

# **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.

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<sup>1</sup> 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.

Als besondere Form der ambulanten Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen wird vorwiegend in Ballungszentren die **ganztägig ambulante Rehabilitation** angeboten (auch als Kombibehandlung oder ganztägig ambulante Entlassphase<sup>2</sup>). Dabei sind die Abende und je nach Konzept meist auch die Wochenenden therapiefrei; der Rehabilitand befindet sich tagsüber - im Vergleich zur (niedrigfrequenten) ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker<sup>3</sup> - sechs bis acht Stunden in der Einrichtung.

---

<sup>1</sup> Zugunsten besserer Lesbarkeit wird auf die weibliche Form von Personen und Berufsbezeichnungen verzichtet.

<sup>2</sup> Das Rahmenkonzept schließt die ganztägig ambulante Entlassphase mit ein.

<sup>3</sup> Vgl. Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 03.12.2008

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 ganztätig ambulante Rehabilitation erfordert daher aufgrund ihres differenzierten Behandlungsansatzes spezifische Indikations- und Zuweisungskriterien, die unter Ziffer 4 dargestellt sind.

Grundlagen für die - auch ganztägige - 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.

Für den Bereich der ambulanten medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen haben die Deutsche Rentenversicherung und die Gesetzliche Krankenversicherung ein gemeinsames Rahmenkonzept vom 03.12.2008 verabschiedet, welches allerdings ausdrücklich ganztätig ambulante Rehabilitationsleistungen nicht umfasst.

Zum Ausbau einer gemeinsam zu nutzenden bedarfsgerechten ganztätig 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 selbstständigen 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 V<sup>\*</sup>.

---

<sup>\*</sup> Gesetzliche Änderung zum 01.01.2012 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 sichergestellt 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 abstinenz 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 abstinenz 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 abstinenten 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 05.02.2001.

#### **4.3 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 (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 ICF<sup>4</sup> im Detail beschrieben sind.

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,

---

<sup>4</sup> Siehe: ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit - [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)



- 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 Leitfaden<sup>5</sup> 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 GKV ebenfalls aktualisiert.

---

<sup>5</sup> zu gegebener Zeit Pfad ergänzen

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 selbstständige 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 individualspezifischen 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. 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 angezeigt<sup>6</sup>, ist dem Rehabilitationsträger zeitnah eine entsprechende Empfehlung zur Entscheidung vorzulegen.

Zur Rückfallerkennung und -prävention sind indikationsabhängig regelmäßige Alkoholkontrollen (z.B. Atemalkoholkontrollen oder Ethylglucuronid<sup>7</sup> (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 04.05.2001. Insbesondere sind eine stabile Dosis des Substitutionsmittels und Beikonsumfreiheit erforderlich.

Dosisstabilität ist erreicht, wenn Opiatentzugerscheinungen 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,

---

<sup>6</sup> Für die Rentenversicherung kann hierzu das Formular G 410 genutzt werden.

<sup>7</sup> Abbauprodukt von Alkohol im Urin

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 G 410 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.

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

---

<sup>8</sup> In der Rentenversicherung kann hierfür das Formular G 400 verwendet werden:  
[www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > Formulare und Publikationen > Formulare > Reha-Einrichtungen > Formulare im Bereich der medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke

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 Leitfaden 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.

- **Diplom-Psychologe**

Mindestens **ein** Diplom-Psychologe<sup>9</sup> 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.

---

<sup>9</sup> 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-Sozialarbeiter / Diplom-Sozialpädagogen**

Mindestens ein Diplom-Sozialarbeiter und/oder Diplom-Sozialpädagoge<sup>10</sup> 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

---

<sup>10</sup> 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.

Grundlage müssen durch die Deutsche Rentenversicherung Bund zur Anerkennung empfohlen worden sein.

Die Aufgaben und Zusammensetzung des Leitungsteams sind im Rehabilitationskonzept darzustellen.

### **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 Rehabilitationskonzept 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)<sup>11</sup>.

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.

---

<sup>11</sup> [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > Zielgruppen> Sozialmedizin und Forschung> Reha-Qualitätssicherung> Strukturqualität

## Orientierungsstellenplan

Anzahl / 20 Rehabilitanden

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

\* inklusive die 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- / Arbeitstherapie,
- 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. Ggf. 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 Notfallkoffer / -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 gefordert<sup>12</sup>. 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. Im Auftrag von Renten- und der Krankenversicherung wurden für den Indikationsbereich der Abhängigkeitserkrankungen Vorschläge für Instrumente zur Messung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erarbeitet<sup>13</sup>. Die Entwicklung erfolgte auf der Basis des vorhandenen 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 ganztägig ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist erforderlich. Dabei ist es sinnvoll, Aktivitäten des internen QM zu unterstützen.

---

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

<sup>13</sup> 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 GKV sieht den Einsatz des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens in den Rehabilitationseinrichtungen, die ganztägig ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker durchführen und durch die GKV hauptbelegt werden, vor. Weitere Einzelheiten zum QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren sind auf der Homepage **[www.qs-reha.de](http://www.qs-reha.de)** zu finden.

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 (KTL<sup>14</sup>-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](http://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 Rehabilitationsträger, die an der zukünftigen Versorgung des Betroffenen beteiligt werden sollen, rechtzeitig in die Versorgungsplanung einzubinden.

---

<sup>14</sup> KTL: Klassifikation Therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung, Berlin 2007

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 ganztätig ambulanter Rehabilitation und ambulanter Rehabilitation in Beratungsstellen / Ambulanzen und/oder stationäre Angebote vorhanden sind und wie sich deren Auslastung darstellt.

## **10. Finanzierung**

Für die ganztätig 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.