

Gemeinsamer Leitfaden
der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung
zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer
Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker
vom 23.09.2011

Inhaltsverzeichnis

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

- 11. Fortbildung
- 12. Supervision
- 13. Hausordnung / Therapievertrag

Literatur

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

0. Vorwort

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

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

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

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

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

1. Einleitung

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

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

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

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

Für die Durchführung medizinischer Rehabilitation wird vorausgesetzt, dass die jeweilige Rehabilitationseinrichtung ein wissenschaftlich begründetes Rehabilitationskonzept vorlegt. Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft durch frühzeitige Einleitung der erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Schwerpunkt liegt dabei insbesondere auf Zielvorstellungen, die mit der Erhaltung bzw. Wiederherstellung des Leistungsvermögens (Erwerbsfähigkeit) und Förderung der Teilhabe in Beruf und Gesellschaft verbunden sind. Von Gewicht ist ebenfalls die Tatsache, dass bei Vorliegen rehabilitationsbedürftiger Folge- und Begleiterkrankungen diese zusammen mit der Abhängigkeitserkrankung im Rahmen der Rehabilitation zu behandeln sind (vgl. § 4 Abs. 2 Satz 2 SGB IX).

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

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

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

Grundlagen für die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind

- die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001,
- das Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 03.12.2008
- das Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 18.08.2011
- die BAR-Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen (Heft 12).

2. Allgemeines

Es werden vom Leistungserbringer Angaben

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

erwartet.

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

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

Der Leistungserbringer gibt an, wann,

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

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

Weiterhin sind darzustellen:

- die Zielgruppe/n (mit Altersangaben, ggf. differenziert nach Substanzabhängigkeit oder anderen Besonderheiten wie bestimmte Komorbiditäten)
- die Anzahl der Betten/Behandlungsplätze (nur stationär und ganztägig ambulant)
- die Dauer der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Regelbehandlungszeiten), ggf. unterteilt nach Indikation
- strukturelle und organisatorische Gegebenheiten (Träger, Kooperationseinrichtungen, ggf. Darstellung der räumlichen und organisatorischen Trennung zu anderen Versorgungsbereichen) sowie ggf.
- Besonderheiten der Einrichtung.

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

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

Seitens der ambulanten Einrichtung ist darzustellen, in welcher Form sie ein „Integriertes Programm zur Betreuung Abhängigkeitskranker“ vorhält (vgl. Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001, Anlage 1 Ziffer 2; Gemeinsames Rahmenkonzept vom 03.12.2008, Abschnitt 3.1).

4. Rehabilitationskonzept

4.1 Theoretische Grundlagen

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

Als Grundanforderung ergibt sich für ein Rehabilitationskonzept, dass es nachvollziehbar (transparent und folgerichtig) und wissenschaftlich begründet (d.h. auf der Basis von Persönlichkeitstheorien und den sich daraus ergebenden Krankheitsmodellen, insbesondere verhaltenstherapeutisch oder tiefenpsychologisch, z.B. unter Berücksichtigung der jeweils gültigen

AWMF-Leitlinien²) die Abhängigkeitserkrankung und ggf. vorliegende psychische Komorbidität sowie deren Therapie beschreibt. Dies schließt jedoch nicht aus, dass unter diesem gemeinsamen Dach theoretischer Fundierung Methoden unterschiedlicher Psychotherapieschulen angewandt werden - soweit diese mit dem gewählten theoretischen Ansatz kompatibel sind.

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

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

4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen

Durch die Darstellung der **Rehabilitationsindikationen** und **-kontraindikationen** (Diagnosen nach ICD-10-GM) sowie der mitbehandelbaren Komorbiditäten ist eine Beschreibung der Zielgruppen im Rehabilitationskonzept vorzunehmen. Auf die Anlage 3 der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ zur Indikationsentscheidung zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation wird zusätzlich verwiesen. Damit sind zugleich die Voraussetzungen zur Durchführung einer Entwöhnungsbehandlung benannt.

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

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

² siehe www.awmf.de

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

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

4.3 Rehabilitationsziele

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

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

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

Weitere wichtige Rehabilitationsziele können der weitestgehende Erhalt oder das Erreichen einer 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“, „Mobilität“, „Erziehung/Bildung“ oder „Arbeit und Beschäftigung“.

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

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

und Weiteres mehr.

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

4.4 Rehabilitationsdauer

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

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

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

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

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

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

4.6 **Rehabilitationsprogramm**

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

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

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

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

4.7 **Rehabilitationselemente**

4.7.1 **Aufnahmeverfahren**

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

4.7.2 **Rehabilitationsdiagnostik**

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

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

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

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

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

4.7.3 Medizinische Therapie

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

Neben allgemeinen Ausführungen zum Stellenwert und zum medizinischen Verständnis in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker sollten im Rehabilitationskonzept konkrete Angaben darüber enthalten sein, welche Aufgaben die Berufsgruppe der Ärzte im Rehabilitationsteam wahrnimmt, wie bestehende Krankheiten behandelt werden und wie mit Krankheiten, die während der Rehabilitation auftreten, umgegangen wird.

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

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

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

4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

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

Die Ausgestaltung der Gruppen ist abhängig vom Bedarf der Rehabilitanden und vom Therapieverständnis, d.h. vom theoretischen Hintergrund der Rehabilitationseinrichtung abhängig. Es ist ergänzend zu berücksichtigen, dass grundsätzlich ein Bezugstherapeut für eine Gruppe verantwortlich sein muss (vgl. Ziffer 7 der Anlage 2 der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001). Weiterhin sind Ausführungen im Rehabilitationskonzept dazu erforderlich, dass die Gruppengespräche im Cotherapeutensystem stattfinden. Es ist seitens der Rehabilitationseinrichtung sicherzustellen, dass insbesondere der Bezugstherapeut im Verhinderungsfall vertreten wird, z.B. im Urlaubs- oder Krankheitsfall⁵.

Die Gruppengröße ist darzustellen. Dabei ist auszugehen von:

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

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

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

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

Im „Gemeinsamen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ vom 03.12.2008 ist die Dauer der Gruppengespräche mit 100 Minuten und die der Einzelgespräche mit 50 Minuten vorgegeben worden.

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

4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bei manchen Rehabilitanden müssen aufgrund ihrer Funktionsausfälle neue berufliche Orientierungen gesucht oder es muss entschieden werden, welche Arbeitsmöglichkeiten überhaupt vorhanden sind. In diesem Zusammenhang gehört es zu den Tätigkeiten des Ergotherapeuten, Anforderungsprofile über berufliche Leistungen zu erstellen, das Leistungsprofil des Rehabilitanden zu erfassen, eine Gegenüberstellung beider Profile vorzunehmen und die allgemeine

⁶ computer numerical control

Belastungsfähigkeit zu erproben. Soweit dies möglich und nötig ist, werden im Anschluss daran entsprechende Förderprogramme entwickelt.

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

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

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

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

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

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

4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

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

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

4.7.7 Freizeitangebote

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

Die mit diesen Therapieangeboten verbundenen therapeutischen Ziele sind darzustellen.

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

4.7.8 Sozialdienst

Unter Sozialdienst werden die begleitenden Hilfen im sozialen Umfeld verstanden (z.B. sozialrechtliche Beratung, Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung, Vorbereitung der Nachsorge und Kontakt zu Selbsthilfegruppen). Auf die Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX über die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen (Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“) vom 08.11.2005 wird ergänzend verwiesen.

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

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

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

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

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

4.7.9 Gesundheitsbildung / Gesundheitstraining und Ernährung

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

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

⁷ www.deutsche-rentenversicherung.de > Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Konzepte und Systemfragen > Konzepte > Gesundheitsbildung und Patientenschulung > Aktiv Gesundheit fördern

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

4.7.10 Angehörigenarbeit

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

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

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

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

4.7.11 Rückfallmanagement

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

Als Maßnahmen zur Rückfallerkennung und -prävention sind indikationsabhängig regelmäßige Alkoholkontrollen (z.B. Atemalkoholkontrollen oder Ethylglucuronid⁸ (ETG)-Untersuchungen) sowie Medikamenten- und Drogenscreenings durchzuführen und darzustellen.

⁸ Abbauprodukt von Alkohol im Urin

4.7.12 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.

Die Aufgaben des Pflegepersonals sind im Rehabilitationskonzept darzustellen.

4.7.13 Weitere Leistungen

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

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

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

4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Im Rehabilitationskonzept werden Angaben zu:

- der Vorbereitung der Rehabilitanden auf die Entlassung
- der Entlassungsuntersuchung
- der zeitnahen Erstellung des Entlassungsberichts nach dem Leitfaden der DRV

- Beendigungskriterien und
- Anregung, Einleitung und Verknüpfung insbesondere der stationären Rehabilitationsleistung mit medizinischen Nachsorgeleistungen bzw. weiteren Maßnahmen (z.B. Begegnungstage)

erwartet.

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

5. Personelle Ausstattung

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

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

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

6. Räumliche Gegebenheiten

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

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

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

7. Kooperation und Vernetzung

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

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

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

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

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

In der **Gemeinsamen Empfehlung nach § 20 Abs. 1 SGB IX vom 27.03.2003** vereinbarten die Rehabilitationsträger Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen, insbesondere zur barrierefreien Leistungserbringung, sowie für die Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement der Leistungserbringer. Diese sind nach § 20 Abs. 2 SGB IX zu einem internen Qualitätsmanagement verpflichtet. Dazu gehört auch, dass verbindlich eine Basisdokumentation eingesetzt wird. Die Rehabilitationseinrichtungen leiten die Daten des Deutschen Kerndatensatzes an die Deutsche Suchthilfestatistik weiter. Die Durchführung einer Routinekatamnese gemäß dem Deutschen Kerndatensatz Katamnese zum Nachweis der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges wird empfohlen.

Die „**Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX**“ vom 01.10.2009 regelt für alle Leistungserbringer in der stationären medizinischen Rehabilitation die grundsätzlichen Anforderungen an ein internes Qualitätsmanagementverfahren. Außerdem wird ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren festgelegt. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) veröffentlicht die anerkannten Qualitätsmanagement-Verfahren und die Zertifizierungsstellen auf ihrer Homepage (www.bar-frankfurt.de).

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

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

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

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

9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

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

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

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

10. Notfallmanagement

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

11. Fortbildung

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

12. Supervision

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

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

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

Im Rehabilitationskonzept müssen die Formen der internen und externen Supervision, deren Umfang, Frequenz, Teilnahmeverpflichtung für die Mitarbeiter sowie eine hinreichende Qualifikation

des Supervisors dargestellt werden (vgl. „Auswahlkriterien zur Prüfung von Weiterbildungen für Gruppen- und Einzeltherapeuten im Tätigkeitsfeld der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen“).

13. Hausordnung/Therapievertrag

Regeln bilden die Grundlage für ein geordnetes Zusammenleben und sind in der Gemeinschaft unentbehrlich. Sie markieren Grenzen, zeigen Freiräume auf und erleichtern die Orientierung und Eingliederung des Einzelnen. Sie sind von strukturierendem Charakter und daher auch von therapeutischer Bedeutung. In der Hausordnung bzw. im Therapievertrag ist darauf einzugehen, wie mit Verstößen umgegangen wird, welche Maßnahmen ergriffen werden und wann ggf. eine (sofortige) Entlassung in Frage kommt.

Literatur

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Deutsche Rentenversicherung: Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit 01.01.2010,
<http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> > Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Reha-Qualitätssicherung > Reha-Therapiestandards

Deutsche Rentenversicherung: Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung 01.04.2009,
<http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> > Zielgruppen > Sozialmedizin und Forschung > Konzepte, Positionspapiere, Systemfragen > Konzepte und Positionspapiere > Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation

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

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

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

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

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

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

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

Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001

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

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

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

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

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

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

www.qs-reha.de

Anhang 1

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

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

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

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

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

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

In welchem Umfang können arbeitsbezogene Interventionen erfolgen?

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

Wie sind die arbeitsbezogenen Maßnahmen zu dokumentieren?

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

Was ist für die Abrechnung zu beachten?

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

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

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

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

Anhang 2

Qualitätssicherungsinstrumente und -verfahren

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

Rehabilitandenbefragung

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

Peer Review-Verfahren

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

Therapeutische Versorgung – KTL Dokumentation

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

Reha-Therapiestandards

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

Rehabilitandenstruktur

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

Sozialmedizinischer Verlauf nach medizinischer Rehabilitation

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

Strukturerhebungen

Strukturerhebungen zu den personellen, technischen, diagnostischen und therapeutischen Ressourcen in den Rehabilitationseinrichtungen wurden bisher von der Rentenversicherung im Rahmen der Qualitätssicherung flächendeckend nur im stationären Versorgungsbereich durchgeführt. Es existieren verbindliche Strukturanforderungen, die indikationsspezifisch differenziert auch für die Indikation Abhängigkeitserkrankungen erarbeitet wurden.

Visitationen

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

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

Qualitätsmanagement

Stationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen müssen sich darüber hinaus zum Nachweis und zur Bewertung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements durch eine unabhängige Institution verpflichtend nach einem einheitlichen Verfahren zertifizieren lassen. Zu diesem Zweck vereinbarten die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger gemeinsam im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) grundsätzliche **Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement** sowie ein einheitliches, unabhängiges **Zertifizierungsverfahren**. Alle stationären Rehabilitationseinrichtungen sind verpflichtet, ein Qualitätsmanagementsystem anzuwenden, das von der BAR¹⁰ anerkannt worden ist. Mit einem Zertifikat auf der Grundlage eines anerkannten QM-Verfahrens ist für den Zeitraum der Gültigkeit

¹⁰ www.bar-frankfurt.de

des Zertifikats der Nachweis erbracht, dass die stationäre Rehabilitationseinrichtung die Anforderungen erfüllt. Zum Nachweis wird der Rehabilitationseinrichtung von der Zertifizierungsstelle ein Zertifikat ausgestellt, das die Anerkennung nach § 20 SGB IX dokumentiert. Nach Erstzertifizierung hat die stationäre Rehabilitationseinrichtung spätestens innerhalb von jeweils drei Jahren eine Re-Zertifizierung nachzuweisen.

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