⁸ (ETG)-Untersuchungen) sowie Medikamenten- und Drogenscreenings durchzuführen und darzustellen.

4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege

In der Rehabilitation Abhängigkeitskranker kommt den Gesundheits- und Kran-kenpflegern eine ergänzende Funktion bei der Gestaltung des rehabilitativen Milieus zu. Besondere Kenntnisse der Behandlung von Abhängigkeitskranken werden erwartet. Die Pflege (z. B. die Umsetzung ärztlicher Anordnungen und Verschreibungen, Ausgabe von Medikamenten oder das Anlegen von Verbän-den), die Mitgestaltung des Gesundheitstrainings und der Dokumentation sowie die Kontrolle der Suchtmittelfreiheit gehören zu den Aufgaben dieser Berufs-gruppe. Insbesondere bei der Behandlung der häufig auftretenden Begleit- und Folgeerkrankungen wirken die Gesundheits- und Krankenpfleger umfassend mit.

Die Aufgaben des Pflegepersonals sind im Rehabilitationskonzept darzustellen.

4.7.13 Weitere Leistungen

Um das Rehabilitationsziel zu erreichen bzw. den Rehabilitationserfolg langfris-tig zu stabilisieren, können im Anschluss an die Rehabilitation weitere Leistun-gen erforderlich sein (z. B. Nachsorge). Diese müssen von der Rehabilitations-einrichtung so zeitig angebahnt und mit dem zuständigen Rehabilitationsträger abgestimmt werden, dass ein nahtloser Übergang ohne Verzögerung möglich ist.

Sollten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich werden, sind diese während der Rehabilitation rechtzeitig unter Einschaltung der Reha-Fachberater der Rentenversicherung oder der zuständigen Agentur für Arbeit einzuleiten.

Die Einleitung weiterer Leistungen durch die Rehabilitationseinrichtung ist im Rehabilitationskonzept darzustellen.

4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Im Rehabilitationskonzept werden Angaben zu:

- der Vorbereitung der Rehabilitanden auf die Entlassung
- der Entlassungsuntersuchung
- der zeitnahen Erstellung des Entlassungsberichts nach dem Leitfaden der DRV
- Beendigungskriterien und
- Anregung, Einleitung und Verknüpfung insbesondere der stationären Re-habilitationsleistung mit medizinischen Nachsorgeleistungen bzw. weiteren Maßnahmen (z. B. Begegnungstage)

erwartet.

Es ist zusätzlich anzugeben, wann die Leistung zur medizinischen Rehabilitation vorzeitig beendet wird bzw. als beendet angesehen wird.

5. Personelle Ausstattung

Das für die Umsetzung des abgestimmten Rehabilitationskonzeptes notwendige Personal wird zwischen dem Träger der Einrichtung und dem (federführenden) Rentenversicherungsträger bzw. den Krankenkassen vereinbart. Aus ihm muss die Zuordnung der vorgesehenen Mitarbeiter zu den geplanten Funktionen erkennbar sein. Der Personalstandsplan⁹ sollte laufend geprüft werden; die im Personalplan vereinbarte personelle Mindestbesetzung ist einzuhalten.

Der aktuelle Personalstandsplan benennt alle Mitarbeiter im medizinisch-therapeutischen Bereich. Es muss angegeben sein, seit wann sie in der Rehabilitationseinrichtung sind, welche Ausbildung sie haben und in welcher Funktion sie eingesetzt sind. Es sind Nachweise über die berufliche Qualifikation (Approbation, Facharzturkunden, Zusatzbezeichnungen, Fachkunden, Diplome, Bachelor, Master, Weiterbildungen usw.) und die berufliche Praxis (nachgewiesen durch Arbeitszeugnisse oder andere Belege) vorzulegen.

Für den Bereich der ambulanten und ganztägig ambulanten Rehabilitation gelten außerdem die Gemeinsamen Rahmenkonzepte der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung in der jeweils gültigen Fassung.

6. Räumliche Gegebenheiten

Zu den räumlichen Gegebenheiten sind – in Ergänzung zu den Angaben zur Lage der Rehabilitationseinrichtung (vgl. Ziffer 3) – Angaben zur Anzahl, Größe und Ausstattung der Patientenzimmer zu machen sowie die Art, Anzahl, Größe und Ausstattung der Funktionsräume inkl. Büros der Therapeuten darzustellen. Raumpläne mit entsprechender Benennung der Räume (Patientenzimmer, Arztzimmer, Gruppentherapieaum, Ergotherapieaum, Ruheraum usw. einschließlich Größe in qm) müssen vorgelegt werden.

Die Mitbenutzung geeigneter externer Räumlichkeiten ist grundsätzlich zulässig und vertraglich zu regeln. Der Aspekt der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit ist dabei ebenso zu berücksichtigen wie der therapeutische Aspekt der Realitätsnähe.

7. Kooperation und Vernetzung

Es ist anzugeben, mit welchen Institutionen, betrieblichen Einrichtungen und Praxen welche Form der Zusammenarbeit stattfindet, wie die Einrichtung regional und überregional vernetzt ist und welche Art von Kooperationen und Vereinbarungen hierzu bestehen. Die Teilnahme und Mitarbeit in Arbeitskreisen, Mitgliedschaft in Fachverbänden und Fachgesellschaften sind zu benennen.

Die Unterstützung durch und Kooperationen mit Wirtschaftsunternehmen insbesondere in den Bereichen Alkohol, Medikamente, Drogen, Tabak und Glücksspiel sind darzustellen.

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Die Leistungserbringer sind gesetzlich zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Diese müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

In § 20 SGB IX wird die Einführung einer Qualitätssicherung auch für die Rehabilitation Abhängigkeitskranker – unabhängig von der Versorgungsform –

⁹Anforderungen der DRV zur personellen Ausstattung für den stationären Bereich wurden in den Gremien der Rentenversicherung abgestimmt.

Die Rahmenkonzepte finden Sie ab Seite 17 bzw. Seite 32.

gefordert. Einrichtungsbezogene Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung stellen eine wichtige Grundlage dafür dar, die in den Einrichtungen durchgeführte Rehabilitation zu verbessern. Die fachliche Diskussion über die Weiterentwicklung der Rehabilitation in den Rehabilitationseinrichtungen wird dadurch unterstützt.

In der **Gemeinsamen Empfehlung nach § 20 Abs. 1 SGB IX vom 27. März 2003** vereinbarten die Rehabilitationsträger Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen, insbesondere zur barrierefreien Leistungserbringung, sowie für die Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement der Leistungserbringer. Diese sind nach § 20 Abs. 2 SGB IX zu einem internen Qualitätsmanagement verpflichtet. Dazu gehört auch, dass verbindlich eine Basisdokumentation eingesetzt wird. Die Rehabilitationseinrichtungen leiten die Daten des Deutschen Kerndatensatzes an die Deutsche Suchthilfestatistik weiter. Die Durchführung einer Routinekatamnese gemäß dem Deutschen Kerndatensatz Katamnese zum Nachweis der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges wird empfohlen.

Die **„Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX“** vom 1. Oktober 2009 regelt für alle Leistungserbringer in der stationären medizinischen Rehabilitation die grundsätzlichen Anforderungen an ein internes Qualitätsmanagementverfahren. Außerdem wird ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren festgelegt. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) veröffentlicht die anerkannten Qualitätsmanagement-Verfahren und die Zertifizierungsstellen auf ihrer Homepage (www.bar-frankfurt.de).

Von den Rehabilitationseinrichtungen wird ein einheitlicher Qualitätsstandard für die Dokumentation bei Abschluss der Rehabilitationsleistung durch die Rentenversicherungsträger gefordert. Gemeinsame Dokumentationsgrundlage ist der „Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung“. Die Einführung einer einheitlichen Dokumentationslogik soll die Datenqualität verbessern und damit eine vergleichbare Berichterstattung ermöglichen. Nach jeder Leistung zur medizinischen Rehabilitation, unabhängig von der Durchführungsform, erstellt die Rehabilitationseinrichtung den Entlassungsbericht. Es wird erwartet, dass im Rehabilitationskonzept Aussagen zur rechtzeitigen Erstellung dieses Entlassungsberichts unter der Verantwortung des leitenden Arztes enthalten sind.

Im Rehabilitationskonzept muss dazu Stellung genommen werden, dass die Rehabilitationseinrichtung sich an der Reha-Qualitätssicherung der Rehabilitationsträger beteiligt und bereit ist, an Weiterentwicklungen mitzuwirken (vgl. **Anhang 2** „Qualitätssicherungsinstrumente und -verfahren“).

Das Zusammenspiel von **externer Qualitätssicherung** und **internem Qualitätsmanagement (QM)** ermöglicht eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung. Das interne Qualitätsmanagement, zu dem die Leistungserbringer nach § 20 Abs. 2 SGB IX verpflichtet sind, bildet die Voraussetzung für eine effektive Qualitätssicherung und -verbesserung in den Rehabilitationseinrichtungen. Stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen müssen sich darüber hinaus zum Nachweis und zur Bewertung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements durch eine unabhängige Institution verpflichtend nach einem einheitlichen Verfahren zertifizieren lassen.

Jedes Rehabilitationskonzept muss zum internen Qualitätsmanagement und bei stationären Rehabilitationseinrichtungen auch zur Zertifizierung Aussagen enthalten.

9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

Es wird davon ausgegangen, dass die Therapeuten regelmäßig und verantwortlich im multiprofessionellen Team unter ärztlicher Gesamtverantwortung patientenorientiert zusammenarbeiten.

Konkrete Angaben zur Leitungsstruktur (Leitungsteam), zum Team und dazu, wie die Arbeit organisiert wird, verschaffen einen Überblick über die Kommunikationsstruktur der Rehabilitationseinrichtung. Im Wesentlichen ist darzulegen, in welchem Rahmen Arbeitsbesprechungen, Supervision, Konferenzen usw. organisiert und durchgeführt und wie sie dokumentiert werden.

Es sind der Umgang mit der Einhaltung der Schweigepflicht in der Rehabilitationseinrichtung und den damit zusammenhängenden datenschutzrechtlichen Vorschriften darzustellen.

10. Notfallmanagement

Das Konzept enthält Aussagen zu einem Notfallmanagement, insbesondere zum Notfallablaufplan, zum Schulungsprogramm und zur medizinisch-technischen Ausstattung.

11. Fortbildung

Regelmäßige Fortbildung ist gemäß den Anforderungen der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001 sicherzustellen (vgl. Anlage 1 Ziffer 7, Anlage 2, Ziffer 8).

12. Supervision

Supervision dient der Reflektion und Verbesserung des professionellen Handelns und ist als qualitätssichernde und -förderliche Beratung in Rehabilitationseinrichtungen Abhängigkeitskranker unerlässlich. Zu unterscheiden ist je nach Fokus zwischen interner und externer Fallsupervision und externer Teamsupervision im Setting der Einrichtung.

Die Fallsupervision z. B. im Rahmen der Teamsitzungen erfolgt regelmäßig und kontinuierlich intern durch den leitenden Arzt sowie zusätzlich und unverzichtbar extern durch qualifizierte Supervisoren.

Die externe Supervision richtet sich auf Fall- und Teamsupervision. Teamsupervision zielt dabei auf Verbesserung der Kommunikationsprozesse in der Rehabilitationseinrichtung und befasst sich mit Rollenverhalten und Zusammenarbeit im Rehabilitationsteam.

Im Rehabilitationskonzept müssen die Formen der internen und externen Supervision, deren Umfang, Frequenz, Teilnahmeverpflichtung für die Mitarbeiter sowie eine hinreichende Qualifikation des Supervisors dargestellt werden (vgl. „Auswahlkriterien zur Prüfung von Weiterbildungen für Gruppen- und Einzeltherapeuten im Tätigkeitsfeld der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen“).

13. Hausordnung/Therapievertrag

Regeln bilden die Grundlage für ein geordnetes Zusammenleben und sind in der Gemeinschaft unentbehrlich. Sie markieren Grenzen, zeigen Freiräume auf und erleichtern die Orientierung und Eingliederung des Einzelnen. Sie sind von strukturierendem Charakter und daher auch von therapeutischer Bedeutung. In

Die Vereinbarung finden Sie ab Seite 3.

Die Auswahlkriterien finden Sie ab Seite 78.

der Hausordnung bzw. im Therapievertrag ist darauf einzugehen, wie mit Verstößen umgegangen wird, welche Maßnahmen ergriffen werden und wann ggf. eine (sofortige) Entlassung in Frage kommt.

Literatur

Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF): AWMF-S2-Leitlinie 076/008 Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen, 11.02.2003
<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-008.html>

Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF): AWMF-S2-Leitlinie 076/009 Medikamentenabhängigkeit, 17.05.2006
<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-009.html>

BAR: Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, Heft 12, 2006,
http://www.bar-frankfurt.de/upload/Arbeitshilfe_Abhaengigkeit_172.pdf

BAR: Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX vom 27.03.2003
http://www.bar-frankfurt.de/upload/Gemeinsame_Empfehlung_Qualitaetssicherung_79.pdf

BAR: Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen (Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“) vom 08.11.2005
http://www.bar-frankfurt.de/upload/Gemeinsame_Empfehlung_Sozialdienste_82.pdf

BAR: Grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 20 SGB IX, Oktober 2009
[http://www.bar-frankfurt.de/upload/Vereinbarung_Korrektur_\(2\)_1401.pdf](http://www.bar-frankfurt.de/upload/Vereinbarung_Korrektur_(2)_1401.pdf)

BAR: Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX, Oktober 2009
http://www.bar-frankfurt.de/upload/Vereinbarung_Korrektur_%282%29_1401.pdf

Deutsche Rentenversicherung: Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung – Sozialmedizinische Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen April 2010,
<http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> > Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Sozialmedizin > Sozialmedizinische Begutachtung

Deutsche Rentenversicherung: Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht – Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung, 2009
<http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> > Zielgruppen > Reha-Einrichtungen > EDV-Verfahren und Dokumentationshilfen

Deutsche Rentenversicherung: KTL: Klassifikation Therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, Berlin 2007

Deutsche Rentenversicherung: Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung – stationäre medizinische Reha-Einrichtungen, Mai 2010,
<http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> > Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Reha-Qualitätssicherung > Strukturqualität

Deutsche Rentenversicherung: Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit
01.01.2010,

<http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> > Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Reha-Qualitätssicherung > Reha-Therapiestandards

Deutsche Rentenversicherung: Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung 01.04.2009,

<http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> > Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Konzepte, Positionspapiere, Systemfragen > Konzepte und Positionspapiere > Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation

Deutsche Rentenversicherung: Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge in der Rentenversicherung vom 07.04.2008

<http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> > Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Konzepte, Positionspapiere, Systemfragen > Konzepte und Positionspapiere > Nachsorge

Deutsche Rentenversicherung Bund: Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien bei Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation vom 06.08.2007

<http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> > Zielgruppen > Reha-Einrichtungen > Rehabilitationskonzept

Das Rahmenkonzept finden Sie ab Seite 17.

Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 03.12.2008

<http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> > Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Konzepte, Positionspapiere, Systemfragen > Konzepte und Positionspapiere > Rahmenkonzept zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Projektgruppe Suchtbehandlung beim VDR: Zum aktuellen Stand und zu Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Rehabilitation Abhängigkeitskranker; DRV Heft 10-11 Oktober/November 2005, S. 577-598

Die Vereinbarung finden Sie ab Seite 3.

Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001

<http://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/grundsatzpapiere/abhaengigkeitserkrankung/index.htm>

Vereinbarung zur externen Qualitätssicherung und zum einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Rehabilitation und der stationären Vorsorge nach § 137d Abs. 1, 2 und 4 SGB V vom 01.06.2008

<http://www.qs-reha.de/downloads/vereinbarung.pdf>

Verfahrensabsprache der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger zur Adaptionphase bei Abhängigkeitskranken vom 08.03.1994

http://www.suchthilfe.de/basis/verfahrensabsprache_rahmenkonzept_adaption_3_1994.pdf

www.deutsche-rentenversicherung.de > Rehabilitation > Reha-Qualitätssicherung

www.qs-reha.de

Das Rahmenkonzept finden Sie ab Seite 17.

Hinweise der Deutschen Rentenversicherung zu arbeitsbezogenen Interventionen in der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Das „Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ vom 3. Dezember 2008 führt aus, dass arbeitsbezogene Maßnahmen ein Instrument zum Erhalt bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit und Beruf darstellen. Es geht im Folgenden um die Umsetzung von arbeitsbezogenen Maßnahmen in der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker der Rentenversicherung.

Was sind arbeitsbezogene Interventionen in der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker in der Rentenversicherung?

Unter arbeitsbezogenen Interventionen in der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker in der Rentenversicherung sind die auf der angehängten Liste ausgewählten Interventionen mit KTL-Ziffern zu verstehen. Diese Liste ist auf der Basis der Verweisliste 7.2 der KTL 2007 zu den arbeitsbezogenen Leistungen zusammengestellt worden.

Sie wollen arbeitsbezogene Interventionen in der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker durchführen. Was ist im Vorfeld zu beachten?

- Arbeitsbezogene Interventionen müssen in den Konzepten beschrieben sein.
- Das Verwaltungsverfahren ist vor Durchführung von arbeitsbezogenen Interventionen mit dem jeweiligen Rentenversicherungsträger abzustimmen.
- Ein Bedarf ist im Einzelfall zu prüfen, wobei die individuelle berufliche Problemlage maßgebend ist. Es kommt nicht auf das Vorhandensein eines Arbeitsplatzes an.

In welchem Umfang können arbeitsbezogene Interventionen erfolgen?

Werden im Rahmen der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker 40 therapeutische Einzel-/Gruppengespräche gewährt, so sind davon bis zu 10 Therapieeinheiten für arbeitsbezogene Interventionen in 6 Monaten möglich. Bei einer darüber hinausgehenden Anzahl von Therapieeinheiten sind maximal bis zu 20 Therapieeinheiten für arbeitsbezogene Interventionen vorzusehen. Die abzurechnenden arbeitsbezogenen Interventionen sind somit in den gewährten Therapiestunden enthalten.

Wie sind die arbeitsbezogenen Maßnahmen zu dokumentieren?

Als eine abrechenbare Einheit für arbeitsbezogene Interventionen gelten 60 Minuten. Die Dauer der arbeitsbezogenen Interventionen ist aufzuschreiben, die Zeiten zu addieren, durch sechzig zu teilen und anschließend erfolgt eine kaufmännische Rundung auf ganze Einheiten.

Was ist für die Abrechnung zu beachten?

Zur Abrechnung muss der Entlassungsbericht vorliegen, in dem die arbeitsbezogenen Interventionen über die KTL verschlüsselt werden. Die Abrechnung kann in Abstimmung mit dem Rentenversicherungsträger auch quartalsweise erfolgen. Es gilt der vereinbarte Kostensatz der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker.

Spezifische, abrechnungsbedingt ausgewählte therapeutische Leistungen für arbeitsbezogene Interventionen in der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker¹ in der Rentenversicherung

Arbeitsbezogene Interventionen			
Therapeutische Leistungen	KTL	Mindestdauer	Berufsgruppen
1. Sozialrechtliche Beratung – Berufliche Perspektiven	D021	C (15 Min.)	Dipl. Sozialarbeiter/ -Sozialpädagoge
2. Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben – Berufsklärung – innerbetriebliche Umsetzung, Arbeitsplatz-adaption – Klärung der wirtschaftlichen Sicherung – Arbeitsplatzbesuch – sonstige Rehabilitationsberatung	D031 D032 D033 D035 D039	C (15 Min.)	Dipl. Sozialarbeiter/ -Sozialpädagoge in Kooperation mit den Reha-Fachdiensten (Reha-Beratern), Ergotherapeut, Dipl. Psychologe, Arzt
3. Soziale Gruppenarbeit – Umgang mit Arbeitslosigkeit und beruflicher Orientierung – Training von sozialer Kompetenz – Bewerbungstraining	D051 D052 D053	I (45 Min.)	Dipl. Sozialarbeiter/ -Sozialpädagoge, Arzt, Dipl. Psychologe, Ergotherapeut
4. Arbeitsplatzbezogene Interventionen – Einzelgespräche mit Patienten und Betriebsangehörigen – Bilanzierungsgespräch bei externem Arbeitsplatzpraktikum – Arbeitsplatztraining – Arbeitsplatzbesuch	C041 E040 E050 E142	I (45 Min.) F (30 Min.) L (60 Min.) L (60 Min.)	alle relevanten therapeutischen Berufsgruppen Arzt, Ergotherapeut, Dipl. Sozialarbeiter/ -Sozialpädagoge, Dipl. Psychologe Ergotherapeut, Physiotherapeut Ergotherapeut, Dipl. Sozialarbeiter/ -Sozialpädagoge, Dipl. Psychologe, Physiotherapeut
– Organisation und Monitoring externer Belastungserprobung	G161	D (20 Min.)	Arzt, Psychologischer Psychotherapeut, Dipl. Sozialarbeiter/ -Sozialpädagoge

¹Die Auswahl der arbeitsbezogenen Interventionen erfolgte aus der Verweisliste 7.2 „Arbeitsbezogene Leistungen“ der KTL 2007.

Anhang 2

Qualitätssicherungsinstrumente und -verfahren

Ein umfangreiches Instrumentarium zur Erhebung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wurde für die medizinische Rehabilitation entwickelt. Die **Qualitätssicherungsverfahren** sollen in vergleichbarer Weise für den stationären wie für den ambulanten Versorgungsbereich genutzt werden. Spezifische Bedingungen dieser Versorgungsbereiche werden dabei angemessen berücksichtigt. Die Reha-Qualitätssicherung umfasst folgende Schwerpunkte und ist je nach Rehabilitationsträger unterschiedlich ausgestaltet:

Rehabilitandenbefragung

Die Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung informieren über die Zufriedenheit der Rehabilitanden sowie deren subjektive Einschätzung des Behandlungsergebnisses. Es werden spezifische Fragebögen für die stationäre Rehabilitation im Indikationsbereich Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen sowie nach (berufsbegleitender) ambulanter Rehabilitation Abhängigkeitskranker eingesetzt.

Peer Review-Verfahren

Die Begutachtungsergebnisse des Peer Review-Verfahrens (Reha-Entlassungsbericht, Therapieplan) bieten die Möglichkeit, Schwachstellen im Rehabilitationsprozess zu identifizieren. Die Rentenversicherung hat für den Routineeinsatz im Bereich der ganztägig ambulanten Rehabilitation die seit Jahren in der stationären Rehabilitation Abhängigkeitskranker genutzten Peer Review-Materialien entsprechend adaptiert. Die Gutachter aus den stationären und ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen werden gemeinsam geschult und das Peer Review-Verfahren in diesen Versorgungsbereichen durchgeführt.

Therapeutische Versorgung – KTL Dokumentation

Die Auswertung zur Dokumentation therapeutischer Leistungen verdeutlicht die Häufigkeit, Dauer und Differenziertheit des Leistungsgeschehen in den Rehabilitationseinrichtungen.

Reha-Therapiestandards

Die Auswertung zu Reha-Therapiestandards stellt dar, inwieweit Rehabilitanden mit entsprechender Diagnose gemäß den in den Reha-Therapiestandards formulierten Qualitätsanforderungen der Deutschen Rentenversicherung behandelt werden. Es stehen indikationsspezifische Reha-Therapiestandards für die therapeutische Versorgung in der Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeitskranken zur Verfügung.

Rehabilitandenstruktur

Informationen zu soziodemografischen sowie krankheitsbezogenen Merkmalen zeigen das jeweilige Rehabilitandenspektrum auf und können zur Einordnung der Ergebnisse zur Reha-Qualitätssicherung genutzt werden.

Sozialmedizinischer Verlauf nach medizinischer Rehabilitation

Auswertungen zum sozialmedizinischen Verlauf nach der Rehabilitation bieten Hinweise zum Rehabilitationsergebnis. Für einen Zeitraum von zwei Jahren nach Rehabilitation wird aufgezeigt, wie viele Rehabilitanden im Erwerbsleben verbleiben.

Strukturerhebungen

Strukturerhebungen zu den personellen, technischen, diagnostischen und therapeutischen Ressourcen in den Rehabilitationseinrichtungen wurden bisher von der Rentenversicherung im Rahmen der Qualitätssicherung flächendeckend

nur im stationären Versorgungsbereich durchgeführt. Es existieren verbindliche Strukturanforderungen, die indikationsspezifisch differenziert auch für die Indikation Abhängigkeitserkrankungen erarbeitet wurden.

Visitationen

Visitationen als Qualitätssicherung vor Ort haben sich in der stationären Praxis seit Jahren bewährt. Eine Anpassung des Verfahrens an die besonderen Bedingungen der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist erforderlich.

Die **Berichte zur Qualitätssicherung** dienen einerseits dazu, Rehabilitationseinrichtungen jeweils nach der Versorgungsform (stationär, ganztägig ambulant, ambulant) indikationsbezogen zu vergleichen. Andererseits werden die regelmäßigen Datenanalysen zur einrichtungsbezogenen Berichterstattung genutzt, die als Voraussetzung für eine stetige Qualitätsentwicklung in den Rehabilitationseinrichtungen angesehen wird.

Qualitätsmanagement

Stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen müssen sich darüber hinaus zum Nachweis und zur Bewertung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements durch eine unabhängige Institution verpflichtend nach einem einheitlichen Verfahren zertifizieren lassen. Zu diesem Zweck vereinbarten die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger gemeinsam im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) grundsätzliche **Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement** sowie ein einheitliches, unabhängiges **Zertifizierungsverfahren**. Alle stationären Rehabilitationseinrichtungen sind verpflichtet, ein Qualitätsmanagementsystem anzuwenden, das von der BAR¹⁰ anerkannt worden ist. Mit einem Zertifikat auf der Grundlage eines anerkannten QM-Verfahrens ist für den Zeitraum der Gültigkeit des Zertifikats der Nachweis erbracht, dass die stationäre Rehabilitationseinrichtung die Anforderungen erfüllt. Zum Nachweis wird der Rehabilitationseinrichtung von der Zertifizierungsstelle ein Zertifikat ausgestellt, das die Anerkennung nach § 20 SGB IX dokumentiert. Nach Erstzertifizierung hat die stationäre Rehabilitationseinrichtung spätestens innerhalb von jeweils drei Jahren eine Re-Zertifizierung nachzuweisen.

¹⁰www.bar-frankfurt.de

Die **herausgebende Stelle eines rehabilitationsspezifischen QM-Verfahrens** kann bei der BAR einen Antrag auf Anerkennung ihres Verfahrens stellen. Die Rehabilitationsträger überprüfen auf Ebene der BAR rehabilitationsspezifische QM-Verfahren daraufhin, ob die QM-Anforderungen erfüllt werden. Der entsprechende Nachweis ist von der jeweiligen herausgebenden Stelle durch Vorlage geeigneter Unterlagen zu erbringen. Die Zertifizierungskosten wie auch alle anderen Aufwendungen für das interne Qualitätsmanagement werden von den Rehabilitationseinrichtungen selbst getragen. Die Zertifizierung als Ergebnis eines internen QM-Systems ist Voraussetzung für die Belegung einer stationären Rehabilitationseinrichtung.

Auswahlkriterien zur Prüfung von Weiterbildungen für Gruppen- und Einzeltherapeuten im Tätigkeitsfeld der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker gemäß den Anlagen 1 und 2 der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001 in der Fassung vom 23. September 2011

Die seit 1992 veröffentlichten Auswahlkriterien sind gemeinsam von der Renten- und Krankenversicherung überarbeitet worden.

Gruppen- und Einzeltherapeuten in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker bedürfen einer fundierten theoretischen und praktischen Weiterbildung auf der Grundlage eines wissenschaftlich abgesicherten Psychotherapieverfahrens. Wichtige Weiterbildungsinhalte werden beschrieben sowie Vorgaben zu den Prüfungsrichtlinien und Angaben zur Qualifikation der Dozenten, Lehrtherapeuten und Supervisoren aufgenommen. Angemessene Übergangsregelungen ermöglichen den ausbildenden Instituten und den sich in der Weiterbildung befindlichen Teilnehmern den Übergang ohne Nachteile. Ziel ist, eine weitere wissenschaftlich fundierte Qualitätsverbesserung der Weiterbildungen zu erreichen.

Die Suchtfachverbände wurden im Rahmen von Stellungnahmen und einer gemeinsamen Erörterung einbezogen. Die Anregungen der Verbände wurden aufgegriffen und insbesondere bei den Übergangsregelungen berücksichtigt.

Die Auswahlkriterien sind am 1. Januar 2012 in Kraft getreten.

Auswahlkriterien zur Prüfung von Weiterbildungen für Gruppen- und Einzeltherapeuten¹ im Tätigkeitsfeld der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker gemäß den Anlagen 1 und 2 der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001

Fassung vom 23. September 2011

¹ Zugunsten besserer Lesbarkeit wird auf die weibliche Form von Personen und Berufsbezeichnungen verzichtet.

Inhaltsverzeichnis

- 1.0 Allgemeiner Teil
- 1.1 Einleitung
- 1.2 Rahmenbedingungen
- 2.0 Kriterienkatalog
- 2.1 Grundlagen
- 2.2 Inhaltlich-qualitative Kriterien
 - 2.2.1 Grundsätzliche Aspekte
 - 2.2.2 Weiterbildungsinhalte
- 2.3 Formal-quantitative Kriterien
 - 2.3.1 Berufsbegleitende Weiterbildung
 - 2.3.2 Zulassungsvoraussetzungen
 - 2.3.3 Dauer der Weiterbildung
 - 2.3.4 Organisatorischer Aufbau und Mindeststundenanzahl
 - 2.3.5 Prüfungsrichtlinien/-modus
 - 2.3.6 Qualifikation der Dozenten, Lehrtherapeuten und Supervisoren
 - 2.3.7 Gebühren
- 3.0 Inkrafttreten, Übergangsregelungen
 - 3.1 Inkrafttreten
 - 3.2 Übergangsregelungen

1.0 Allgemeiner Teil

1.1 Einleitung

² Ausschließlich Berufsgruppen, die in der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001 genannt sind (vgl. auch Pkt. 1.2 und Pkt. 2.3.2).

Mitarbeiter², die als Einzel- und Gruppentherapeuten in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker arbeiten wollen, bedürfen einer fundierten theoretischen und praktischen Weiterbildung auf der Grundlage eines wissenschaftlich abgesicherten Psychotherapieverfahrens, das aus einem verhaltenstherapeutischen oder tiefenpsychologischen Krankheitsmodell ableitbar ist.

In den Jahren nach Inkrafttreten der Sucht-Vereinbarung von 1978 hatte sich ein ausufernder und kaum noch überschaubarer Markt an Zusatzausbildungen entwickelt mit einem breiten und sehr heterogenen Weiterbildungsangebot bei fehlenden Mindeststandards.

Der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) beauftragte im Jahre 1991 eine Projektgruppe, die unter der Beteiligung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) formale und inhaltliche Beurteilungskriterien für die Weiterbildungscurricula im Tätigkeitsfeld der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker erarbeitete. Diese Kriterien wurden überdies mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgestimmt und 7-8/1992 in der Zeitschrift „Deutsche Rentenversicherung“ 7-8/1992, Seite 468 – 479, veröffentlicht.

Die Beurteilungskriterien wurden 2011 überarbeitet und aktualisiert.

1.2 Rahmenbedingungen

Im Folgenden werden Kriterien für die Bewertung von Weiterbildungscurricula und damit gleichzeitig Qualitätsstandards für die Gestaltung von Weiterbildungs-

gen beschrieben. Dabei werden inhaltliche und formale Mindestanforderungen unabhängig von der psychotherapeutischen Grundausrichtung definiert.

³Es wird davon ausgegangen, dass die bisherigen Studienabschlüsse für die Berufsgruppe der Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagogen durch den Bachelor in „Sozialer Arbeit“ mit staatlicher Anerkennung ersetzt werden. Der Abschluss Diplom-Psychologe wird durch den Abschluss eines konsekutiven Masters in Psychologie mit Berechtigung zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten ersetzt werden.

Grundlage für die Beurteilungskriterien ist die Notwendigkeit einer tätigkeitsfeldspezifischen Weiterbildung für Gruppen- und Einzeltherapeuten im Bereich der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Die Weiterbildungen sind ausschließlich für die in der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ beschriebenen Berufsgruppen konzipiert. Diese sind Ärzte, Diplom-Psychologen und Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagogen.³

Zum Verständnis der nachfolgenden Beurteilungskriterien ist der Begriff **Weiterbildung** wie folgt zu verstehen:

Eine Weiterbildung ist ein umfassendes, mehrjähriges und strukturiertes therapeutisches postgraduales Curriculum, welches auf der Grundlage der im Studium erworbenen Kenntnisse aufbaut. Es führt zur Kompetenz für eine eigenverantwortliche Tätigkeit als Gruppen- und Einzeltherapeut in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Die Weiterbildung muss theoretische Kenntnisse und praktische Fertigkeiten vermitteln sowie fachlich geleitet sein.

Im Gegensatz dazu schaffen Fortbildungen keine Grundlagen im Sinne der Weiterbildung, sondern befassen sich mit eng umgrenzten einzelnen Aspekten bzw. Teilaspekten eines Bereichs. In der Regel werden vorhandene Fachkompetenzen in diesem Bereich lediglich erweitert und vertieft.

Die im Folgenden beschriebenen Kriterien gelten für tätigkeitsfeldspezifische Weiterbildungen für Gruppen- und Einzeltherapeuten in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker.

2.0 Kriterienkatalog

2.1 Grundlagen

Es gibt unabdingbare Kriterien, die erfüllt sein müssen, damit ein Weiterbildungsengang als geeignet anerkannt werden kann. Ist eines dieser Kriterien nicht erfüllt, kann die Weiterbildung nicht akzeptiert werden. Es ist zu unterscheiden zwischen inhaltlich-qualitativen und formal-quantitativen Kriterien.

2.2 Inhaltlich-qualitative Kriterien

2.2.1 Grundsätzliche Aspekte

Es geht um die Darstellung des theoretischen Bezugssystems auf der Grundlage eines wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahrens sowie der Weiterbildungsinhalte und der zu vermittelnden Fertigkeiten. Von einem Weiterbildungscurriculum werden auf der Grundlage einer wissenschaftlich begründeten Theorie Aussagen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeitserkrankungen unter Beachtung eines bio-psycho-sozialen Störungsmodells gefordert. Die Prüfung dieser inhaltlichen Kriterien setzt bei den Dozenten und Lehrtherapeuten ein differenziertes medizinisches und psychotherapeutisches Fachwissen voraus. Dieses kann daher nur von Fachleuten aus den Bereichen Medizin, Psychologie und Sozialarbeit angemessen geleistet werden, die mit der Rehabilitation Abhängigkeitskranker vertraut sind.

2.2.2 Weiterbildungsinhalte

Eine wissenschaftlich anerkannte Persönlichkeitstheorie sowie Aussagen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeitserkrankungen unter Beachtung eines bio-psycho-sozialen Störungsmodells müssen nicht nur dargestellt, sondern erkennbar die methodische Grundlage des Lehrprogramms sein.

Es sollen vertiefte Kenntnisse und Kompetenzen in folgenden Bereichen vermittelt werden:

- Grundlagen der ICF,
- Konzepte über die Entstehung, Aufrechterhaltung und den Verlauf von Abhängigkeitserkrankungen,
- Theorie und Praxis der Diagnostik bei Abhängigkeitserkrankungen,
- Vermittlung von Kenntnissen der Diagnostik und Behandlung komorbider psychischer Störungen bei Abhängigkeitserkrankungen,
- Intra- und interpersonelle Aspekte suchtbedingter Störungen in Familien und bei weiteren Bezugspersonen,
- geschlechtsspezifische und lebensaltersspezifische Aspekte bei Abhängigkeitserkrankungen,
- medizinische Grundkenntnisse über Gesundheitsstörungen und somatische Komorbidität bei Abhängigkeitskranken inklusive pharmakologische Grundkenntnisse,
- Einzeltherapie und Gruppentherapie, Planung und Durchführung einer Behandlung, Interventionsmethoden,
- Behandlungskonzepte und -techniken sowie deren Anwendung (Rückfallbearbeitung, Prävention, Krisenintervention),
- Therapiemotivation des Patienten, Entscheidungsprozesse des Therapeuten, Therapeuten-Patienten-Beziehung im Therapieprozess,
- Einbindung von Bezugspersonen in den therapeutischen Prozess,
- Dokumentation therapeutischer Behandlungsverläufe und Evaluation (Dies bedeutet die Bewertung des therapeutischen Prozesses zur Rückkopplung für die Angemessenheit des Vorgehens und zur Steuerung des weiteren Therapieverlaufes. Dies sollte geschehen in Form von Dokumentation.),
- Aspekte der Erwerbsfähigkeit, Sozialmedizin, Erwerbsprognose, arbeitsbezogene Maßnahmen,
- Rahmenbedingungen der Rehabilitation und
- Vernetzungs- und Kooperationsaspekte im Sinne des SGB IX.

2.3 Formal-quantitative Kriterien

2.3.1 Berufsbegleitende Weiterbildung

Die Weiterbildung muss berufsbegleitend sein.

Für die Dauer der Weiterbildung muss ein Arbeitsplatz mit dem zeitlichen Umfang von mindestens 50 % der wöchentlichen Regelarbeitszeit im Bereich der ambulanten, ganztägig ambulanten oder stationären Rehabilitation Abhängigkeitskranker nachgewiesen werden.

2.3.2 Zulassungsvoraussetzungen

Als Voraussetzung für die Teilnahme an der Weiterbildung gilt eine abgeschlossene Ausbildung als Arzt, Diplom-Psychologe, Diplom-Sozialarbeiter und Diplom-Sozialpädagoge⁴ gemäß den Anlagen 1 und 2 der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001. Zu den Zulassungsvoraussetzungen gehört auch die Prüfung der persönlichen Eignung.

⁴Siehe auch Ziffer 3.

2.3.3 Dauer der Weiterbildung

Die Weiterbildung muss eine Mindestdauer von zwei Jahren aufweisen und sollte maximal auf drei Jahre angelegt sein. Für längere Ausfallzeiten (z. B. Krankheit, Elternzeit) sollte das Curriculum entsprechende Regelungen mit Verlängerung der Weiterbildungsdauer vorsehen.

2.3.4 Organisatorischer Aufbau und Mindeststundenanzahl

Gefordert wird ein fachlich geleitetes Pflichtprogramm mit transparenter Struktur von insgesamt mindestens 600 Stunden, davon 200 Stunden Theorie und

400 Stunden Vermittlung therapeutischer Fertigkeiten. Letzteres geschieht durch Supervision und Selbsterfahrung.

Theorievermittlung, Selbsterfahrung und fallzentrierte Arbeit mit Supervision sind obligatorisch zu fordern und sollen jeweils ein Drittel der Gesamtbildung betragen.

Das Curriculum sollte konkrete Aussagen zur Form der Theorievermittlung enthalten (Seminare, Literaturstudium, Arbeitsgruppen u. ä.). Die Selbsterfahrung und die Supervision müssen berufs begleitend an die eigene Ausübung therapeutischer Tätigkeit gebunden sein.

Die Teilnehmerzahl kann in den genannten Bereichen unterschiedlich sein. Es muss aber sichergestellt sein, dass die Gruppengröße eine aktive Mitarbeit des Einzelnen bei der Erarbeitung der Lerninhalte gewährleistet. In der Regel wird die Gruppengröße bei den Bausteinen Selbsterfahrung und Supervision kleiner sein. Die Zahl von 12 Teilnehmern sollte nicht überschritten werden.

Zur Vertiefung des theoretisch-praktischen Teils dienen darüber hinaus Gruppentreffen ohne fachliche Leitung.

Bei der Falldokumentation sind die therapeutischen Prozesse im Rahmen der Rehabilitation so zu dokumentieren, dass das Konzept geleitete Vorgehen und die Kontrolle des Verlaufs sichtbar werden.

Stunden ohne fachliche Anleitung (Gruppentreffen, Falldokumentation, Literaturstudium u. ä.) sind nicht auf die geforderte Mindeststundenanzahl anrechenbar.

2.3.5 Prüfungsrichtlinien/-modus

Eine Prüfung mit mündlichem und schriftlichem Teil ist obligatorisch. Die Zulassung zur Prüfung, die Prüfungsdurchführung, die Besetzung der Prüfungskommission, die Dokumentation der Prüfung, die Benotung und die Regelungen zum Nichtbestehen müssen transparent dargestellt sein.

Die Zulassung zur Prüfung wird erteilt, wenn folgende Nachweise vorliegen:

1. die Geburtsurkunde und alle Urkunden, die eine spätere Namensänderung ausweisen,
2. der Nachweis über die bestandene Abschlussprüfung im Studiengang Psychologie, die das Fach Klinische Psychologie einschließt, eine Approbation als Arzt oder eine staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter/Sozialpädagoge,
3. der Beleg über ein Beschäftigungsverhältnis in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker während des Weiterbildungszeitraumes und
4. die Bescheinigung über die vollständige Teilnahme an den Weiterbildungsveranstaltungen.

Die Zulassung zur Prüfung und die Ladungen zu den Prüfungsterminen sollen dem Prüfling spätestens zwei Wochen vor Prüfungsbeginn schriftlich mitgeteilt werden.

Die schriftliche Prüfung stellt durch Fragen und Aufgaben zu zentralen Weiterbildungsinhalten (s. 2.2.2) sicher, dass die erforderlichen vertieften Kenntnisse und Kompetenzen für die Tätigkeit als Einzel- und Gruppentherapeut in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker erworben worden sind.

Für den mündlichen Teil der Prüfung wird eine Prüfungskommission gebildet. Die Prüfungskommission besteht aus drei Mitgliedern, von denen mindestens

einer keine Lehrkraft der Ausbildungsstätte sein darf, an der die Ausbildung durchgeführt wurde. Alle Prüfer müssen nach Ziffer 2.3.6 qualifiziert sein. Jede der drei Berufsgruppen (Sozialpädagoge/Sozialarbeiter, Psychologe und Arzt) muss in der Prüfungskommission repräsentiert sein. Der Selbsterfahrungsleiter des Prüflings darf der Prüfungskommission nicht angehören.

Über den mündlichen Teil der Prüfung ist eine Niederschrift zu fertigen, aus der Gegenstand, Ablauf und Ergebnisse der Prüfung sowie etwa vorkommende Unregelmäßigkeiten hervorgehen. Sie ist von allen Mitgliedern der Prüfungskommission zu unterzeichnen. Lautet die Note „mangelhaft“ oder „ungenügend“, so sind die Gründe in der Niederschrift anzugeben.

Die Prüfung ist bestanden, wenn schriftlicher und mündlicher Prüfungsteil bestanden sind. Das Weiterbildungsinstitut erstellt nach erfolgreich bestandener Abschlussprüfung ein Zertifikat. Aus diesem muss erkennbar sein, dass die Weiterbildung für das Tätigkeitsfeld der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker nach den hier vorliegenden Kriterien qualifiziert. Über das Nichtbestehen erhält der Prüfling eine schriftliche Mitteilung, in der die Prüfungsnoten anzugeben sind.

Der Prüfling kann den schriftlichen und den mündlichen Teil der Prüfung jeweils zweimal wiederholen, wenn er die Note „mangelhaft“ oder „ungenügend“ erhalten hat. Eine weitere Wiederholung ist nicht zulässig.

Die Regularien für die Prüfungswiederholung wie auch für einen Rücktritt im laufenden Prüfungsverfahren müssen konkret beschrieben sein.

2.3.6 Qualifikation der Dozenten, Lehrtherapeuten und Supervisoren

Dozenten und Lehrtherapeuten bzw. Supervisoren müssen über eine spezifische Qualifikation verfügen. Die Berufsgruppen der Ärzte, Diplom-Psychologen und Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagogen müssen im Dozententeam vertreten sein.

Ärzte und Psychologen als Dozenten bzw. Lehrtherapeuten verfügen grundsätzlich über eine Anerkennung zum Führen der Zusatzbezeichnung Psychotherapie bzw. eine Approbation als Psychologischer Psychotherapeut. Sozialarbeiter und Sozialpädagogen haben eine tätigkeitsfeldspezifische Weiterbildung, die nach den hier vorliegenden Kriterien zur Anerkennung empfohlen ist, nachzuweisen. Ebenfalls ist die Berufserfahrung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker zu belegen.

Das Weiterbildungsinstitut muss die fachliche und persönliche Qualifikation der Dozenten, Lehrtherapeuten und Supervisoren transparent machen und kontinuierlich sichern.

Voraussetzung für eine Qualifikation als Dozent, Lehrtherapeut bzw. Supervisor:

- abgeschlossene psychotherapeutische bzw. suchttherapeutische Ausbildung/ Weiterbildung, nachgewiesen durch die Approbationsurkunde bzw. ein Zertifikat über eine Weiterbildung nach den Vorgaben dieses Papiers,
- eine dreijährige psychotherapeutische bzw. suchttherapeutische Berufstätigkeit nach Abschluss der psychotherapeutischen bzw. suchttherapeutischen Aus- bzw. Weiterbildung,
- eine mindestens zweijährige Lehrtätigkeit an einer Ausbildungsstätte und
- die persönliche Eignung.

Dozenten, die ausschließlich Theorieveranstaltungen anbieten, müssen in dem von ihnen zu vermittelnden Fach qualifiziert sein

2.3.7 Gebühren

Das Curriculum muss verbindlich Auskunft über die Höhe der Gebühren und sonstigen Kosten geben.

3.0 Inkrafttreten, Übergangsregelungen

3.1 Inkrafttreten

Die Auswahlkriterien treten ab 1. Januar 2012 in Kraft.

3.2 Übergangsregelungen

Mitarbeiter, die am 1. April 1992 bereits im Bereich der stationären Entwöhnungsbehandlung tätig waren und eine bis dahin von dem federführenden Rehabilitationsträger akzeptierte Weiterbildung als Therapeut abgeschlossen haben, bedürfen keiner weiteren oder ergänzenden Weiterbildung.

Mitarbeiter, die vor dem 1. Januar 2010 mit einer ergänzenden Weiterbildung (siehe Liste der anerkannten Ergänzungscurricula⁵) begonnen haben oder sie bereits abgeschlossen haben, werden im Rahmen der Übergangsregelung als Gruppen- und Einzeltherapeuten akzeptiert.

Einrichtungen, die Mitarbeiter im therapeutischen Bereich als Gruppen- und Einzeltherapeut einsetzen wollen, belegen dem Rehabilitationsträger den erfolgreichen Abschluss des Mitarbeiters einer von der Deutschen Rentenversicherung geprüften und zur Anerkennung empfohlenen Weiterbildung. Bis zu diesem Zeitpunkt ist während der Dauer der berufsbegleitenden Weiterbildung ein Einsatz als Co-Therapeut möglich.

Weiterbildungen, die von der Deutschen Rentenversicherung vor dem Inkrafttreten dieser Auswahlkriterien am 1. Januar 2012 zur Anerkennung empfohlen wurden⁶, müssen hinsichtlich der inhaltlich-qualitativen und formal-quantitativen Kriterien überarbeitet werden. Den Weiterbildungsinstituten wird Gelegenheit gegeben, bis **31. Dezember 2015** ihre angebotenen Weiterbildungen anzupassen und der Deutschen Rentenversicherung vorzulegen.

Wird von den Weiterbildungsinstituten keine Überarbeitung bis zum 31. Dezember 2015 eingereicht, verliert die bisher ausgesprochene Anerkennungsempfehlung ihre Gültigkeit zum 1. Januar 2016.

Bei Weiterbildungen, für die keine Überarbeitung erfolgte, wird der erfolgreiche Abschluss nach dem 31. Dezember 2015 nur akzeptiert, wenn mit der Weiterbildung vor dem 1. Januar 2016 begonnen wurde.

⁵www.deutsche-rentenversicherung.de > Fachinfos > Sozialmedizin & Forschung > Sozialmedizin > Fort- und Weiterbildung > Weiterbildung > Weiterbildungen für Gruppen- und Einzeltherapeuten im Tätigkeitsfeld Sucht (Anlage 2)

⁶www.deutsche-rentenversicherung.de > Fachinfos > Sozialmedizin & Forschung > Sozialmedizin > Fort- und Weiterbildung > Weiterbildung > Weiterbildungen für Gruppen- und Einzeltherapeuten im Tätigkeitsfeld Sucht (Anlage 1)

Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31. Oktober 2012

Die Deutsche Rentenversicherung und die Gesetzliche Krankenversicherung haben sich auf ein Gemeinsames Rahmenkonzept zur Suchtnachsorge verständigt. Dieses definiert die erforderlichen Nachsorgeleistungen im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung und grenzt sie von anderen Rehabilitationsleistungen ab. Es beschreibt die Inhalte und Themen der Nachsorge. Ferner enthält es qualitative Anforderungen an die Nachsorgeeinrichtungen und beschreibt die Einleitung und Durchführung der Nachsorge. Die Deutsche Rentenversicherung und die Gesetzliche Krankenversicherung wollen soweit wie möglich gemeinsame Formulare zur Beantragung, Dokumentation und Abrechnung nutzen. Die Formulare der Deutschen Rentenversicherung werden im Internetangebot www.deutsche-rentenversicherung.de unter der Rubrik „Services“ und „Formulare & Anträge“ bereitgestellt. Mit dem Rahmenkonzept unterstreichen die Rehabilitationsträger die Bedeutung der Nachsorge zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Entwöhnungsbehandlungen.

Die Suchtfachverbände wurden im Rahmen von Stellungnahmen eingebunden. Bei einer gemeinsamen Erörterung wurden Anregungen der Verbände aufgegriffen und führten zu sinnvollen Ergänzungen des Konzepts.

Das Gemeinsame Rahmenkonzept ist am 1. März 2013 in Kraft getreten.

Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31. Oktober 2012

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
2. Definition der Nachsorge
3. Abgrenzung von Rehabilitationsleistungen
4. Inhalte und Themen der Nachsorge
5. Anforderungen an die Nachsorgeeinrichtungen
 - 5.1 Personelle Mindestanforderungen an eine Nachsorgeeinrichtung
 - 5.2 Räumliche Ausstattung einer Nachsorgeeinrichtung
6. Einleitung der Nachsorge
7. Durchführung
8. Finanzierung
9. Dokumentation und Qualitätssicherung

1. Einleitung

Nachsorge ist ein wichtiges Instrument zur Sicherung der Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation und ist bei Abhängigkeitserkrankungen wegen der komplexen Beeinträchtigungen von besonderer Bedeutung.

Im Rahmen der Weiterentwicklung der ambulanten Nachsorge besteht das Ziel aller beteiligten Leistungsträger, auf der Basis dieses gemeinsam abgestimmten Rahmenkonzepts bedarfsgerecht Leistungen für Abhängigkeitskranke zu erbringen.

Die Nachsorge kommt bei Abhängigkeitskranken, bei denen das Rehabilitationsziel erreicht ist, grundsätzlich im Anschluss an eine stationäre und ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation in Betracht. Sie wird über einen begrenzten Zeitraum in einer geeigneten Nachsorgeeinrichtung ambulant durchgeführt.

In der Nachsorge werden die in der Rehabilitation erworbenen Verhaltensweisen und Einstellungen erprobt, nachhaltig gesichert und weiter gefestigt sowie rückfallgefährdende Krisen durch erlernte Kompetenzen angemessen bewältigt. Die Nachsorge unterstützt Abhängigkeitskranke somit beim Transfer des Erlernten in den Alltag und bei der Sicherung des Rehabilitationserfolges.

Rechtsgrundlagen der Nachsorge sind die entsprechenden Vorschriften des SGB V¹, SGB VI und SGB IX. Leistungszuständig ist grundsätzlich der Träger, der die Leistung zur medizinischen Rehabilitation (Hauptleistung) erbracht hat.

2. Definition der Nachsorge

Die Nachsorge folgt den Dimensionen des bio-psycho-sozialen Modells der funktionalen Gesundheit der WHO, wie sie in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)² niedergelegt sind.

Die Nachsorge kommt in Betracht, wenn der Anschluss an eine Selbsthilfegruppe nicht ausreicht und eine ambulante Psychotherapie (§ 28 SGB V) nicht indiziert oder nicht ausreichend ist.

Bei der Nachsorge handelt es sich um definierte Gruppen- und Einzelgespräche, die der Sicherung und Festigung der in der medizinischen Rehabilitation

¹ § 43 SGB V; Nachsorgeleistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse dürfen nicht zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung gehören oder diesen zugeordnet werden.

² Siehe: ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – www.dimdi.de

erworbenen Verhaltensweisen und Einstellungen dienen. Dabei treten die therapeutischen Elemente der Rehabilitation zu Gunsten der Förderung sozialer Kontakte und eigener Aktivitäten der Abhängigkeitskranken zurück.

Ziel der Nachsorge ist die dauerhafte Erhaltung und Festigung der Abstinenz. Dies wird insbesondere durch Unterstützung in Krisenfällen, Verhinderung von Rückfällen sowie durch die Erhaltung der Abstinenzmotivation und ggf. der Erwerbsfähigkeit erreicht.

3. Abgrenzung von Rehabilitationsleistungen

Die Nachsorge grenzt sich von der **ambulanten Rehabilitation**³ ab. Die ambulante Rehabilitation ist eine Entwöhnungsleistung bei geeigneten Rehabilitanden⁴, bei denen ein niedrigfrequentes Rehabilitationsangebot von Beginn an ausreicht, um die Rehabilitationsziele zu erreichen.

Die Nachsorge grenzt sich auch von der **Kombinationsleistung bzw. ambulanten Weiterbehandlung** ab, die nach oder auch im Wechsel mit einer stationären Rehabilitation erfolgen können. Hierbei ist der therapeutische Prozess beim Wechsel der Leistungsart noch nicht abgeschlossen und wird ambulant fortgeführt. Ein Wechsel von ganztägig ambulanter oder stationärer zu ambulanter Rehabilitation ist möglich, wenn das Krankheitsbild ausreichend stabilisiert ist und Abstinenz im ambulanten Setting aufrechterhalten werden kann.

Leistungen der sozialen und beruflichen Eingliederung der Abhängigkeitskranken liegen in der Verantwortung des jeweils zuständigen Rehabilitationsträgers. Im Einzelfall notwendige Leistungen nach SGB II, III, VIII oder XII können nicht durch Nachsorgeleistungen ersetzt werden, können aber parallel durch den zuständigen Leistungsträger erbracht werden.

4. Inhalte und Themen der Nachsorge

In den Gruppen- und Einzelgesprächen der Nachsorge sollen insbesondere folgende **Themen** bearbeitet werden:

- Erhaltung und Stabilisierung der Abstinenz,
- angemessene Konfliktlösungsstrategien bei drohenden oder aktiven Krisen,
- Anschluss an eine Selbsthilfegruppe,
- Förderung von Eigenaktivitäten (z. B. Freizeitgestaltung),
- Aufbau oder Stabilisierung eines suchtmittelfreien Freundes- und Bekanntenkreises,
- Förderung der Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft,
- Förderung der Inanspruchnahme von Maßnahmen schulischer und beruflicher (Wieder)-Eingliederung (z. B. Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit zur Wiedereingliederung ins Erwerbsleben, Begleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung),
- Inanspruchnahme medizinischer und psychotherapeutischer Hilfen sowie
- Nutzung anderer Hilfen wie Erziehungsberatung, Eheberatung, Schuldnerberatung, Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation, Betreutes Wohnen, Bewährungshilfe usw..

In den Gesprächen erfolgen eine Aktualisierung der Sozialanamnese (weitere Klärung der sozialen und beruflichen Situation) und die Abstimmung der individuellen Ziele der Nachsorge.

5. Anforderungen an die Nachsorgeeinrichtungen

5.1 Personelle Mindestanforderungen an eine Nachsorgeeinrichtung

Die Mitarbeiter, die die Gruppen- und Einzelgespräche durchführen, sollten einer der Berufsgruppen der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom

³ vgl. Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008
Bitte lesen Sie ab Seite 17.
⁴ Zugunsten besserer Lesbarkeit wird auf die weibliche Form von Personen und Berufsbezeichnungen verzichtet.

⁵ Es wird davon ausgegangen, dass der Abschluss Diplom-Psychologe durch den Abschluss eines konsekutiven Masters in Psychologie mit Berechtigung zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten ersetzt wird.

⁶ Es wird davon ausgegangen, dass die bisherigen Studienabschlüsse für die Berufsgruppen der Diplom-Sozialarbeiter und Diplom-Sozialpädagogen durch den Bachelor in „Sozialer Arbeit“ mit staatlicher Anerkennung ersetzt werden.

4.5.2001 angehören (Ärzte, Diplom-Psychologen⁵, Diplom-Sozialarbeiter oder Diplom-Sozialpädagogen⁶). Die Nachsorge kann auch durch weitere in den psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen für Abhängigkeitskranke beschäftigte Berufsgruppen durchgeführt werden. Sie sollen über ausreichend Erfahrungen in der Suchtkrankenarbeit/medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker verfügen. Dies ist in der Regel anzunehmen, wenn eine mindestens 2-jährige tätigkeitsfeldspezifische Berufserfahrung vorliegt. Eine von der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Anerkennung empfohlene Weiterbildung für Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagogen bzw. sonstige qualifizierte Weiterbildung für Psychologen ist nicht zwingend erforderlich, wird jedoch im Hinblick auf eine qualifizierte Durchführung der Nachsorge begrüßt.

In der Einrichtung müssen mindestens ein, in der Regel eher zwei Mitarbeiter beschäftigt sein. Urlaubs- und Krankheitsvertretung muss geregelt sein, so dass die kontinuierliche Erbringung der Nachsorgeleistung gewährleistet ist.

Die Nachsorge kann in geeigneten psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen für Abhängigkeitskranke durchgeführt werden, insbesondere in allen von den Rehabilitationsträgern geprüften und anerkannten Einrichtungen für die Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Eine Orientierungshilfe kann das Verzeichnis der Beratungsstellen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen⁷ sein, um eine flächendeckende Versorgung mit Nachsorgeleistungen sicherzustellen.

⁷ www.dhs.de
>Einrichtungssuche>online-suche

5.2 Räumliche Ausstattung einer Nachsorgeeinrichtung

Die räumliche Ausstattung muss so bemessen und beschaffen sein, dass die ambulante Nachsorge qualifiziert umgesetzt werden kann.

Es sollten angemessene Räumlichkeiten für Gruppengespräche, Einzelgespräche und Gespräche mit Angehörigen / Bezugspersonen vorhanden sein.

Die Räume sollen barrierefrei zugänglich sein. Die Einrichtung ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar.

6. Einleitung der Nachsorge

Die Nachsorge soll bei Bedarf schon während der stationären oder ganztägig ambulanten Leistung zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vorbereitet, beantragt und konkret eingeleitet werden. Eine Kontaktaufnahme mit der Nachsorgeeinrichtung sollte noch während der stationären oder ganztägig ambulanten Rehabilitation erfolgen. Die Notwendigkeit der Nachsorge ist auch im ärztlichen Entlassungsbericht unter Nennung der wichtigsten Nachsorgeziele zu begründen.

⁸ Darunter werden folgende Entlassungsformen verstanden: regulär, vorzeitig auf ärztliche Veranlassung, vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis

⁹ Ändert sich während der Entwöhnungsbehandlung die Erwerbsprognose, ist von der Rehabilitationseinrichtung nach der „Vereinbarung zum Verfahren bei Zuständigkeitswechsel während einer Entwöhnungsbehandlung“ vom 1.9.2006 zu verfahren. Für die AOK bzw. die in § 94 SGB X genannten Arbeitsgemeinschaften gelten die regionalen Absprachen. www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/abhaengigkeit/index.htm

Nachsorge wird in der Regel nur bei planmäßiger⁸ Entlassung aus der vorausgegangenen stationären oder ganztägig ambulanten Leistung zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker bewilligt, wenn das ursprüngliche Rehabilitationsziel erreicht ist. Im Einzelfall kann Nachsorge auch nach ambulanter Rehabilitation erfolgen.

Bei Entlassung aus der Rehabilitation sollte für die Rentenversicherung eine Leistungsfähigkeit von mindestens 3 Stunden bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt bestehen.⁹

Die Nachsorge sollte **nahtlos**, spätestens jedoch innerhalb von 3 Monaten nach Abschluss der Leistung zur medizinischen Rehabilitation begonnen werden.

¹⁰ In der Rentenversicherung kann hierfür das Formular G400 verwendet werden: www.deutsche-rentenversicherung.de > Services > Formulare & Anträge > Formulare von A-Z > nach Formularnummer

Die Beantragung einer Nachsorge erfolgt mit dem einheitlichen Antragsformular „Antrag auf eine Suchtnachsorgeleistung“ (Anlage 1)¹⁰ einschließlich der Einwilligungserklärung des Versicherten (Anlage 2).

7. Durchführung

Dem Schnittstellen- und Versorgungsmanagement zwischen der Rehabilitationseinrichtung und der Nachsorgeeinrichtung kommt besondere Bedeutung zu. Die beteiligten Leistungserbringer übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen unter Berücksichtigung der Datenschutzbestimmungen.

Dem Versicherten sollte während der Rehabilitation im Rahmen von Familienheimfahrten oder Realitätstraining als Aufgabe mitgegeben werden, den Kontakt zur Nachsorgeeinrichtung herzustellen.

Der Versicherte wird bei Aufnahme in die Nachsorge dem verantwortlichen Mitarbeiter der Einrichtung vorgestellt. Dieser formuliert den Eingangsbefund und legt in Absprache mit dem Versicherten Besonderheiten der Nachsorgeziele fest. Gleichzeitig schließen der Versicherte und die Nachsorgeeinrichtung einen „Nachsorgevertrag“ ab.

Die Nachsorgegruppe sollte in der Regel wöchentlich bis vierzehntägig zu festen Terminen stattfinden. Einzelgespräche werden bei Notwendigkeit bzw. bei Anfragen des Versicherten durchgeführt (z. B. bei drohenden und aktuellen Krisen). Sie sollen die Gruppengespräche inhaltlich ergänzen. Paar- und Familiengespräche sind im festgelegten Rahmen Bestandteil der Nachsorge. Bei der Zugangsform handelt es sich um eine offene Gruppe, um den nahtlosen Übergang in die Nachsorge zu gewährleisten. Die Gruppengröße besteht aus maximal 12 Gruppenmitgliedern bei der Indikation Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit und maximal 8 Gruppenmitgliedern im Bereich Drogenabhängigkeit. Die Prozesssteuerung erfolgt im Rahmen von Fallbesprechungen und Supervision.

Bei gegebenem Anlass oder konzeptionellen Verankerungen können Atemluftkontrollen oder Drogenscreenings mit entsprechendem Gerät eingesetzt werden.

In der Regel werden 20 Gesprächseinheiten (GE) plus 2 GE für Bezugspersonen für 6 Monate bewilligt. Im begründeten Einzelfall ist eine Verlängerung um bis zu 20 plus 2 GE für weitere sechs Monate möglich. Die Dauer der Gespräche beträgt 100 Minuten für Gruppengespräche und 50 Minuten für Einzelgespräche.

Eine gemeinsame Gruppe von Versicherten aus der Nachsorge auf der einen Seite und Rehabilitanden aus den Therapieformen „ambulante Rehabilitation“ und „ambulante Rehabilitation nach stationärer und ganztägig ambulanter Rehabilitation im Sinne einer kombinierten Rehabilitation oder einer Weiterbehandlung“ auf der anderen Seite ist nicht zulässig, da die unterschiedlichen Maßnahmen in voneinander abweichenden Frequenzen durchgeführt und andere Inhalte thematisiert werden.

Eine enge Kooperation mit der betrieblichen Suchtkrankenhilfe und dem betrieblichen Gesundheitsmanagement bzw. den Werks- und Betriebsärzten kann Kollegen und Vorgesetzte für die Indikation sensibilisieren und die Akzeptanz einer Nachsorge ohne Negativbewertung fördern. Suchtmittelmissbrauch und Rückfälle können erkannt und mit dem betrieblichen Suchtkrankenhelfer thematisiert werden (z. B. im Rahmen des betrieblichen Eingliede-

rungsmanagements nach § 84 SGB IX). Die Regelungen des Datenschutzes müssen beachtet werden.

Bei Rückfällen ist die Offenheit des Versicherten ein entscheidendes Kriterium für die weitere Vorgehensweise. Gegebenenfalls ist nach Prüfung der Gesamtsituation die Nachsorge zu beenden und eine adäquate Behandlung einzuleiten.

Zum Ende der Nachsorge findet ein Abschlussgespräch zwischen dem Versicherten und dem Mitarbeiter der Nachsorgeeinrichtung statt. Ein kurzer Abschlussbericht über den Verlauf und das Ergebnis der Nachsorge wird erstellt (Anlage 3 bzw. 5).

8. Finanzierung

Die Gruppen- und Einzelgespräche für Versicherte und Bezugspersonen im Rahmen der Nachsorge Abhängigkeitskranker werden als Einzelleistungen vergütet. Die Teilnahmebestätigung der durchgeführten Gruppen- und Einzelgespräche ist für die Abrechnung erforderlich. Diese erfolgt auf dem einheitlichen Abrechnungsfeld der DRV (Anlage 3), das auch für den Abschlussbericht der Nachsorgeeinrichtung genutzt wird, bzw. auf dem einheitlichen Abrechnungsfeld der GKV (Anlage 4).

Mit Rücksicht auf die bestehenden Strukturen werden die Vergütungssätze bundesweit stufenweise angeglichen. Über die Höhe der Vergütung stimmen sich die Renten- und die Krankenversicherungsträger nach Möglichkeit ab.

9. Dokumentation und Qualitätssicherung

Die durchgeführten Leistungen der Nachsorge werden dokumentiert und ein Abschlussbericht (Anlage 3 bzw. 5) wird erstellt. Hierin werden Aussagen über den Verlauf, die Abstinenz, die Erreichung der individuellen Nachsorgeziele, den Kontakt zu Selbsthilfegruppen und ggf. die berufliche Eingliederung getroffen.

Nachsorgeleistungen sollten langfristig in Qualitätssicherungsverfahren der Rehabilitationsträger einbezogen werden.

¹¹ Vom Abdruck der Formulare in dieser Broschüre wird aus redaktionellen Gründen abgesehen.

Anlage 1 Formular „Antrag auf eine Suchtnachsorgeleistung“¹¹

Anlage 2 Formular „Einwilligungserklärung zum Antrag auf eine Suchtnachsorgeleistung“

Anlage 3 DRV-Formular „Anforderung der Vergütung für Suchtnachsorgeleistungen inklusive Abschlussbericht“

Anlage 4 GKV-Formular „Anforderung der Vergütung für Suchtnachsorgeleistungen“

Anlage 5 GKV-Formular „Abschlussbericht der Nachsorgeeinrichtung“

Ergänzende Ausführungen zum Rahmenkonzept Suchtnachsorge

Welche Berufsgruppen dürfen die Nachsorge durchführen?

Die Suchtfachverbände haben im Rahmen einer gemeinsamen Erörterung mit der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) am 31. Oktober 2012 unter Hinweis auf die inhaltliche Definition der Nachsorge angeregt, auch weiteres in den Beratungsstellen tätiges Personal für die Nachsorge zuzulassen. Insbesondere Diplom-Pädagogen und ggf. Psychologen mit Bachelor-Abschluss könnten ebenfalls für die Durchführung der Nachsorgeleistung geeignet sein.

Der Anregung folgend haben die DRV und GKV das Rahmenkonzept in Ziffer 5.1 Abs. 1 wie folgt ergänzt:

Die Nachsorge kann auch durch weitere in den psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen für Abhängigkeitskranke beschäftigte Berufsgruppen durchgeführt werden.

Zu dieser Formulierung geben wir folgende Hinweise:

Das Wort „weitere“ impliziert, dass ein Team in der Beratungsstelle mit Vertretern der in der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ genannten Berufsgruppen vorhanden sein muss. Nicht akzeptiert wird eine Beratungsstelle mit nur einem Mitarbeiter, der z. B. der Berufsgruppe der Diplom-Pädagogen mit Schwerpunkt Sozialarbeit angehört. Das Wort „beschäftigt“ deutet darauf hin, dass dieser Mitarbeiter nicht über Kooperationsverträge oder Honorarvereinbarungen sondern im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses in der Beratungsstelle tätig ist. DRV und GKV weisen darauf hin, dass bisher keine Prüfkriterien zu den Anforderungen an Berufsgruppen erstellt wurden, welche die Nachsorge durchführen dürfen. Dabei soll es bleiben. Es ist nicht beabsichtigt, umfangreiche Prüfungen von Studiengängen vorzunehmen, welche Berufsgruppen zur Durchführung der Suchtnachsorge berechtigt sind.

In diesem Zusammenhang verweisen DRV und GKV auf die personellen Vorgaben im Rahmen der Förderung sozialer Beratungsstellen nach landesrechtlichen Regelungen. Beispielhaft wird mit der Verwaltungsvorschrift des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen vom 30. März 2010 die Förderung sozialer Beratungsstellen in Rheinland-Pfalz geregelt. Voraussetzung der Förderung ist eine Besetzung der sozialen Beratungsstelle mit Fachkräften aus unterschiedlichen Fachrichtungen. Danach werden die Berufsgruppen der staatlich anerkannten Diplom-Sozialarbeiter, staatlich anerkannten Diplom-Sozialpädagogen, Diplom-Psychologen, Diplom-Pädagogen und andere Personen, die auf Grund ihrer spezifischen Kenntnisse und Fähigkeiten für die Beratungstätigkeit besonders geeignet sind, aufgeführt.

Insofern ist die Formulierung im Rahmenkonzept so zu verstehen, dass es sich bei den weiteren beschäftigten Berufsgruppen in sozialen Beratungsstellen um die Fachkräfte handelt, die auch im Rahmen der landesrechtlichen Regelungen gefördert werden.

Abschließend wird darauf hingewiesen, dass die Gruppen- und Einzelgespräche in der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker ausschließlich von den in der Vereinbarung „Abhängigkeitskrankungen“ vom 4.5.2001 genannten Berufsgruppen durchgeführt werden dürfen und dies weiterhin gewährleistet sein muss.

Regelung der Urlaubs- und Krankheitsvertretung

Nach Ziffer 5 Absatz 2 muss „mindestens ein Mitarbeiter“ beschäftigt sein. Es ist zulässig, dass die Urlaubs- und Krankheitsvertretung auch über Kooperationsverträge oder Honorarkräfte sichergestellt werden kann.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Beratungsstelle mit nur einem Mitarbeiter diesen im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses beschäftigen muss. Hintergrund dieser Überlegungen ist, dass z. B. Honorarkräfte jederzeit ihre Tätigkeit aufgeben können.

Teilnahmebestätigung bei Gesprächen mit Bezugspersonen

Es geht um die Frage, ob bei Gesprächen mit Bezugspersonen, die sowohl mit oder ohne den Versicherten stattfinden können, nur der Versicherte oder auch die Bezugsperson die „Teilnahme“ bestätigen können. Es wird klargestellt, dass die Teilnahmebestätigung bei Gesprächen mit Bezugspersonen nicht die Teilnahme des Versicherten erfordert und insofern die Bestätigung auch durch die Bezugsperson erfolgen kann. Es wird davon ausgegangen, dass der Versicherte über das mit der Bezugsperson geführte Gespräch informiert wird.

Beginn der Suchtnachsorge

Es geht um die Fallgestaltung, wenn die Suchtnachsorge von der Rehabilitationseinrichtung weder angeregt noch bereits aus dieser heraus beantragt wurde. Für die Rentenversicherungsträger besteht die Empfehlung, dass die Suchtnachsorgeleistung im Einzelfall auch noch nach Abschluss der Leistung zur medizinischen Rehabilitation unter Vorlage einer medizinischen Notwendigkeitsbescheinigung beantragt werden kann, auch wenn sie während dieser Leistung weder angeregt noch beantragt wurde. Die Nachsorgeleistung muss auch in diesem Fall spätestens innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der zugrunde liegenden Rehabilitationsleistung begonnen werden.

Bei der medizinischen Notwendigkeitsbescheinigung handelt es sich um eine fachliche Empfehlung, zum Beispiel durch den behandelnden Arzt oder den Arzt der Rehabilitationseinrichtung.



**Deutsche
Rentenversicherung**
Sicherheit
für Generationen