

Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008¹

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 04.05.2001. 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.

¹ Von diesem Rahmenkonzept werden nicht erfasst die ganztägig ambulanten Rehabilitationsleistungen (früher teilstationäre) und die ambulante Rehabilitationsnachsorge.

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 Krankenkassen²,
die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,
der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.³,
der AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.³,
die Träger der Deutschen Rentenversicherung

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.

² ab 01.01.2009 Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung

³ ab 01.01.2009 Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

⁴ Die in der Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht vom 29.01.1991 (beendet zum 30.06.2001) enthaltenen Aussagen werden hierbei berücksichtigt.

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 04.05.2001 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.

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

⁶ Die Anerkennung erfolgt durch den jeweils zuständigen Rehabilitationsträger.

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, alltagsnahem 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).

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

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 05. Februar 2001.

2.4 Antragsverfahren

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation hat der Versicherte - bzw. bei minderjährigen und noch nicht handlungsfähigen (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. 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 Kerndatensatzes 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 04.05.2001), 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, Institutsambulanz), 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 selbstständigen 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

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.

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

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 Zweiersituation 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 Drogenab-

hängige 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 Um-

gang 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 04.05.2001. 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.

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,

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

- 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, Warteräume 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 sind dabei angemessen zu berücksichtigen. Deshalb wurden im Auftrag von Renten- und der 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

¹⁰ vgl. Abschlussbericht der Arbeitsgruppe Prof. Koch, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, im Auftrag der

Qualitätssicherungsinstrumentariums der „BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation“ vom 20.10.2000 und der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001.

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.

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-

Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung zur Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation, kurz: ARGE, 2005.

¹¹ KTL-Klassifikation therapeutischer Leistungen

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.