

Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Kombinationsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014

1. Einleitung

Ziel von Leistungen zur Teilhabe für abhängigkeitskranke Menschen¹ 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 Kombinationsbehandlung ist einrichtungsübergreifend und als ein weiteres Angebot neben einer ambulanten, ganztägig ambulanten oder stationären Entwöhnungsbehandlung zu sehen. Dabei wird davon ausgegangen, dass in der Kombinationsbehandlung die jeweiligen Vorteile der stationären, der ambulanten und der ganztägig ambulanten Rehabilitation vereint werden können. Diese Art der Leistungsform bietet ein hohes Maß an Flexibilität und schafft für geeignete Rehabilitanden ein passgenaues Leistungsangebot.

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

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

¹ Um die Lesbarkeit des Textes zu vereinfachen, wird auf eine Differenzierung zwischen der weiblichen und männlichen Form verzichtet. Bei allen Formulierungen werden Frauen und Männer gleichermaßen angesprochen.

folgendes gemeinsames Rahmenkonzept zur Kombinationsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Den Rehabilitationsträgern wird empfohlen, dieses Rahmenkonzept bei ihren Entscheidungen zu berücksichtigen.

Die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001, das Gemeinsame Rahmenkonzept zur ganztägig ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 18.08.2011 und das Gemeinsame Rahmenkonzept zur ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 03.12.2008 gelten, soweit in diesem Rahmenkonzept nichts Abweichendes geregelt ist.

2. Definition der Kombinationsbehandlung und Abgrenzung von anderen Verfahren

2.1 Definition der Kombinationsbehandlung

Eine Kombinationsbehandlung ist eine Leistungsform, die sich aus verschiedenen Phasen zusammensetzt und vor Beginn der Rehabilitation bewilligt werden muss. Die einzelnen Phasen können in stationärer, ganztägig ambulanter oder ambulanter Form durchgeführt werden. In der Regel erfolgt im Anschluss an eine stationäre Rehabilitation eine Fortführung im ambulanten Setting. Auch im Anschluss an eine ganztägig ambulante Rehabilitation ist dies möglich.

Die beteiligten Einrichtungen beschreiben in ihren Behandlungskonzepten die Kombinationsbehandlung. Die Einrichtungen und das Konzept müssen vom jeweils zuständigen Rehabilitationsträger anerkannt sein. Für die auch einrichtungsübergreifende Rehabilitation muss die Zuständigkeit der jeweils ärztlich geleiteten stationären, ambulanten und ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtung festgelegt sein, damit der gesamte Rehabilitationsprozess und seine Dokumentation inhaltlich und organisatorisch abgestimmt erfolgen.

2.2 Abgrenzung von anderen Verfahren

Ein von der Kombinationsbehandlung zu unterscheidendes Verfahren kann darin bestehen, dass eine stationäre Entwöhnung beantragt und bewilligt wurde. Im Laufe des stationären Rehabilitationsprozesses stellen sich neue Themen heraus, die im ambulanten/ganztägig ambulanten Setting besser und zielgerechter, realitätsnäher und deutlicher, bezogen auf die Persönlichkeit, behandelt werden können. Die gesundheitliche Situation hat sich stabilisiert. Die Rehabilitanden sind körperlich und psychisch ausreichend stabil für den ambulanten/ganztägig ambulanten Prozess. Ein soziales Stützsystem ist vorhanden. Die Möglichkeiten der beruflichen Wiedereingliederung sind gegeben und können genutzt werden. Die Weiterführung der Rehabilitation ist mit einer dafür qualifizierten

ambulanten/ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtung verabredet und umsetzbar. In diesem Fall kann die stationäre Rehabilitation ggfs. verkürzt und verbunden werden mit dem Antrag, die Rehabilitationsmaßnahme im ambulanten Setting fortzuführen.

3. Zielgruppe und Indikationskriterien

Kombinationsbehandlungen sollten, wie auch die Behandlungen im stationären, ganztägig ambulanten und ambulanten Setting, grundsätzlich allen Abhängigkeitskranken zur Verfügung stehen.

Da die Durchführung einer Kombinationsbehandlung von den Rehabilitanden die Fähigkeit verlangt, sich in den unterschiedlichen Settings in einer weiterführenden Phase neu und schnell zu orientieren, sollten die persönlichen Voraussetzungen, die für die Durchführung einer Kombinationsbehandlung sprechen, insbesondere auf die vorhandenen individuellen Ressourcen wie ein unterstützendes soziales Umfeld und die Nutzung sozialer (familiärer und beruflicher) Ressourcen abgestellt werden.

Eine Kombinationsbehandlung kommt insbesondere in Frage, wenn z.B.

- die sozialen Voraussetzungen (Bindungen, Stützsysteme, soziale Strukturen) vorhanden sind, diese aber derzeit wegen Rückfälligkeit und/oder anderer suchtmittelbedingter Krisen nicht zur Stabilisierung genutzt werden können,
- die Rehabilitationsfähigkeit und die Persönlichkeit des Rehabilitanden (ggf. durch Vorerfahrung) soweit ausgeprägt sind, dass die Kombination stationärer, ganztägig ambulanter und ambulanter Intervention von diesem aktiv genutzt werden kann,
- eine langfristige Abwesenheit bei einem vorhandenen Arbeitsplatz als problematisch angesehen wird,
- Distanz vom sozialen Umfeld vorübergehend erforderlich ist,
- jeweilige Rehabilitationsziele für die unterschiedlichen Rehabilitationsformen benannt sind,
- die Störungen auf psychischem, körperlichem und sozialem Gebiet nach Stabilisierung im Verlauf der Rehabilitation voraussichtlich in anderen Rehabilitationsformen erfolgreich weiterbehandelt werden können,
- der Rehabilitand nicht durchgehend ein intensiv strukturiertes Behandlungsangebot benötigt oder
- der Rehabilitand fähig ist, in den therapiefreien Zeiten der ambulanten Phase selbstständig abstinenz zu leben.

Der Rehabilitand muss in der Lage sein, die ambulante/ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtung in einer angemessenen Fahrzeit (möglichst in 45 Minuten) zu erreichen.

4. Durchführung der Kombinationsleistung

4.1 Vorbereitung/Einleitung

Bei der Vorbereitung auf eine Entwöhnungsbehandlung, die von einer Suchtberatungsstelle, dem Krankenhaus, dem behandelnden Arzt, der Gemeinsamen Servicestelle für Rehabilitation oder einer anderen Stelle erfolgt, sollte stets auch die Möglichkeit der Leistungserbringung im Rahmen einer Kombinationsbehandlung angesprochen werden. Erscheint eine Kombinationsbehandlung geeignet, kann sich der Versicherte entscheiden, diese zu beantragen. Dabei sollte auch ein Wunsch hinsichtlich der stationären und ambulanten Einrichtung dokumentiert werden. In Einzelfällen kann auch der Rehabilitationsträger den Anstoß für die Durchführung einer Kombinationsbehandlung geben. In diesem Fall sollte er z.B. die Suchtberatungsstelle bitten, die Möglichkeit einer Kombinationsbehandlung mit dem Rehabilitanden zu besprechen.

Zu Beginn der Kombinationsbehandlung stimmt die Rehabilitationseinrichtung die Rehabilitationsziele mit dem Rehabilitanden ab und dokumentiert diese. Ebenso sollten der Zeitpunkt, Ort und die weitere Vorgehensweise für den Wechsel in andere Leistungsformen festgelegt werden. Die ambulante Phase muss innerhalb einer Woche nach der Entlassung aus der stationären/ganztägig ambulanten Einrichtung beginnen.

4.2 Dauer der stationären/ganztägig ambulanten Phase

Grundsätzlich soll die Rehabilitationsdauer den individuellen Bedürfnissen des Rehabilitanden angepasst werden. Die Bewilligungsdauer variiert je nach vorliegender Grunderkrankung (Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit), dem Ausmaß der hemmenden oder fördernden Faktoren auf der Kontextebene (ICF) bzw. in Abhängigkeit von dem im jeweiligen Einzelfall geltenden Rehabilitationsbedarf unter Berücksichtigung des Rehabilitationskonzeptes der Rehabilitationseinrichtung. Die erste stationäre/ganztägig ambulante Phase dauert in der Regel 8 Wochen (Alkohol-/ Medikamentenabhängigkeit) bzw. 16 Wochen (Drogenabhängigkeit).

Eine Budgetierung der Verweildauer durch die Rentenversicherungsträger ist möglich.

4.3 Dauer der ambulanten Phase

Bei der ambulanten Phase werden bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit in der Regel 40 Therapieeinheiten (TE) plus 4 TE für Bezugspersonen über eine Zeitdauer von 6 Monaten bewilligt. Die Dauer der Therapiesgespräche beträgt 100 Minuten für Gruppengespräche und 50 Minuten für Einzelgespräche.

4.4 Kooperation und Koordination

An der Durchführung von Kombinationsbehandlungen sind verschiedene Institutionen und Einrichtungen beteiligt:

- stationäre Rehabilitationseinrichtungen,
- ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtungen,
- ambulante Rehabilitationseinrichtungen.

Im Rahmen der Vorbereitung und Nachbehandlung sind Kooperationen mit Suchtberatungsstellen, psychosozialen und betrieblichen Beratungsstellen, Suchtfachambulanzen, Krankenhäusern, Nachsorgeeinrichtungen, niedergelassenen Ärzten, psychologischen Psychotherapeuten, Betriebsärzten etc. wie bei allen anderen Formen der Rehabilitation Abhängigkeitskranker erforderlich.

Durch die Beteiligung derart vieler Institutionen kommen der Kooperation, der Koordination, der Begleitung des Rehabilitanden und dem Schnittstellenmanagement besondere Bedeutung zu.

Gleichzeitig ist der verantwortliche Rehabilitationsträger durch die Prüfung und Bewilligung des Antrags beteiligt.

Die Kooperation, die Transparenz und der Ablauf der Kombinationsbehandlung sollten geplant und durchgeführt werden durch

- verbindliche, im Rahmen der Rehabilitation festgelegte Kooperations- bzw. Koordinationsformen (z.B. Übergabekonferenzen, videogestützte Konferenzen, Berichterstattung, Fallbesprechungen) mit Überprüfung der jeweiligen Abläufe (Ablaufcontrolling) und/oder
- Qualitätszirkel, in denen insbesondere Prozesse der Zusammenarbeit bewertet und optimiert werden.

In den Fallbesprechungen, in denen die verantwortlichen Behandler der am Rehabilitationsprozess beteiligten Einrichtungen vertreten sind, werden in regelmäßigen Abständen der bisherige, aktuelle und weiter geplante Rehabilitationsverlauf in Bezug auf den Rehabilitanden besprochen und die nächsten Schritte verabredet.

Jede Rehabilitationseinrichtung ist im Rahmen der Kombinationsbehandlung für die Phase, in der sich der Rehabilitand befindet, und für den Übergang in die nachfolgende Phase eigenständig verantwortlich.

Bei Kombinationsbehandlungen sind bilaterale, fallbezogene Übergaben und Zielvereinbarungsgespräche mit Beteiligung des Rehabilitanden sowie Fallbesprechungen erforderlich. Dies ist in den jeweiligen Behandlungskonzepten zu beschreiben.

Das beschriebene System der Kooperation in Form von Qualitätszirkeln, Übergabekonferenzen Fallbesprechungen, Ablaufcontrolling etc. kann auch durch eine Fachkraft (überwiegend aus dem ambulanten Bereich) für den gesamten Prozess der Motivation, stationärer, ganztägig ambulanter und ambulanter Rehabilitation bis hin zur Planung und Durchführung der Nachsorge/Adaption begleitet werden. Dieser so genannte Fallmanager oder Therapielotse gewährleistet die Weitergabe von Informationen, die Begleitung und Motivation des Rehabilitanden, die Information des Rehabilitationsträgers, das Organisieren des Übergangs zur nächsten Behandlungsphase und das Erreichen der weiterführenden Rehabilitationseinrichtung. Er ist Ansprechpartner für Fragen der weiteren Therapieplanung und -gestaltung für den Rehabilitanden.

Dieser Fallmanager oder Therapielotse arbeitet auf der Basis der verabredeten Rehabilitationsziele und steht in ständigem Kontakt mit dem verantwortlichen leitenden Arzt bzw. behandelnden Therapeuten der aktuellen Rehabilitationseinrichtung.

4.5 Rückfallbearbeitung/Krisenintervention

Der Rückfall gehört zum chronischen Krankheitsgeschehen eines abhängigkeitskranken Menschen und führt nicht zwangsläufig zum Abbruch einer Leistung zur Teilhabe. Bei der Kombinationsbehandlung gelten die gleichen Vorgehensweisen wie bei anderen Behandlungsformen².

² vgl. Ausführungen in Ziffer 3.5 „Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008“

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

4.6 Beendigungskriterien

Die Kombinationsbehandlung ist regulär zu beenden, wenn die Rehabilitationsziele erreicht sind. Sie 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 und daher keine angemessene Rückfallbearbeitung möglich ist,
- anhaltende Rückfälligkeit besteht und/oder
- eine andere Behandlungsform angezeigt ist, die nicht im Rahmen der Kombinationsbehandlung durchgeführt werden kann

und somit die Rehabilitationsziele durch die Kombinationsbehandlung nicht erreichbar sind.

Bei Unterbrechung der Rehabilitation ist innerhalb von zwei Wochen zu klären, ob die Rehabilitation fortgesetzt wird.

5. Dokumentation und Entlassungsbericht

Die Dokumentation der medizinischen Rehabilitation erfolgt in einem Entlassungsbericht.

Die weiterführende Rehabilitationseinrichtung kann sich auf die diagnostischen und anamnestischen Angaben der vorbehandelnden Rehabilitationseinrichtung stützen und muss diese nicht nochmals erheben.

Erst nach Vorlage des Entlassungsberichts 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.³

Bei der Kombinationsbehandlung sind zwei verschiedene Erstellungsformen des Entlassungsberichts möglich.

5.1 Fortlaufender, phasenübergreifender Entlassungsbericht

Die Erstellung eines fortlaufenden, phasenübergreifenden Entlassungsberichts ist sinnvoll und fördert den Vernetzungsprozess zwischen den beteiligten Rehabilitationseinrichtungen.

Der fortlaufende Entlassungsbericht dokumentiert zu jedem Wechsel die bis zu diesem Zeitpunkt erreichten Ergebnisse und wird der weiterbehandelnden Rehabilitationseinrichtung und - sofern vereinbart - dem Rehabilitationsträger übermittelt.

Die einzelnen Teile des phasenübergreifenden Entlassungsberichtes müssen der für die jeweilige Phase verantwortlichen Rehabilitationseinrichtung eindeutig zugeordnet werden können. Die Texte im Entlassungsbericht zu den vorangegangenen Phasen dürfen nicht verändert werden. Abweichende Einschätzungen werden in dem entsprechenden Gliederungspunkt mit Kennzeichnung der eigenen Phase erfasst.

Die Erfassung von Leistungen nach der KTL erfolgt bei Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers gesondert für jede Phase auf Blatt 1b und wird zum Phasenwechsel an den Rentenversicherungsträger geschickt (gleiches gilt für die Datenerfassung und den Versand von Blatt 1 und 1a).

Die Rehabilitationseinrichtung der letzten Phase übermittelt nach Beendigung der Kombinationsbehandlung dem Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen den abgeschlossenen Entlassungsbericht.

5.2 Getrennte phasenbezogene Entlassungsberichte

Jede Rehabilitationseinrichtung erstellt separat einen Entlassungsbericht und übermittelt diesen spätestens innerhalb von zwei Wochen nach der erbrachten Phase vollständig an den zuständigen Rehabilitationsträger.

³ Ein einheitlicher Reha-Entlassungsbericht der GKV befindet sich in Vorbereitung.

6. Finanzierung

Die einzelnen Phasen der Kombinationsbehandlung werden getrennt vergütet.

Für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker im Rahmen der stationären bzw. ganztägig ambulanten Phase zahlt der Rehabilitationsträger die mit dem Leistungserbringer nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Leistungsgerechtigkeit vereinbarte Vergütung⁴ an die Rehabilitationseinrichtung. Mit der Vergütung sind sämtliche während der stationären oder ganztägig ambulanten Leistung zur medizinischen Rehabilitation anfallenden Kosten abgegolten.

Im Rehabilitationskonzept zu vereinbarende zusätzliche Leistungen (z.B.: Übergabegespräche, Fallbegleitung oder Belastungserprobung) sind Gegenstand von Vergütungsverhandlungen.

Die Kosten für die im Rahmen der ambulanten Phase durchgeführten therapeutischen Einzel- und Gruppengespräche werden pauschaliert vergütet. Über die Höhe der Pauschale stimmen sich die Krankenkassen und die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung ab. Leistungsauslösend sind therapeutische Einzel- bzw. Gruppengespräche inklusive arbeitsbezogener Interventionen⁵ für Rehabilitanden sowie für Bezugspersonen. Die Kostenpauschale setzt sich aus allen Anteilen zusammen, die zur Durchführung einer ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker notwendig sind, insbesondere auch begleitende Therapieangebote.

7. Qualitätssicherung

Einrichtungsbezogene Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung stellen eine wichtige Grundlage dafür dar, die in den Rehabilitationseinrichtungen durchgeführte Rehabilitation qualitativ und quantitativ einzuschätzen und zu verbessern. Die für die Rehabilitation der Rentenversicherung bereits entwickelten und erfolgreich eingesetzten Qualitätssicherungsinstrumente und -verfahren sollten in vergleichbarer Weise für alle rehabilitativen Versorgungsbereiche genutzt werden. Spezifische Bedingungen der

⁴ Für die Rentenversicherung gilt, dass der Vergütungssatz vom Federführer der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung verhandelt bzw. festgelegt wird, wie im Gemeinsamen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 18. August 2011 unter Ziffer 10 beschrieben.

⁵ vgl. 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 Anlage 1

jeweiligen Leistungsformen sind dabei angemessen zu berücksichtigen. Dabei sollen die externe Qualitätssicherung (QS) und das interne Qualitätsmanagement (QM) der Rehabilitationseinrichtungen möglichst aufeinander abgestimmt sein.

Kombinationsbehandlungen stellen eine Kombination aus stationärer und ambulanter Phase dar. Jede Phase unterliegt zunächst den Qualitätssicherungsinstrumenten und -verfahren dieser Leistungsform. Beim (fortlaufenden) Entlassungsbericht erfolgt die Erfassung der Leistungen nach der KTL gesondert für jede Phase und kann damit zugeordnet und durch die Rentenversicherungsträger ausgewertet werden. Grundsätzlich sind für den stationären und ganztägig ambulanten Bereich auch das Peer-Review und für den ambulanten Bereich die Teilnahme an der Rehabilitandenbefragung anwendbar.

Bei Kombinationsbehandlungen kommt es auf ein gutes Schnittstellenmanagement an. Dies sollte im Konzept der beteiligten Einrichtungen ausführlich beschrieben sein. Über die Konzeptprüfung der beteiligten Rehabilitationseinrichtungen wird auch die Erfüllung der Strukturmerkmale sichergestellt. Regional abhängig werden in internen und/oder einrichtungsübergreifenden Arbeitsgruppen (z.B. Qualitätszirkeln) auftretende Probleme des Schnittstellenmanagements beraten und Lösungsvorschläge diskutiert, um Verwaltungs- und Behandlungsprozesse zu optimieren.

Eine Anpassung der Verfahren an die besonderen Bedingungen der Kombinationsbehandlung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist ggfs. erforderlich. Eine Neuentwicklung von Qualitätssicherungsinstrumenten für die Bewertung der Kombinationsbehandlung ist abhängig von der künftigen Inanspruchnahme der Leistungsform. Eine Evaluation der im Rahmenkonzept beschriebenen Kombinationsbehandlung ist sinnvoll und beabsichtigt.

8. Datenschutz

Bei der Durchführung der Kombinationsbehandlung sind die datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu beachten.