

Kombi-Nord-Konzept

Inhaltsverzeichnis

A. Medizinisch-therapeutische Grundlagen von Kombi-Nord	2
1. Einleitung	2
2. Definition der Kombibehandlung und Abgrenzung von anderen Verfahren	2
3. Theoretischer Hintergrund	3
4. Indikation	3
5. Kontraindikationen.....	4
6. Zeitlicher Rehabilitationsrahmen.....	4
7. Sondermodule	4
7.1 Übergabegespräch	5
7.2 Belastungserprobung für ambulante Therapie.....	5
7.3 Qualitätszirkel	5
7.4 Therapielotse.....	5
8. Rehabilitationsplanung Kombi-Nord	5
9. Unterbrechung der Rehabilitation	6
10. Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen sowie somatische Therapie.....	6
B. Verwaltungsverfahren und Anwenderhinweise für die Sondermodule	7
1. Grundlegende Hinweise zur regionalen Zusammenarbeit bei Kombi-Nord	7
2. Antragsverfahren	7
3. Verwaltungsverfahren.....	7
3.1 Behandlungsrahmen, -zeiten und -elemente	7
3.2 Verlauf	8
4. Anwenderhinweise für die Sondermodule.....	8
4.1 Übergabegespräch	8
4.2 Belastungserprobung für ambulante Therapie (BEAT)	9
4.3 Qualitätszirkel	9
4.4 Therapielotse.....	10
5. Dokumentation und Entlassungsbericht.....	10

A. Medizinisch-therapeutische Grundlagen von Kombi-Nord

1. Einleitung¹

Grundlage für die Durchführung von Kombinationsbehandlungen ist das **Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Kombinationsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014.**

Ziel von Rehabilitationsleistungen für abhängigkeitskranke Menschen ist die Befähigung zur gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft:

- Dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft,
- Abstinenzfähigkeit,
- Umgang mit bzw. Bewältigung körperlicher und psychischer (komorbider) Erkrankungen.

Eine Kombinationsbehandlung bietet die Möglichkeit, einrichtungsübergreifend, flexibel, bedarfs- und zielorientiert, ambulante, ganztägig ambulante oder stationäre Interventionen im Rahmen der Rehabilitation Abhängigkeitskranker miteinander zu verbinden. Auf diese Weise können die spezifischen Möglichkeiten und Chancen der jeweiligen Behandlungsform therapeutisch sinnvoll und zielführend genutzt werden.

Die Deutschen Rentenversicherungen Braunschweig-Hannover, Nord und Oldenburg-Bremen bieten im Rahmen von Kombi-Nord den Rehabilitanden die jeweils am besten geeigneten Leistungen in einem Gesamtbehandlungsplan nach den Kriterien des individuellen Bedarfs, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit an.

2. Definition der Kombibehandlung und Abgrenzung von anderen Verfahren

Eine Kombinationsbehandlung setzt sich aus verschiedenen Phasen zusammen, die vor Beginn der Rehabilitation geplant, beantragt und bewilligt werden müssen. Die einzelnen Phasen definieren sich durch die jeweiligen Rahmenbedingungen der Rehabilitationsform (ambulant, ganztägig ambulant, stationär), wobei die an Kombi-Nord teilnehmenden Einrichtungen vom zuständigen Träger anerkannt sein müssen.

Folgende Ziele sollen mit Kombi-Nord verfolgt werden:

- Flexibilisierung ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Rehabilitationsmöglichkeiten,
- Individualisierung der Rehabilitation in Abhängigkeit vom Grad der Teilhabestörung, von den Rehabilitationszielen sowie von den fördernden und hemmenden persönlichen und umweltbezogenen Kontextfaktoren,
- wohnortnahe Rehabilitation,
- wirtschaftliche Gestaltung der Rehabilitationsleistung,
- Verbesserung der Nachhaltigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen durch Optimierung des Schnittstellenmanagements,
- optimale Integration riskanter Kontextfaktoren in die Rehabilitation,
- Verringerung der Abbruchquoten,
- Vernetzung und Kooperation zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern.

¹ Im gesamten Konzept wird überwiegend die männliche Schreibweise verwendet. Wir gehen selbstverständlich von einer Gleichstellung von Mann und Frau aus und haben ausschließlich zur besseren und schnelleren Lesbarkeit die männliche Form verwendet. In allen Fällen gilt jeweils die weibliche und männliche Form. Wir bitten hierfür um Ihr Verständnis.

3. Theoretischer Hintergrund

In einer aktuellen Meta-Analyse von 62 Studien zu kognitiven Dysfunktionen durch Alkoholismus untersuchten Stavro et al (2013) die Wiederherstellung kognitiver Funktionen in Abhängigkeit von der Abstinenzdauer. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass signifikante Beeinträchtigungen mehrerer kognitiver Funktionen während des ersten Jahres der Alkoholabstinenz anhalten: "These results suggest significant impairment across multiple cognitive functions remains stable during the first year of abstinence from alcohol. Generally, dysfunction abates by 1 year of sobriety. These findings ... suggest that cognitive dysfunction may linger for up to an average of 1 year post-detoxification from alcohol."

Die Umsetzung und erfolgreiche neuropsychologische Verankerung neuer und möglicherweise zunächst fremder Handlungsalternativen macht eine Erprobung und Absicherung in der natürlichen Lebensumwelt des Patienten unumgänglich, will man jahrelang gebahnte und inzwischen automatisiert ablaufende Reiz-Reaktionsmechanismen, die in vielen Fällen einem Rückfallgeschehen zugrunde liegen, wirkungsvoll abschwächen. Gleichzeitig gilt es, die in ihrem Selbst verunsicherte Persönlichkeit im Umgang mit konflikthafter sozialen Situationen, aber auch mit immer wiederkehrenden Selbstzweifeln, die sich vor der Therapie ungesteuert aufgedrängt hatten, wirkungsvoll zu trainieren.

Das Kombi-Nord-Konzept unterstützt eine handlungsorientierte Therapie, indem Strategien zur rückfallfreien Alltagsbewältigung durch das Üben am Wohnort gefördert und bearbeitet werden können. Eine erfolgreiche, teilhabeorientierte Rehabilitation muss die Entwicklung neuer Bewertungs- und Bewältigungsstrategien einleiten, um grundlegende Veränderungen im Denken, Fühlen und Handeln zu ermöglichen. Bewusste Lernvorgänge im Frontalhirn, gerade nach längerem Substanzmissbrauch, brauchen Zeit zur Regeneration und Übungsfelder, in denen der Patient sich in realistischer Umgebung erproben kann. Nach Grawe (2004) werden durchschnittlich neun bis zwölf Monate benötigt, um das neuronale Belohnungssystem in einen Zustand zurückzuführen, in dem angemessene Wahrnehmungen und Handlungsplanungen möglich sind. Die Steigerung der Selbstwirksamkeit, die Auseinandersetzung mit dem persönlichen Selbst zur Förderung einer bewusst gesteuerten Informations- und Reizverarbeitung wird im Kombi-Nord-Konzept umgesetzt (vgl. a. Heinz, et al. 2012).

4. Indikation

Die Indikation für Kombi-Nord setzt eine differenzierte Rehabilitationsplanung voraus, die die verschiedenen settingbedingten Schwerpunkte der miteinander kombinierbaren Rehabilitationsphasen berücksichtigt und flexibel einsetzt. Während die stationäre Phase primär der Distanzierung von konsumfördernden Belastungen, Problemen und Konflikten dient und vor allem dazu genutzt werden kann, Problemverständnis und Bewältigungsstrategien aufzubauen, beziehen die ambulanten Rehabilitationsanteile die sozialen und familiären Ressourcen mit ein, wobei die Wohn- und Arbeitsumgebung als Übungsumfeld dient. Durch das Entstehen realer Belastungen, Konflikte oder Selbstunsicherheiten kann die flankierende ambulante Rehabilitation Themen zeitnah aufgreifen und so eine gelungene Integration und Teilhabe des Rehabilitanden unterstützen und fördern.

Da die Durchführung einer Kombinationsbehandlung von den Rehabilitanden die Fähigkeit verlangt, sich in den unterschiedlichen Settings neu und schnell zu orientieren, sollte insbesondere auf die persönlichen Ressourcen, auf ein unterstützendes soziales Umfeld sowie auf die Nutzung sozialer (familiärer und beruflicher) Ressourcen, geachtet werden.

Folgende Diagnosen können aufgenommen werden:

- **Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit**
(ICD 10: F 10.2 – 19.2, einschließlich des zeitweiligen Gebrauchs von Medikamenten zur Substitution)

Suchtfolgeerkrankungen im internistischen und neurologischen Bereich (z. B. Lebererkrankungen, chronische Pankreatitis, Diabetes mellitus, Polyneuropathie, Kleinhirnaffektionen, Kardiomyopathie, Gastritiden, Ulcus-Leiden, Folgen einer HIV-Infektion, in begrenztem Umfang hirnorganische Anfallsleiden) können mitbehandelt werden, wenn keine intensivmedizinischen und/oder hochspezialisierten Interventionen erforderlich sind.

Folgende Diagnosen können in der Regel als komorbide Störungen mitbehandelt werden, sofern sie nicht akut exazerbiert sind:

- **Psychiatrische Krankheitsbilder (ICD 10: F20 – F39)**
(Schizophrenie, schizotype Störungen, wahnhaftige Störungen, akute vorübergehende psychotische Störungen, induzierte wahnhaftige Störungen, schizoaffektive Störungen, affektive Störungen)
- **Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen (ICD10: F40 – F48)**
(phobische Störungen, Angst- und Panikstörung, Zwangsstörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, dissoziative Störungen, somatoforme Störungen, andere neurotische Störungen).
- **Verhaltensauffälligkeit mit körperlichen Störungen und anderen Faktoren (ICD10: F50 – F59)**
(Essstörungen, Nicht organische Schlafstörungen)
- **Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD 10: F60 – F63)**
(Narzisstische Persönlichkeitsstörung, Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Dissoziale Persönlichkeitsstörung, Abhängige Persönlichkeitsstörung, Impulskontrollstörungen (z. B. Pathologisches Spielen))

5. Kontraindikationen

Hier gelten die in den anerkannten Konzepten der beteiligten Einrichtungen gültigen Kontraindikationen.

6. Zeitlicher Rehabilitationsrahmen

Der zeitliche Rahmen von Kombi-Nord beträgt 52 Wochen. Im Bedarfsfall kann die ambulante Kombi-Nord-Phase nach Ende der 52 Wochen auf bis zu 78 Wochen verlängert werden (s. Teil B).

7. Sondermodule

Wesentliche Grundlage der Vernetzung der unterschiedlichen Rehabilitationsformen ist eine Abstimmung von Diagnostik und Dokumentation. Um dieses Ziel zu erreichen sowie die Nichtantrittsquote zwischen den unterschiedlichen Rehabilitationsformen zu senken, sind einige Sondermodule eingeführt worden.

7.1 Übergabegespräch²

Im Rahmen des Übergabegesprächs erfolgt die Übergabe des Rehabilitanden von einem Rehabilitationssetting in das andere. Es dient vor allem dazu, den gegenwärtig erreichten Stand des Rehabilitationsprozesses festzustellen sowie nach gemeinsamer Absprache die weitere Planung incl. einer Feinzielplanung für die nächste Rehabilitationsphase festzulegen. Teilnehmer dieser Besprechung sind aufnehmender und abgebender Bezugstherapeut sowie der Rehabilitand. In therapeutisch begründeten Fällen können auch Übergaben ohne Rehabilitand durchgeführt werden.

7.2 Belastungserprobung für ambulante Therapie³

Zur Unterstützung des Übergangs von einer stationären / gantztägig ambulanten Phase in eine ambulante Phase kann die Belastungserprobung für ambulante Therapie (BEAT) durchgeführt werden. Sie soll dem Rehabilitanden einen krisenarmen Übergang vom stationären / gantztägig ambulanten Setting in die ambulante Rehabilitation erleichtern. Im Rahmen einer BEAT kann der Rehabilitand noch während der stationären / gantztägig ambulanten Rehabilitationsphase in seiner zukünftigen ambulanten Suchtbehandlungsstelle an einer Therapiegruppe teilnehmen und seine zukünftigen Gruppenmitglieder, die Therapeuten, die Räumlichkeiten, den Weg dorthin etc. kennen lernen. Auf diese Weise sollen eventuell vorhandene Ängste und Barrieren abgebaut werden, die den Rehabilitanden daran hindern könnten, die Rehabilitation ambulant fortzusetzen.

7.3 Qualitätszirkel⁴

Zur Abstimmung von Diagnostik und Dokumentation sowie für die Besprechung und Behebung von Schnittstellenproblemen findet mindestens 2x, maximal 4x jährlich ein Qualitätszirkel statt. Hierbei werden einrichtungsübergreifend Schnittstellenprobleme bearbeitet und Verwaltungs- und Behandlungsprozesse optimiert.

7.4 Therapielotse⁵

Ein Therapielotse ist für die Organisation des Rehabilitationsverlaufs zuständig. Die Aufgabe des Therapielotsen schließt Verwaltungstätigkeit, die Dokumentation sowie die Vernetzung aller am Rehabilitationsverlauf Beteiligten (Leistungsträger, Leistungsanbieter, Rehabilitand) ein.

8. Rehabilitationsplanung Kombi-Nord

Zu Beginn von Kombi-Nord wird gemeinsam mit dem Rehabilitanden eine ausführliche, an den individuellen Bedarfen und Möglichkeiten sowie den teilhabeorientierten Rehabilitationszielen orientierte Rehabilitationsplanung erstellt. Der vorgesehene Rehabilitationsverlauf ist in dem Vordruck Rehabilitationsplanung Kombi-Nord festzulegen und mit den sonstigen Antragsunterlagen bei der DRV einzureichen.

² KTL-Code: D572 (Abstimmung zu Kontakt- und Informationsgesprächen mit Vor- und Nachbehandlern einzeln)

³ KTL-Code: E622 (Externe Belastungserprobung einzeln)

⁴ Kein KTL-Code, da es sich nicht um eine therapeutische Leistung handelt.

⁵ Kein KTL-Code, da es sich nicht um eine therapeutische Leistung handelt.

Die Rehabilitationsplanung muss im Verlauf einer Kombi-Nord-Leistung angepasst werden, wenn sich die Rehabilitationsziele verändern.

Im Falle einer Änderung der Rehabilitationsplanung ist diese zwischen den Bezugstherapeuten der beteiligten Einrichtungen unter Beteiligung des Therapielotsen zu kommunizieren. Die veränderte Rehabilitationsplanung wird dem Kostenträger übersandt. Eine Begründung oder ein Zwischenbericht sind nicht erforderlich. Es ist lediglich darauf zu achten, das jeweilige Zeitbudget innerhalb der jeweiligen Leistungsform nicht zu überschreiten. Auch seitens der DRV ist keine Änderungsmitteilung an die Einrichtungen erforderlich.

9. Unterbrechung der Rehabilitation

Eine Unterbrechung der Rehabilitation ist grundsätzlich nur im Krankheitsfall möglich. In der stationären und ganztägig ambulanten Phase ist die Vorlage eines ärztlichen Attests ab dem 1. Tag erforderlich. In der ambulanten Phase muss der Rehabilitand im Krankheitsfall die Teilnahme an dem Therapiegespräch vorher absagen.

Um sich im Falle eines Suchtmittelrückfalles die Option auf eine Fortsetzung der Kombi-Nord-Leistung aufrecht erhalten zu können, bedarf es einer Meldung des Rehabilitanden bei dem im Rahmen der Kombi-Nord-Leistung zuständigen Therapeuten.

Es gelten die in den Einrichtungskonzepten getätigten Ausführungen zu Rückfällen.

In der ambulanten Phase der Kombi-Nord können Urlaubszeiten von maximal drei Wochen vereinbart werden.

Bei einer Unterbrechung muss eine Mitteilung der Reha-Einrichtung sofort nach Kenntnisnahme an den Rentenversicherungsträger erfolgen.

10. Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen sowie somatische Therapie

Das diagnostische und therapeutische Vorgehen sowie die somatische Therapie in den jeweiligen Phasen orientieren sich an den Konzepten der beteiligten Einrichtungen.

Die Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014 (BORA) sind anzuwenden.

B. Verwaltungsverfahren und Anwenderhinweise für die Sondermodule

1. Grundlegende Hinweise zur regionalen Zusammenarbeit bei Kombi-Nord

Die Zusammenarbeit von Einrichtungen im Rahmen von Kombi-Nord erfolgt vorrangig im regionalen Bezug. Dies ist insbesondere mit Blick auf das Ziel der Rehabilitation – die Teilhabe am Erwerbsleben – noch stärker als bisher zu unterstützen und wird durch die enge und intensive Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen / Leistungsträgern wie z. B. Jobcentern, der Agentur für Arbeit, beruflichen Leistungsanbietern und Arbeitgebern im Umfeld des Wohnorts des Rehabilitanden gefördert.

Die regelhafte Zusammenarbeit im Rahmen von Kombi-Nord erfolgt daher vorrangig im Regionalverbund bzw. mit Einrichtungen in „regionaler Nähe“ zum Wohnort der Rehabilitanden (Erreichbarkeit für den Rehabilitanden in ca. 45 Minuten). Eine Übersicht über die bestehenden Regionalverbünde und die ihnen zugehörigen Einrichtungen ist jeweils aktuell auf der Homepage der beteiligten Rentenversicherungsträger abrufbar. Eine Zusammenarbeit über den regionalen Bezug hinaus ist möglich, wenn diese aus therapeutischen Gründen (z. B. Therapieangebote, die nur außerhalb des regionalen Bezuges bestehen) indiziert ist.

2. Antragsverfahren

Hinsichtlich des Verwaltungsverfahrens sind bestimmte Rahmenbedingungen von den beteiligten Einrichtungen einzuhalten bzw. ist die Bewilligungspraxis der DRV zu beachten. Zur Prüfung, ob der Antrag auf eine Kombi-Nord-Leistung positiv beschieden werden kann, ist neben den üblichen Antragsunterlagen auch das Beifügen der Rehabilitationsplanung Kombi-Nord via Formvordruck erforderlich. Sofern alle versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen für eine Rehabilitation Abhängigkeitskranker im Rahmen der Kombi-Nord gegeben sind, erfolgt anhand der eingereichten Rehabilitationsplanung die Bewilligung. In der Praxis bedeutet dies, dass zu Beginn der Gesamtmaßnahme ein Bescheid für die 52 Wochen dauernde Leistung erteilt wird. In diesem Bescheid wird auf den vorgelegten – aktuellen – und mit dem Rehabilitanden abgestimmten Rehabilitationsplan verwiesen.

3. Verwaltungsverfahren

3.1 Behandlungsrahmen, -zeiten und -elemente

Der Behandlungsrahmen der Kombi-Nord beträgt 52 Wochen. Für die ganztägig ambulanten, stationären und adaptiven Phasen gilt, dass die Behandlungszeit die Dauer einer Standard-Entwöhnungsbehandlung nicht überschreiten darf.

Die Therapiedauer incl. Verlängerungsmöglichkeit bei stationären und ganztägig ambulanten Entwöhnungsbehandlungen ist indikationsabhängig:

Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit (stationär)	13 Wochen + 2 Wochen
Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit (ganztägig ambulant)	12 Wochen
Adaption bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit	10 Wochen + 2 Wochen
Drogenabhängigkeit (stationär)	22 Wochen + 3 Wochen
Drogenabhängigkeit (ganztägig ambulant)	20 Wochen
Adaption bei Drogenabhängigkeit	12 Wochen + 3 Wochen

Diese maximalen Behandlungszeiten sollten nicht in der ersten stationären / ganztägig ambulanten Phase ausgeschöpft, sondern für weitere notwendige Behandlungserfordernisse vorgehalten werden. Die erste stationäre / ganztägig ambulante Phase sollte in der Regel 8 Wochen (Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit) bzw. 16 Wochen (Drogenabhängigkeit) andauern. Grundsätzlich sollte die Rehabilitationsdauer den individuellen Bedürfnissen des Rehabilitanden angepasst werden.

Bei der Kombination von stationären und ganztägig ambulanten Leistungen darf die Gesamtwochenzahl von 20 (Alkohol-/ Medikamentenabhängigkeit) bzw. 30 (Drogenabhängigkeit) nicht überschritten werden.

Während der ambulanten Phase können bis zu 80 Therapieeinheiten für den Rehabilitanden und 8 Bezugspersonentermine genutzt werden. Um die Inanspruchnahme der bewilligten ambulanten Therapieeinheiten zu ermöglichen, kann die Gesamtbehandlungsdauer nach Ende der 52 Wochen auf bis zu 78 Wochen verlängert werden. Die Übersendung einer geänderten Behandlungsplanung ist erforderlich. Die stationären (inklusive Adaption) und ganztägig ambulanten Phasen können nur in den ersten 12 Monaten bzw. 52 Wochen in Anspruch genommen werden.

Eine Suchtnachsorge ist nach einer Kombi-Nord-Leistung nicht möglich.

3.2 Verlauf

Der Wechsel von einem Behandlungssetting in das andere ist spätestens 10 Tage vor dem Wechseltermin anhand der formularmäßigen Wechselmitteilung anzuzeigen. Zur Bestätigung des vollzogenen Behandlungsformwechsels ist von der abgebenden Einrichtung die Beendigungsmitteilung und von der aufnehmenden Einrichtung die Aufnahmemitteilung zu übersenden. Die vollständige Übersendung des Entlassungsberichtes ist an dieser Stelle nicht erforderlich, da es sich hier um einen von den beteiligten Einrichtungen fortzuschreibenden einheitlichen Entlassungsbericht handelt. Dies bezieht sich nicht auf die Seiten 1 bis 1b des Entlassungsberichtes, die für jede Phase direkt im Anschluss an deren Beendigung zu übersenden sind.

Der vollständige Entlassungsbericht ist erst am Ende der Gesamtbehandlung von der letztbehandelnden Einrichtung federführend zu übersenden. Hierbei endet die Behandlung spätestens ein Jahr nach dem Tag, der dem Behandlungsbeginn vorausgeht (z. B. 31.03.2016 bis 30.03.2017). Bei einer disziplinarischen oder vorzeitig gegen ärztlichen Rat erfolgten Entlassung aus einer Phase wird die gesamte Kombi-Nord-Leistung damit in aller Regel beendet.

4. Anwenderhinweise für die Sondermodule

4.1 Übergabegespräch

Zur Vorbereitung des Übergabegesprächs stellt die abgebende Einrichtung den bisherigen Behandlungsbericht (Rehabilitandendaten, erreichte und angestrebte Therapieziele, zeitliche Planung) zusammen und leitet ihn in digitalisierter Form an die aufnehmende Einrichtung weiter. Die aufnehmende Einrichtung setzt sich mit den bisherigen Rehabilitationsergebnissen auseinander und arbeitet von dem vom Rehabilitanden erreichten Stand der Leistung aus weiter. Für eine nahtlose Übergabe sind dementsprechend erforderlich:

- eine kontinuierliche Dokumentation des Rehabilitationsverlaufs (möglichst bereits in dem fortzuschreibenden einheitlichen Entlassungsbericht) bis zur Übergabe,
- die Operationalisierung der Rehabilitationsziele auf allen Ebenen (psychotherapeutisch, somatisch, edukativ, arbeitsbezogen) sowie
- die Besprechung geplanter Interventionen für und mit dem Rehabilitanden.

Das Übergabegespräch soll in der letzten Woche vor dem Wechsel in die nächste Rehabilitationsphase durchgeführt werden. Übergabegespräche können persönlich, per Videokonferenz oder telefonisch durchgeführt werden. Die Form des Übergabegesprächs wird den Einrichtungen freigestellt.

Die Kosten für persönliche Übergabegespräche und die Fahrkosten werden der Einrichtung erstattet, die gefahren ist. Die Erstattung erfolgt in Abhängigkeit von der zurückgelegten Entfernung gestaffelt:

bis einschl. 40 km:	Kosten in Höhe einer ambulanten Therapieeinheit
bis einschl. 60 km:	Kosten in Höhe von 1 ½ ambulanten Therapieeinheiten
bis einschl. 90 km:	Kosten in Höhe von 2 ambulanten Therapieeinheiten
mehr als 90 km:	Kosten in Höhe von 2 ½ ambulanten Therapieeinheiten

zuzüglich 0,20 EUR je gefahrenem Kilometer (§ 5 Abs. 1 BRKG).

Die ambulante Einrichtung kann, wenn deren Therapeut nicht zugleich Reisender ist, für das Übergabegespräch eine Therapieeinheit abrechnen.

Die Vergütung der Übergabegespräche per Videokonferenz erfolgt in Höhe von einer ambulanten Therapieeinheit für die aufnehmende Einrichtung. Ambulante Behandlungseinrichtungen können zusätzlich auch als abgebende Einrichtungen eine Therapieeinheit abrechnen.

Telefonische Übergabegespräche werden mit 15,00 EUR für die aufnehmende Einrichtung vergütet.

4.2 Belastungserprobung für ambulante Therapie (BEAT)

BEAT ist als ein indikatives, optionales Rehabilitationsmodul zu verstehen. Eine Verpflichtung, an einer Belastungserprobung teilzunehmen, besteht nicht. Voraussetzung für die Teilnahme an einer BEAT ist die Abstinenzfähigkeit des Rehabilitanden. Eine Belastungserprobung sollte ohne Rückfall bewältigt werden können, auch wenn es dem Rehabilitanden nicht möglich ist, noch am gleichen Tag in die Klinik zurückzukehren. Darüber hinaus dürfen der DRV keine Übernachtungskosten entstehen. Während der gesamten Dauer der Rehabilitation können bis zu 3 Belastungserprobungen (jeweils in Höhe einer ambulanten Therapieeinheit) abgerechnet werden.

4.3 Qualitätszirkel

Zur Abstimmung von Diagnostik und Dokumentation sowie für die Besprechung und Behebung von Schnittstellenproblemen findet mindestens 2 x, maximal 4 x jährlich ein Qualitätszirkel im Regionalverbund statt. Hierbei werden einrichtungsübergreifend Schnittstellenprobleme gelöst und Verwaltungs- und Behandlungsprozesse optimiert.

Die Teilnahme am Qualitätszirkel wird auf Antrag in Höhe von einer ambulanten Therapieeinheit je Einrichtung und Termin zuzüglich 0,20 EUR je gefahrenem Kilometer (§ 5 Abs. 1 BRKG) vergütet.

4.4 Therapielotse

Der Therapielotse soll jederzeit über die bereits absolvierten und noch geplanten Therapieeinheiten usw. Auskunft geben können. Weiterhin achtet er auf die rechtzeitige Dokumentation des therapeutischen Geschehens in der Einrichtung. Er überwacht die Rehabilitationsplanung und ist für die Übersendung der jeweils erforderlichen Vordrucke und Berichte verantwortlich. Idealerweise ist der Therapielotse ein Verwaltungsmitarbeiter der beteiligten Einrichtungen. Um diese Aufgaben effektiv erledigen zu können, sind gut dokumentierte, laufend fortgeschriebene und aktuelle Rehabilitationsunterlagen erforderlich.

Der Therapielotse steht auch als Ansprechpartner für den Rehabilitanden zur Verfügung (z. B. Aushändigung von Übergangsgeldberechnungsunterlagen). Er ist für die verwaltungsseitigen Aufgaben zuständig. Für den therapeutischen Teil der Leistungen ist der leitende Arzt bzw. sind die jeweiligen Bezugstherapeuten zuständig.

Die Tätigkeit des Therapielotsen kann einmal pro Behandlungsphase in Höhe einer ambulanten Therapieeinheit abgerechnet werden.

5. Dokumentation und Entlassungsbericht

Die Dokumentation der medizinischen Rehabilitation erfolgt in einem fortlaufenden Entlassungsbericht. Die weiterführende Rehabilitationseinrichtung kann sich auf die diagnostischen und anamnestischen Angaben der vorbehandelnden Einrichtung stützen und muss diese nicht nochmals erheben.

Erst nach Vorlage des Entlassungsberichts auf dem trägerspezifischen Formular ist die Leistung vollständig erbracht. Hinweise darauf, wie der Entlassungsbericht abgefasst werden soll, können dem Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung entnommen werden.

Der fortlaufende Entlassungsbericht dokumentiert zu jedem Wechsel die bis zu diesem Zeitpunkt erreichten Rehabilitationsergebnisse des Rehabilitanden und wird der weiterbehandelnden Rehabilitationseinrichtung und dem Leistungsträger übermittelt.

Dabei trägt jede Einrichtung die Verantwortung für den ihren Behandlungsteil betreffenden Teil des Entlassungsberichts. Ein nachträgliches Ändern von Ausführungen des Vorbehandlers ist nicht zulässig.