

Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung

- Sozialmedizinische Beurteilung bei
Abhängigkeitserkrankungen
- Dezember 2018



Hinweis

Den Expertinnen und Experten aus Fachgesellschaften, Rehabilitationseinrichtungen und Verwaltungen der Deutschen Rentenversicherung, die an der Erstellung der vorliegenden Leitlinie beteiligt waren, sei an dieser Stelle für ihr Engagement und ihre konstruktiven fachlichen Beiträge vielmals gedankt.

Ansprechpartner

Die fachliche Betreuung der Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung erfolgt im Bereich 0440 „Sozialmedizin“.

Als Ansprechpartner für die „Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen“ (Stand: Dezember 2018) stehen zu Ihrer Verfügung:

Dr. med. Johannes Falk

Bereich 0400

Tel.: 030 865-35534

E-Mail: dr.johannes.falk@drv-bund.de

Dr. med. Ariane Schulte

Bereich 0440

Tel.: 030 865-35751

E-Mail: dr.med.ariane.schulte@drv-bund.de

Leitlinie im Internet

Die Leitlinie ist auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung zugänglich unter: www.deutsche-rentenversicherung.de

(Pfad: Infos für Experten → Sozialmedizin und Forschung → Begutachtung → Leitlinien → Psychische und Verhaltensstörungen einschließlich Abhängigkeitserkrankungen → Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen)

Inhaltsverzeichnis

1	Krankheitsbilder	5
1.1	Störungen durch Alkohol	5
1.2	Störungen durch Opioide	6
1.3	Störungen durch Sedativa und Hypnotika	7
1.4	Störungen durch Cannabis, Kokain und Amphetamine	7
2	Sozialmedizinische Bedeutung	8
3	Bio-psycho-soziales Modell und ICF	11
4	Sachaufklärung	13
5	Empfehlungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	17
5.1	Substanzübergreifende Kriterien der Rehabilitationsbedürftigkeit	17
5.2	Substanzabhängige Kriterien der Rehabilitationsbedürftigkeit	19
5.2.1	Alkoholabhängigkeit	19
5.2.2	Medikamentenabhängigkeit	20
5.2.3	Drogenabhängigkeit	21
5.2.4	Multipler Substanzgebrauch	25
5.3	Differenzielle Rehabilitationsangebote	25
5.4	Nicht-stoffgebundene Störungen	28
5.4.1	Pathologisches Glücksspiel	28
5.4.2	Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet	29
6	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	31
6.1	Arbeitsbezogene Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation	32
7	Positives und negatives Leistungsbild	33
7.1	Positives Leistungsbild	33
7.2	Negatives Leistungsbild	33
8	Minderung der Erwerbsfähigkeit im Erwerbsleben	35
8.1	Störungen durch Alkohol	35
8.2	Störungen durch Opioide	36
8.3	Störungen durch Sedativa und Hypnotika	36
9	Anlagen	37
9.1	ICD-10	37
9.2	DSM-V	39
9.3	Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“	40
9.4	ICF	54
10	Erstellungsprozess der Leitlinie	55
11	Literatur	59

Tabellen:

Tab. 1: Stationäre Entwöhnungsbehandlungen, Deutsche Rentenversicherung 2016, ohne Nachsorge und Mischfälle	8
Tab. 2: Ambulante Entwöhnungsbehandlungen, Deutsche Rentenversicherung 2016, ohne Nachsorge und Mischfälle	9
Tab. 3: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI bei Versicherten mit Abhängigkeitserkrankungen, Deutsche Rentenversicherung 2016, 1. Diagnose	10
Tab. 4: ICD-10-Kodierung	37
Tab. 5: Beispiel für das Übersetzen von Inhalten eines sozialmedizinischen Gutachtens in die ICF-Terminologie	54

1 Krankheitsbilder

Abhängigkeitserkrankungen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen. Unterschieden wird zwischen stoffgebundenen (Alkohol, Medikamente, Drogen) und nicht stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen (Pathologisches Glücksspiel, Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet, siehe 5.4)

Alle Abhängigkeitserkrankungen sind von gutachterlicher Seite aus, wenn nicht organische Störungen das Bild völlig beherrschen, primär unter dem Aspekt einer möglichen spezifischen medizinischen Rehabilitation zu betrachten. Hier haben sich inzwischen vielfältige Angebote etabliert, die von ambulanter Rehabilitation bis zu mehrmonatiger stationärer Entwöhnungsbehandlung mit nachfolgender beruflicher Wiedereingliederung reichen.

Für alle Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen ist es von hoher Bedeutung, in ein möglichst stabiles soziales Umfeld entlassen zu werden. Die Rückfallquote ist beispielsweise bei arbeitslosen deutlich höher als bei erwerbstätigen Abhängigkeitskranken. (Henkel 2006). Je stabiler das soziale Umfeld, umso besser ist auch die Rehabilitationsprognose im Sinne der Rentenversicherung.

Es ist somit auch Aufgabe der Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger, die Voraussetzungen zur weiteren Stabilisierung bzw. zur Adaption an und zur Wiedereingliederung in das soziale Umfeld der Betroffenen zu schaffen.

1.1 Störungen durch Alkohol

Die in unserer Gesellschaft am häufigsten gebrauchte psychotrope Substanz ist der Alkohol. Man geht davon aus, dass es in Deutschland 1,5–2 Millionen Alkoholabhängige in der Altersgruppe 18–64 Jahre gibt (DHS 2015), wobei nur ein geringer Teil der Betroffenen jemals eine Entwöhnungsbehandlung durchführt.

Nach ICD-10 (Kap. 8.1) ist zu unterscheiden zwischen einem schädlichen Gebrauch, der – ohne dass ein Abhängigkeitssyndrom besteht – zu einer tatsächlichen Schädigung der psychischen und/oder physischen Gesundheit des Konsumenten geführt hat, und einem Abhängigkeitssyndrom, das unter anderem durch das Vorliegen eines körperlichen Entzugssyndroms, das Auftreten einer Toleranz, eine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Alkoholkonsums sowie einen starken Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren, charakterisiert ist. Weiter bestehen häufig ein eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol und eine fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zu Gunsten des Substanzkonsums sowie ein anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen.

Psychopathologie

Psychopathologische Auffälligkeiten ergeben sich durch die akute Wirkung der Substanz und durch die sekundär-toxisch verursachten Schäden an den einzelnen Organen und Organsystemen.

Psychopathologisch finden sich organisch amnestische Syndrome in allen Abstufungen. Häufig finden sich Einschränkungen des Kurz- und Langzeitgedächtnisses, ein Mangel an Einsichtsfähigkeit und in schweren Fällen auch Konfabulationen und Persönlichkeitsveränderungen (Batra 2016).

Auch im Bereich der Wahrnehmung, der Denkinhalte sowie der Stimmung und der Gefühle bestehen Auffälligkeiten. Phänomene wie Eifersuchtswahn oder Halluzinosen treten auf.

Häufig zeigen sich auch eine tiefgreifende Störung des Selbstbildes und der Selbstwirksamkeitserwartung, hochgradige Verunsicherung in sozialen Rollen und starke Scham- und Schuldgefühle.

Bei Abhängigkeitserkrankten finden sich häufig anfangs keine Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Partizipation. Die Möglichkeit zur Teilhabe kann sogar für eine gewisse Zeit durch die kontinuierliche Einnahme von Alkohol noch aufrechterhalten werden. Erst wenn bereits fortgeschrittene Stadien der Abhängigkeit erreicht sind, finden sich Aktivitätsstörungen sowie im späteren Verlauf auch zunehmende Teilhabestörungen. Diese sind einerseits durch die Substanzwirkung selbst, andererseits durch den zunehmenden sozialen Rückzug und die Einengung der interpersonellen Fähigkeiten der Abhängigen bedingt.

Gesundheitliche Integrität

Durch Alkohol verursachte psychische Störungen manifestieren sich häufig in einer Beeinträchtigung der Teilnahmemöglichkeit an Aktivitäten des täglichen Lebens, sei es durch die akute toxische Wirkung der Substanz oder durch die Entwicklung einer organisch amnestischen Symptomatik.

Einerseits durch die Substanzeffekte selbst, andererseits durch die Persönlichkeitsveränderungen als Folge des andauernden Substanzgebrauchs sind sämtliche Bereiche der gesundheitlichen Integrität betroffen. Bei ausgeprägten Krankheitsbildern kommt es zu einem zunehmenden sozialen Abstieg und einer körperlichen und seelischen „Verwahrlosung“.

Verlauf und Prognose

Der Verlauf von durch Alkohol verursachten psychischen Störungen gestaltet sich in aller Regel chronisch fortschreitend. Häufig kommt es nach abstinenter Phasen zu einem Rückfall in das alte Konsumverhalten. Nicht immer besteht Krankheitseinsicht und Einsicht in die Behandlungsnotwendigkeit.

Die durch die Substanz verursachten Organschäden bestimmen häufig den Verlauf der Störung; alkoholabhängige Personen haben eine deutlich geringere Lebenserwartung (John 2013).

Charakteristische organische Folgekrankheiten bei Alkoholabhängigkeit sind zum Beispiel: Gastritis, Ösophagitis, gastrointestinale Blutung, Fettleber, alkoholinduzierte Hepatitis, Leberzirrhose, hepatische Enzephalopathie, chronische Pankreatitis, arterielle Hypertonie, alkoholtoxische Kardiomyopathie, Polyneuropathie, zerebrale Krampfanfälle, bösartige Tumore insbesondere des Verdauungstraktes.

Die Wirksamkeit der Suchtrehabilitation ist durch vielfache Studien belegt (www.sucht.de/wirksamkeitsstudien.html)

1.2 Störungen durch Opiode

Abhängigkeit von Opioiden ist ein – im Vergleich zur Alkoholabhängigkeit – eher seltenes Phänomen. Man geht in Deutschland von etwa 100 – bis 150.000 Opiatabhängigen aus (DHS 2015). Zahlenmäßig steht die Abhängigkeit von intravenös appliziertem Heroin im Vordergrund; zu bedenken sind aber auch Abhängigkeiten von Codein- und Morphinpräparaten sowie Abhängigkeiten von Schmerzmitteln, die in der Regel jedoch nicht zu schwerwiegenden körperlichen Störungen führen.

1.3 Störungen durch Sedativa und Hypnotika

Trotz der großen Zahl von Betroffenen von ca. 1,5–2,0 Millionen in Deutschland (DHS 2015) wird eine Abhängigkeit von Sedativa und Hypnotika selten zum Anlass für einen Renten- oder Rehabilitationsantrag. Häufiger wird eine solche Abhängigkeit als zusätzliche Diagnose festgestellt. Wenn es zu entsprechenden organischen Schäden (sowohl hirnorganisch als auch an anderen Organen) kommt, sind diese entsprechend ihrer Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit zu werten.

1.4 Störungen durch andere Drogen wie Cannabis, Kokain und Amphetamine

Nach dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2012 (Papst 2013) erfüllten bezogen auf die Gesamtstichprobe (Erwachsene 18–64 Jahre) jeweils 0,5 % der Befragten die Kriterien für Missbrauch und Abhängigkeit von Cannabis. Insgesamt 0,2 % weisen eine Kokainabhängigkeit auf.

Einen Missbrauch von Amphetaminen zeigen laut der Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht 2013 0,2 % der Befragten, weitere 0,1 % erfüllen die Kriterien für eine Abhängigkeit.

In den letzten Jahren hat sich der Konsum von Amphetaminen, insbesondere Metamphetamin (Crystal Meth), ausgehend von den Grenzregionen zu Tschechien deutlich verstärkt, ebenso der Gebrauch von neuen psychoaktiven Substanzen („Designerdrogen“). Trotzdem liegt der Gebrauch nach dem epidemiologischen Suchtsurvey 2015 bei der 12-Monats-Prävalenz bei Cannabis bei 6,1 % der Befragten, bei Amphetaminen bei 1,0 %, bei Metamphetaminen bei 0,2 % und bei den neuen psychoaktiven Substanzen bei 0,9 % (Piontek 2016).

2 Sozialmedizinische Bedeutung

In Tabelle 1 sind die Häufigkeiten stationärer Entwöhnungsbehandlungen der Deutschen Rentenversicherung aus dem Jahr 2016 aufgeführt, in der Tabelle 2 die entsprechenden ambulanten Leistungen. Der Anteil der Abhängigkeitserkrankungen an der Gesamtzahl der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beträgt 4,5 % (stationäre und ambulante Leistungen zusammen).

Tab. 1: Stationäre Entwöhnungsbehandlungen, Deutsche Rentenversicherung 2016, ohne Nachsorge

(in Klammern: Alter in Jahren)

	Frauen	Männer	insgesamt
Entwöhnungsbehandlungen insgesamt	10.534 (44,3)	32.531 (42,4)	43.065 (42,8)
Entwöhnungsbehandlungen stationär	7.257	23.066	29.971
davon: Alkoholabhängigkeit	5.467	15.266	20.733
Medikamentenabhängigkeit	179	234	413
Drogen- und Mehrfachabhängigkeit	1.611	7.566	9.177
Σ Stationäre Leistungen (ICD-10: A00-Z99)	434.352 (52,4)	421.431 (52,1)	855.783 (52,3)

Statistikband Rehabilitation 2017

Art der Durchführung	Stationäre Maßnahmen	Ganztägig ambulante Maßnahmen	Ambulante Maßnahmen	Mischfälle	Summe
Maßnahmeart	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Entwöhnungsbehandlung wegen Alkoholabhängigkeit	20.733	1.614	4.985	2.639	29.971
Entwöhnungsbehandlung wegen Medikamentenabhängigkeit	413	20	68	31	532
Entwöhnungsbehandlung wegen Drogenabhängigkeit	9.177	359	1.249	1.777	12.562
Summe	30.323	1.993	6.302	4.447	43.065

Angewendete Filter: Maßnahmearten ist gleich Entwöhnungsbehandlung wegen Alkoholabhängigkeit, Entwöhnungsbehandlung wegen Medikamentenabhängigkeit, Entwöhnungsbehandlung wegen Drogenabhängigkeit, Entwöhnungsbehandlung wegen Mehrfachabhängigkeit UND Berichtsjahr ist gleich 2016

Geschlecht antragstellende Person	Männlich	Weiblich	Summe
Maßnahmeart	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Entwöhnungsbehandlung wegen Alkoholabhängigkeit	21.861	8.110	29.971
Entwöhnungsbehandlung wegen Medikamentenabhängigkeit	303	230	532
Entwöhnungsbehandlung wegen Drogenabhängigkeit	10.368	2.221	12.562
Summe	32.531	10.534	43.065

Tab. 2: Ambulante Entwöhnungsbehandlungen, Deutsche Rentenversicherung 2016, ohne Nachsorge und Mischfälle

	Frauen	Männer	insgesamt
Entwöhnungsbehandlungen ganztägig ambulant	539	1.454	1.993
davon: Alkoholabhängigkeit	468	1.146	1.614
Medikamentenabhängigkeit	11	9	20
Drogen- und Mehrfachabhängigkeit	60	299	359
Entwöhnungsbehandlungen ambulant	1.871	4.431	6.302
davon: Alkoholabhängigkeit	1.618	3.367	4.985
Medikamentenabhängigkeit	24	44	68
Drogen- und Mehrfachabhängigkeit	229	1.020	1.249
Σ Ambulante Leistungen (ICD-10: A00-Z99)	65.164	86.756	151.940

Statistikband Rehabilitation 2017

Das Durchschnittsalter der Rehabilitanden mit Abhängigkeitserkrankungen liegt ca. 10 Jahre unter dem Durchschnittsalter aller Rehabilitanden (42,7 gegenüber 53,5 Jahren).

Abhängigkeitskranke sollten nach Möglichkeit im Vorfeld einer Rehabilitation eine Suchtberatungsstelle oder Fachambulanz aufsuchen, in der motivierende Maßnahmen durchgeführt werden und der Kontakt zu Selbsthilfegruppen vermittelt wird. Dort wird auch ein Sozialbericht erstellt, der für den Rehabilitationsantrag in der Regel erforderlich ist und ausführliche Informationen zum Krankheitsverlauf, zu bisherigen Behandlungen und zum sozialen Umfeld enthält. Der Sozialbericht kann auch von Sozialdiensten in Krankenhäusern, Fachambulanzen oder Justizvollzugsanstalten erstellt werden. Auch aus diesen Einrichtungen ist der Zugang zur Rehabilitation möglich. Seit 1. August 2017 kann über das sogenannte Nahtlosverfahren eine direkte, begleitete Verlegung aus dem qualifizierten Entzug in die Rehabilitationseinrichtung erfolgen, dabei wird auch ein Sozialbericht erstellt.

Wenn aus einem allgemein gehaltenen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eine Indikation für eine Rehabilitationsleistung bei einer Abhängigkeitserkrankung erkannt wird, sollte dem Versicherten eine Entwöhnungsbehandlung angeboten werden. In diesen Fällen ist die Motivationsarbeit in der ersten Phase der Rehabilitation von besonderer Bedeutung. Allerdings sollte eine grundsätzliche Motivation auch bei dieser Gruppe bereits vor der Maßnahme vorhanden sein und abgeklärt werden. Diese Motivationsarbeit kann insbesondere in einer Suchtberatungsstelle durchgeführt werden, die dann auch den Sozialbericht erstellt.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat in diesem Zusammenhang in einem Forschungsprojekt Praxisempfehlungen zum Umgang mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation entwickelt, die Screening und Diagnostik, Interventionen in der Rehabilitation und die mögliche Vermittlung in weitere Behandlung darstellen (DRV 2016). Die Praxisempfehlungen sind prinzipiell auch auf andere Bereiche (zum Beispiel Krankenhaus) übertragbar.

Bei Abhängigkeitskranken besteht eine erhöhte Komorbidität, Suizidalität und Mortalität. So werden bei Alkoholabhängigen zum Beispiel neben einer Reihe von somatischen Erkrankungen insbesondere psychische Erkrankungen wie Angststörungen, affektive Erkrankungen, schizophrene Erkrankungen, verschiedene Persönlichkeitsstörungen und Belastungsstörungen beschrieben.

Die Therapie von Abhängigkeitskranken umfasst standardmäßig neben Beratung und motivierenden Maßnahmen insbesondere die Entzugsbehandlung und die Entwöhnungsbehandlung (Suchtrehabilitation) sowie die Nachsorge.

Entsprechend der am 1.7.2001 in Kraft getretenen Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei Akutbehandlung und medizinischer Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter

- sind Krankenkassen für die Entzugsbehandlung zuständig
- ist der Rentenversicherungsträger für die Entwöhnungsbehandlung zuständig, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach §§ 9 – 11 SGB VI vorliegen
- ist in anderen Fällen die Krankenkasse zuständig, wenn die Voraussetzungen der §§ 27 und 40 SGB V erfüllt sind.

4,4 % aller jährlichen Erwerbsminderungsrentenzugänge erfolgen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wegen Abhängigkeitserkrankungen (Erstdiagnose, siehe Tabelle 3). Das Durchschnittsalter liegt bei Personen mit Abhängigkeitserkrankungen etwa ein Jahr unter dem Durchschnitt aller Erwerbsgeminderten.

Bei diesen Zahlen muss berücksichtigt werden, dass Abhängigkeitskranke häufiger wegen Folgeerkrankungen (wie zum Beispiel Leberzirrhose, Polyneuropathie, hirnorganische Beeinträchtigungen) eine Erwerbsminderungsrente erhalten. Diese Erkrankungen können jedoch nicht genau erfasst werden, da sie von anderen ätiologischen Gruppen nicht abgrenzbar sind (zum Beispiel gegenüber Polyneuropathie durch Diabetes mellitus). Es muss daher von einer deutlich höheren Zahl von Erwerbsminderungsrenten auf der Grundlage von Abhängigkeitserkrankungen ausgegangen werden.

Tab. 3: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI bei Versicherten mit Abhängigkeitserkrankungen, Deutsche Rentenversicherung 2016, 1. Diagnose

(in Klammern: Durchschnittsalter in Jahren)

ICD 10	Frauen	Männer	insgesamt
F10-19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1.653	5.315	6.968
davon: F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1.284 [51,8]	4.334 [52,6]	5.618
F11 Psychische und Verhaltensstörungen durch Medikamente und Drogen	369 [44,7]	981 [43,9]	1.350
Σ Rentenzugänge A00-Z99	83.583 [51,4]	82.055 [52,4]	165.638

Statistikband Rente 2016

3 Bio-psycho-soziales Modell und ICF

Die medizinische Rehabilitation setzt da an, wo Selbstbestimmung und Autonomie des Menschen verloren gegangen oder gefährdet sind. Sie soll Fähigkeitsstörungen und sozialen Beeinträchtigungen vorbeugen, sie beseitigen, verbessern oder kompensieren. Für die Beurteilung der Beeinträchtigungen der Teilhabe durch Abhängigkeitserkrankungen sind das bio-psycho-soziale Modell und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF (World Health Organization 2001, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005) wesentlich. Leistungen zur Teilhabe können gemäß dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) für Personen nur dann erbracht werden, wenn deren Teilhabe an Lebensbereichen (hier Erwerbsleben) erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist. Dieser Leistungsanspruch ist mit dem Teilhabekonzept der ICF eng verbunden. Danach ist eine alleinige bio-medizinische Krankheitsbetrachtung (Diagnose und Befunde) nicht ausreichend (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2015). Die WHO (World Health Organization) hat 2001 empfohlen, die ICF im Bereich des Gesundheitswesens einzusetzen. Neben dem diagnosebezogenen medizinischen Dokumentationssystem ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) wurde damit eine ergänzende Klassifikation eingeführt.

Gesundheit und Behinderung lassen sich durch medizinische Sachverhalte allein nicht umfassend beschreiben. Für die Charakterisierung von Gesundheit oder Behinderung sind auch die Auswirkungen eines Gesundheitsproblems wichtig. Diese können Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten sowie die Teilhabe an Lebensbereichen betreffen. Krankheitsauswirkungen können durch Umweltfaktoren, beispielweise gesellschaftliche Rahmenbedingungen, und durch personbezogene Faktoren sowohl positiv als auch negativ geprägt werden. Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit einer Person sollen durch die international standardisierte Sprachregelung der ICF besser beschrieben werden. Die umfangreiche Erfassung von Komponenten der Gesundheit einer Person soll unter anderem dazu beitragen, Rehabilitationsmöglichkeiten besser nutzen und die sektorenübergreifende Versorgung von Menschen optimieren zu können.

Abhängigkeitserkrankungen betreffen auf der **Ebene der Körperfunktionen und Körperstrukturen** insbesondere das zentrale Nervensystem und die damit verbundenen mentalen Funktionen wie Orientierung, Gedächtnis, Antrieb, Schlaf, Selbstwahrnehmung und die ganze Bandbreite der emotionalen Funktionen. Angst, Verunsicherung oder Depressivität sind zu berücksichtigen. Im Bereich des peripheren Nervensystems können Sinnesfunktionen wie Tasten oder Temperaturwahrnehmung beeinträchtigt sein. Weitere häufige Auswirkungen von Abhängigkeitserkrankungen auf Körperfunktionen und -strukturen manifestieren sich in Form typischer Folgeerkrankungen, beispielsweise an Magen, Leber, Bauchspeicheldrüse und Herz.

Auf der **Ebene der Aktivitäten und Teilhabe** einer Person werden unter anderem das Ausmaß der bestehenden Beeinträchtigungen sowie das Profil der noch verbliebenen Fertigkeiten, Tätigkeiten und Ressourcen in Alltag und Beruf ermittelt. Einschränkungen der **Aktivitäten** bei Abhängigkeitserkrankungen können sich zum Beispiel im Bereich von Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, Haushaltsaufgaben, interpersonellen Interaktionen und Beziehungen oder im Bereich der komplexen Aufgabenbewältigung

am Arbeitsplatz (Umgang mit Stress, Zeitdruck, psychische Anforderungen, Verantwortung, Schichtarbeit) ergeben. Die individuellen Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit modifizieren die subjektiv wahrgenommenen Beeinträchtigungen.

Die **Teilhabe** betrifft Fragen des Einbezogenenseins oder der Beteiligung an Lebensbereichen, selbstbestimmt zu handeln oder Anerkennung zu finden. Zu den Lebensbereichen zählen unter anderem Ausbildung, Arbeits- oder Erwerbstätigkeit, Freizeitgestaltung, Partnerschaft, Familie und Haushaltsführung und Mobilität, einschließlich der Benutzung von Verkehrsmitteln. Eine Einschränkung der Teilhabe kann sich zum Beispiel aus beruflichem Abstieg, Arbeitsplatzverlust, sozialer Isolierung, Stigmatisierung oder Verlust sozialer Unterstützung ergeben.

In Ergänzung zu den drei Komponenten (Körperstruktur, Körperfunktion, Teilhabe/Aktivität) der ICF haben **Kontextfaktoren** (Umwelt- und personbezogene Faktoren) Einfluss auf die Funktionsfähigkeit. Sie dienen der Feststellung, welche Faktoren die Teilhabe beeinträchtigen beziehungsweise verhindern (Barrieren) und welche Faktoren die Teilhabe trotz des gesundheitlichen Problems ermöglichen oder erleichtern (Förderfaktoren). Zu den Umweltfaktoren zählen unter anderem die Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, die Beschaffenheit des Arbeitsplatzes (Wege, Temperatur, Feuchtigkeit, Arbeitsorganisation), die Unterstützung durch Hilfspersonen oder der Zugang zu Dienstleistungen von Verbänden und Vereinen (zum Beispiel Selbsthilfegruppen, Nichtrauchertraining).

Individuelle und gesellschaftliche Wertvorstellungen hinsichtlich Gesundheit, Krankheit und Leistungsfähigkeit sind als Umweltfaktoren gleichfalls von Bedeutung.

Darüber hinaus können personbezogene Faktoren im Einzelfall auch eine große Bedeutung bei der Bewertung der Auswirkungen der Krankheit auf die Teilhabe haben (Grotkamp et al 2010). Es fehlt jedoch derzeit eine allgemein anerkannte Klassifikation/Operationalisierung personbezogener Faktoren durch die WHO.

Konzept und Begriffssystem der ICF haben ihren Niederschlag im Sozialgesetzbuch „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ (SGB IX 2001) gefunden. Die Implementierung der ICF in die sozialmedizinische Praxis erfordert jedoch eine weitere Differenzierung und Operationalisierung sowie eine Abstimmung im Expertenkreis. Die Nutzung der ICF im klinischen Alltag ist aktuell noch sehr unterschiedlich und insgesamt noch gering ausgeprägt. So können auch Inhalte sozialmedizinischer Gutachten, die für die Deutsche Rentenversicherung erstellt werden, aktuell nicht immer differenziert in der Terminologie der ICF kodiert werden. Beispielsweise sind der Beruf, das Leistungsvermögen in der bisherigen Tätigkeit oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, das quantitative Leistungsvermögen oder die Fähigkeit, mehr als 500 Meter in weniger als 20 Minuten zurücklegen zu können, mit der ICF derzeit nicht zu verschlüsseln. Der Gebrauch der Terminologie ist derzeit nicht mit passenden Items der ICF zu verknüpfen, aber grundsätzlich auch ohne Kodierung sinnvoll.

Im Anhang (Kapitel 8.4: Tabelle 5) werden am Beispiel der Symptomatik in Folge einer Abhängigkeitserkrankung das bio-psycho-soziale Modell und die Anwendungsmöglichkeiten der ICF exemplarisch dargestellt.

4 Sachaufklärung

Die Sachaufklärung dient auch bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen der Feststellung von Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose entsprechend der oben genannten persönlichen Voraussetzungen (§ 10 SGB VI). Entscheidende Diagnosekriterien der Abhängigkeit sind

- anhaltender Konsum oder starker Wunsch nach der Substanz mit Verlust der Kontrollfähigkeit
- Unfähigkeit zur Abstinenz
- Toleranzentwicklung
- Auftreten von Entzugserscheinungen nach Aussetzen der Substanz
- fortgesetzter Konsum trotz schädlicher Folgen hinsichtlich Körper, Psyche, beruflicher und sozialer Umwelt.

Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) hat die Trennung zwischen Abhängigkeit und schädlichem Gebrauch aufgegeben, die Kriterien für diese Störungen zusammengefasst und drei Schweregrade der Substanz-Gebrauchsstörungen (substance use disorders) unterschieden. Die vorgesehene Neufassung der ICD-11 unterscheidet weiterhin zwischen Abhängigkeit und schädlichem Gebrauch (siehe Klassifikationen nach ICD-10 und DSM-5 in Anlage 8.1 und Anlage 8.2).

Bei der Krankheitsbeschreibung sind allgemeine Anamnese, Berufs- und Sozialanamnese, aktuelle Beschwerden, Risikoverhalten sowie bisheriger Therapieverlauf wichtig. Neben dem ärztlichem Befundbericht beziehungsweise vorliegenden Gutachten können Informationen über vorausgegangene Behandlungen, zum Beispiel Krankenhaus-Entlassungsberichte, hilfreich sein. Über die Vorbetreuung in einer Beratungsstelle für Abhängigkeitskranke gibt der oben genannte Sozialbericht Auskunft. Mit Einverständnis des Abhängigkeitskranken können weiterhin fremdanamnestic Angaben, zum Beispiel von Angehörigen, der weiteren Klärung dienen.

Je nach Art und Ausmaß der Veränderungen durch die Abhängigkeitserkrankung und den resultierenden Folgekrankheiten können in Einzelfällen ein psychiatrisch-neurologisches oder internistisches Gutachten erforderlich sein; bei der Beurteilung der Folgen rauschbedingter Unfälle auch Gutachten von Orthopäd*innen oder Ärzt*innen anderer Fachrichtungen.

Angststörungen, depressive Störungen, Belastungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen können darüber hinaus auch als zugrunde liegende primäre Erkrankung vorkommen. Die gezielte Sachaufklärung wird insbesondere zur Klärung von Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose eingesetzt.

Zur Abgrenzung zwischen schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit sowie zur Bestimmung der Rehabilitationsform stationär, ambulant oder Kombinationsbehandlung, ist nach individuellen Erfordernissen gegebenenfalls ein psychiatrisches oder psychotherapeutisches Fachgutachten erforderlich. Ambulante Rehabilitation kann in ganztägig ambulanter Form sowie niederfrequent in Form von Einzel- und Gruppengesprächen erfolgen. Diese werden in der Regel ein- bis zwei Mal pro Woche über einen Zeitraum von sechs bis 18 Monaten durchgeführt. (siehe Kapitel 5.3).

Aus den Unterlagen müssen Informationen hervorgehen zu:

- Beginn, Dauer, Verlauf einschließlich Diagnosestellung und Ausprägung der Abhängigkeitserkrankung
- Begleit- und Folgekrankheiten auf somatischem und psychischem Gebiet (zum Beispiel Angststörungen, depressive Störungen, Belastungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Psychosen, akute Suizidalität)
- Art, Häufigkeit und Umfang von Vorbehandlungen der Abhängigkeitserkrankung einschließlich der Kontakte zu Beratungsstellen und Teilnahme an Selbsthilfegruppen
- Auswirkungen auf die soziale Situation (zum Beispiel Führerscheinverlust, Arbeitsverhältnis, häufiger Arbeitsplatzwechsel, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Verhältnis zu Angehörigen, Wohnung, Straffälligkeit)
- Stand der Sozialisation und Beschreibung der Persönlichkeit zu Beginn der Abhängigkeitsentwicklung und zum aktuellen Zeitpunkt
- Einsichtsfähigkeit des Versicherten in seine Abhängigkeit, Motivation zur Abstinenz, Prognose.

Von denjenigen Versicherten, die den Rehabilitationsantrag primär wegen einer Abhängigkeitserkrankung stellen, sind jene zu unterscheiden, die eine medizinische Rehabilitationsleistung aufgrund einer anderen – nicht abhängigkeitsbezogenen – Erkrankung beantragen. Für diese Versicherten kann die sozialmedizinische Beurteilung aber eine Suchtrehabilitation als vordringlich ansehen.

Sachaufklärung bei Alkoholabhängigkeit

Die Sachaufklärung eruiert einerseits Dauer und Ausmaß des Alkoholkonsums, andererseits – in Abhängigkeit von den aktuellen Beschwerden und Befunden – Ausprägung und Verlauf von Folgekrankheiten.

Fragebögen können als Screening-Untersuchung Hinweise auf eine Abhängigkeit ergeben, zum Beispiel der AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) gemäß der Empfehlung der AWMF Leitlinie Alkoholbezogene Störungen, aber auch der Münchner Alkoholismus Test (MALT) oder der sogenannte CAGE-Test (cut down, annoyed, guilty, eye-opener). Als mehrdimensionales Testinstrument zur Differenzialdiagnose und Indikationsstellung zur differenziellen Therapie dient das Trierer Alkoholismus-Inventar (TAI, Scheller 1984).

Im Rahmen der Sachaufklärung können ergänzend Ergebnisse technischer Untersuchungen erforderlich sein. Von besonderer Bedeutung sind dabei Laborwerte. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Sensibilität und Spezifität, die durch Kombination mehrerer Marker erhöht werden können.

Der Alkoholkonsum in der mittelfristig zurückliegenden Periode kann durch die Messung des carbohydrate-deficient transferrin (CDT) festgestellt werden. Wenn täglich über eine Dauer von zwei bis drei Wochen 60 Gramm Alkohol pro Tag konsumiert werden, treten erhöhte CDT-Werte auf. Langfristiger Alkoholkonsum äußert sich darüber hinaus in erhöhten Werten für γ -GT, GPT (ALAT), GOT (ASAT), MCV und Äthylglucuronid (EtG). Als Marker für kurzfristigen hohen Alkoholkonsum innerhalb der letzten drei Tage steht EtG im Urin zur Verfügung. Chronischer Alkoholkonsum kann durch die Bestimmung von EtG in Haaren nachgewiesen werden

In einer Übersichtsarbeit werden folgende Werte für Sensitivität und Spezifität angegeben (Andresen-Streichert 2018):

- CDT: Sensitivität: 46–90 %; Spezifität: 98 %
- γ -GT: Sensitivität: 37–95 %; Spezifität: 18–93 %
- GPT/ALT/ALAT: Sensitivität: 15–40 %; Spezifität: 50–57 %
- GOT/AST/ASAT: Sensitivität: 25–60 %; Spezifität: 47–68 %
- MCV: Sensitivität: 40–50 %; Spezifität: 80–90, durchschnittlich 77,0 %
- CDT, MCV und γ -GT in Kombination: Sensitivität 88%, Spezifität 95%
- EtG im Urin: Sensitivität 89%, Spezifität 99% bei Abstinenzkontrolle
- EtG im Haar: Sensitivität 75%, Spezifität 96%

Hinsichtlich eines Abstinenznachweises ist der CDT-Wert kritisch zu bewerten, da einerseits erhöhte Werte erst bei beträchtlichem Alkoholkonsum auftreten, andererseits – wenn auch nicht häufig – CDT-Werterhöhungen auch ohne Alkoholkonsum auftreten können, zum Beispiel in seltenen Fällen einer genetisch determinierten Variante des Transferrins, bei Autoimmunhepatitis oder extremem Eisenmangel. Bei Frauen können außerdem hormonelle Einflüsse eine Rolle spielen.

Erhöhte Werte für γ -GT, GPT, GOT und MCV können auch durch Folgekrankheiten oder Zweiterkrankungen verursacht sein.

Folgekrankheiten und charakteristische Begleitphänomene bei Alkoholabhängigkeit sind zum Beispiel:

- Gastritis, Ulkuskrankheit, Mallory-Weiß-Syndrom
- Fettleber, Alkoholhepatitis, Leberzirrhose ohne und mit portale(r) Hypertension
- chronisch-rezidivierende Pankreatitis, sekundärer Diabetes mellitus
- alkoholtoxische Kardiomyopathie, Hypertonus
- Polyneuropathie
- deutliche Risikoerhöhung für bestimmte Karzinome, zum Beispiel im Bereich von Mundhöhle, Larynx, Pharynx, Ösophagus, Leber, Kolon, Rektum
- Zentrales Nervensystem: akute Alkoholintoxikation, Entzugssymptome bis zum Delir, epileptische Anfälle, Wernicke-Enzephalopathie, Korsakow-Syndrom, Hirnatrophie, Apoplektischer Insult
- Fetales Alkoholsyndrom (Alkoholembryopathie)
- Angststörungen, depressive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Belastungsstörungen.

Sachaufklärung bei Medikamentenabhängigkeit

Bei abhängigkeitsverursachenden Substanzen handelt es sich überwiegend um Sedativa, Hypnotika (zum Beispiel Barbiturate, Benzodiazepine) und zentral wirksame Analgetika. Über die ICD-10-Kodierung F1x.2 wird ein Abhängigkeitssyndrom gekennzeichnet, während mit F1x.1 schädlicher Gebrauch verschlüsselt wird.

Davon abzugrenzen ist der Missbrauch von nicht-abhängigkeitserzeugenden Substanzen (ICD-10: F55, zum Beispiel: Antidepressiva, Laxantien, Analgetika, Diuretika, anabole Steroide). Dieser Missbrauch stellt keine Abhängigkeit dar in dem Sinn, dass sich eine Toleranz und bei Reduktion des Konsums eine körperliche Entzugssymptomatik entwickelt. Es kann jedoch durch den chronischen Gebrauch zur Symptomerhaltung (zum Beispiel Analgetika-Kopfschmerz, Obstipation nach Laxantienabusus) oder zum Auftreten von Folgestörungen (zum Beispiel Analgetika-Nephropathie)

kommen. Als Sonderform – ohne Toleranzsteigerung, mit zum Teil aber heftigen körperlichen und psychischen Entzugserscheinungen – ist die low-dose-dependancy bei Benzodiazepin-Einnahme zu nennen.

Sachaufklärung bei Drogenabhängigkeit

Als Droge werden in diesem Zusammenhang Substanzen verstanden, die auf das zentrale Nervensystem wirken und zeitweise oder anhaltend konsumiert werden. Ein die Drogenabhängigkeit definierender Faktor in Abgrenzung zur Medikamentenabhängigkeit ist die Illegalität des Drogenkonsums.

Begleit- und Folgekrankheiten können zum Beispiel sein:

- direkte Schäden durch intravenösen Drogenkonsum (Spritzenabszesse, Phlegmonen, Sepsis, Endokarditis)
- Unterernährung, schlechter Zahnstatus
- Infektionskrankheiten (unter anderem Hepatitis B und C, HIV-Infektion, Tuberkulose)
- Störungen des Gedächtnisses und höherer kognitiver Funktionen (bei Amphetaminen)
- Angststörungen und depressive Störungen, Belastungsstörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- soziale Phobien, Dissoziationsstörungen, lange anhaltende und teilweise bleibende Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen (insbesondere bei Amphetamin- und Halluzinogen-Missbrauch, der oft mit Cannabisabhängigkeit einhergeht)
- psychotische Störungen.

Bei einer geplanten substitutionsgestützten Rehabilitation Drogenabhängiger – auch bei somatischen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – sind eine stabile Substitutionsdosis und Beikonsumfreiheit erforderlich (Anlage 4 der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen, siehe Kapitel 8.3):

- Dosisstabilität ist erreicht, wenn Opiatentzugserscheinungen während mindestens 24 Stunden unterdrückt bleiben und die kognitiv-motorischen Funktionen nicht beeinträchtigt sind. Diese Dosis bleibt stabil, sofern keine Interaktionen mit Medikamenten, anderen Opiaten oder Erkrankungen eintreten. Hinsichtlich der Substitutionserhaltungsdosis müssen interindividuell erhebliche Wirkunterschiede berücksichtigt werden.
- Als beikonsumfrei gilt derjenige, der aufgrund entsprechender gesicherter medizinischer Nachweise in den letzten vier Wochen vor Antragstellung keine(n) illegalen Drogen, Alkohol, Medikamente (Ausnahme: akut-medizinisch indizierte Medikation) konsumiert hat. Der Nachweis ist in der Regel vom substituierenden Arzt durch Offenlegung der Ergebnisse entsprechender Kontrolluntersuchungen (vor allem Urinkontrollen unter Sicht) zu führen.

Der Nachweis über das Vorliegen der persönlichen Voraussetzungen (Beikonsumfreiheit) kann im Einzelfall auch auf andere Weise (zum Beispiel intensive Vorbetreuung, qualifizierte Entzugsbehandlung) erbracht werden. Eine konzeptgeleitete, individuelle Vorgehensweise seitens der Rehabilitationseinrichtung ist erforderlich. Deren Konzept muss vom zuständigen Leistungsträger anerkannt sein (siehe ergänzende Hinweise zur Anlage 4 der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 15.2.2016, Anlage in Kapitel 8.3).

5 Empfehlungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

5.1 Substanzübergreifende Kriterien der Rehabilitationsbedürftigkeit

Abhängigkeit und Rehabilitationsbedürftigkeit

Nach ICD-10 soll die Diagnose Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F1x.2) nur gestellt werden, wenn in einem Zwölf-Monats-Zeitraum mindestens drei Kriterien aus einem Katalog von sechs Kriterien mindestens einen Monat lang (oder bei kürzerer Dauer: innerhalb eines Jahres wiederholt) gleichzeitig vorhanden sind (siehe Anlage 8.1).

Diese Kriterien sind:

- starkes, oft unüberwindbares Verlangen, die Substanz einzunehmen,
- Schwierigkeiten, die Einnahme zu kontrollieren (was den Beginn, die Beendigung und die Menge des Konsums betrifft),
- körperliche Entzugssymptome,
- Benötigen immer größerer Mengen, damit die gewünschte Wirkung eintritt,
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Verpflichtungen, Aktivitäten, Vergnügen oder Interessen (das Verlangen nach der Substanz wird zum Lebensmittelpunkt),
- fortdauernder Gebrauch der Substanz(en) wider besseres Wissen und trotz eintretender schädlicher Folgen.

Der Begriff „psychische Abhängigkeit“ wird ausdrücklich nicht in der ICD-10 verwandt.

Nach der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ (siehe Anlage 8.3) liegt Abhängigkeit vor bei Unfähigkeit zur Abstinenz oder Verlust der Selbstkontrolle oder periodischem Auftreten eines dieser beiden Symptome.

Bei Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung im Sinne der genannten Definitionen besteht eine erhebliche Gefährdung oder Minderung des Leistungsvermögens. **Damit ist grundsätzlich Rehabilitationsbedürftigkeit gegeben, sofern folgende weitere Voraussetzungen vorliegen:**

- Eine Entzugsbehandlung – sofern erforderlich – muss abgeschlossen sein. Bei der substituionsgestützten Rehabilitation muss die Entzugsbehandlung von der(n) ursprünglich eingenommenen Droge(n) und eines möglichen Beikonsums abgeschlossen sein, das Substitutionsmittel selbst kann, zumindest übergangsweise, noch eingenommen werden.
- Es besteht Rehabilitationsfähigkeit – auch unter Berücksichtigung der vorliegenden Komorbidität.
- Die Erwerbsfähigkeit kann durch die Rehabilitation voraussichtlich wieder hergestellt werden.

Abgrenzung zum schädlichen Gebrauch

Schädlicher Gebrauch ist ein in der ICD-10 verwendeter Begriff (siehe Anlage 8.1).

Im Gegensatz zur Abhängigkeit besteht bei schädlichem Gebrauch einer Substanz kein Kontrollverlust oder zwanghafter Substanzgebrauch und es besteht keine Unfähigkeit zur Abstinenz, keine Toleranzentwicklung beziehungsweise keine Entzugssymptomatik. Schädlicher Gebrauch führt jedoch

zu weiteren psychischen oder körperlichen Erkrankungen. Eine Rehabilitationsbedürftigkeit kann sich insofern aus den Begleit- und Folgeerkrankungen ableiten.

Liegen gleichzeitig Substanzmissbrauch und weitere somatische oder psychische Erkrankungen (zum Beispiel Hepatopathien, depressive oder Angststörungen, Belastungsstörungen, chronische Schmerzsyndrome, Essstörungen) vor, erfolgt bei bestehender Rehabilitationsbedürftigkeit für die jeweilige Krankheit die Rehabilitation in einer entsprechend ausgestatteten Einrichtung, die ein spezifisches therapeutisches Angebot auch für schädlichen Substanzgebrauch vorhält.

Verdacht auf Vorliegen einer Abhängigkeit

Bei Versicherten, die einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stellen, kann sich der Verdacht auf das Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung ergeben, wenn vorrangig folgende Diagnosen und anamnestische Angaben in den ärztlichen Unterlagen zu finden sind:

- gastrointestinale Erkrankungen (an erster Stelle Lebererkrankungen, deren Genese nicht ausreichend geklärt ist)
- metabolisches Syndrom (Zusammentreffen von Adipositas, Bluthochdruck gestörtem Zuckerstoffwechsel in Form einer Insulinunempfindlichkeit bzw. -Resistenz, Fettstoffwechselstörung)
- Diabetes mellitus als Folge einer alkoholtoxischen Pankreasschädigung
- schwer einstellbarer Hypertonus bei fortgesetztem Alkoholkonsum
- alkoholtoxische Kardiomyopathie
- Alkoholmissbrauch, hoher Analgetikakonsum, zum Beispiel mit Opiaten bei orthopädischen Erkrankungen
- fortgesetzter und erhöhter Analgetikakonsum bei Migräne, Spannungskopfschmerz oder anderen Schmerzsyndromen
- Polyneuropathie
- Erschöpfungszustand, häufige unerklärliche Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Krampfanfälle im Erwachsenenalter nach Ausschluss einer Hirnerkrankung
- Angabe von Substanzkonsum als Risikofaktor.

Dabei ergeben sich aus den vorliegenden Unterlagen (ärztliches Gutachten oder ärztlicher Befundbericht) in der Regel nur aus der Zusammenschau der Angaben von Versicherten und Ärzt*innen/Gutachter*innen einschließlich der Untersuchungsergebnisse (Körpergröße, Gewicht, Organbefunde, Blutdruck, Laborwerte, Angabe von Risikofaktoren wie zum Beispiel vermehrter Alkoholkonsum, häufige Arbeitsunfähigkeitszeiten, psychosoziale Belastungssituationen) Hinweise auf das Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung. Eine weiterführende Sachaufklärung, zum Beispiel Anforderung von Krankenhaus-Entlassungsberichten oder Facharztgutachten, ist dann erforderlich.

Bei gesicherter Abhängigkeitserkrankung wird in der Regel eine stationäre Suchtrehabilitation angeboten. Erklärt der Versicherte sich generell damit einverstanden und reicht einen von einer Suchtberatungsstelle erstellten Sozialbericht nach, kann die Form der zu bewilligenden Rehabilitation modifiziert werden (zum Beispiel Kurzzeittherapie, ambulante Rehabilitation, gegebenenfalls in ganztägig ambulanter Form, Kombinationstherapie).

Die internistische, neurologische oder orthopädische Begleiterkrankung soll mitbehandelt werden, hierfür stehen spezielle Einrichtungen mit entsprechenden Angeboten zur Verfügung.

Pathologische Laborwerte

Pathologische Laborwerte sind allein kein Beweis für das Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung; erhöhte „Leberwerte“ können beispielsweise durch eine andere Genese als Alkoholkonsum bedingt sein.

5.2. Substanzabhängige Kriterien der Rehabilitationsbedürftigkeit

5.2.1 Alkoholabhängigkeit

Alkohol gehört aufgrund seiner Wirksamkeit auf das Zentralnervensystem zu den psychoaktiven Substanzen, weist eine lange Konsumtradition und in vielen Kulturen eine hohe gesellschaftliche Akzeptanz auf. Alkohol wird zur Entspannung und zur Stimmungsverbesserung getrunken, aber auch zur Beseitigung von Angst und Unsicherheit. Das Wirkungsspektrum kann, abhängig von der Dosis, von Anregung, Enthemmung bis hin zu Sedierung und Bewusstseinsstörungen reichen.

Alkohol ist ein weit verbreitetes Suchtmittel und ubiquitär erhältlich. In Deutschland leben schätzungsweise 1,5–2,0 Millionen Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit, 1,4–1,9 Millionen Personen betreiben einen missbräuchlichen, 9,5 Millionen einen riskanten Konsum (nach Pabst 2013, Altersgruppe: 18–64 Jahre). Etwa 30 % der Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit sind Frauen.

Die Entwicklung einer Abhängigkeit verläuft in der Regel schleichend und ist von einem schädlichen Gebrauch schwer abzugrenzen. Fortgesetzter Alkoholkonsum kann über Toleranzentwicklung zu manifester Abhängigkeit führen. Ein Kriterium dafür ist das Auftreten von Entzugserscheinungen bei Alkoholkarenz. Bei schädlichem Gebrauch von Alkohol dagegen folgen auf eine Dosisverringering oder eine Alkoholkarenz keine Entzugserscheinungen.

Zu den körperlichen Symptomen eines Entzugssyndroms zählen Tachykardie, Blutdrucksteigerung, Schweißneigung und Tremor; die psychische Symptomatik wird beherrscht von Unruhe und Angstgefühlen. Ein Alkoholdelir kann sowohl im Entzug als auch nach jahrelang fortgesetztem Alkoholkonsum auftreten. Es ist charakterisiert durch die Leitsymptome Bewusstseins- und Orientierungsstörungen, Angst, kognitive Defizite und meist optische Halluzinationen. Weiterhin bestehen Symptome einer gesteigerten Aktivität des autonomen Nervensystems: Tachykardie, Fieber und Schwitzen. Es besteht meist eine ausgeprägte Unruhe und eine Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus. Einleitend können epileptische Anfälle auftreten.

Der fortgesetzte Konsum von Alkoholmengen von mehr als 24 Gramm täglich bei Männern und mehr als zwölf Gramm bei Frauen kann zudem eine Reihe von Folgekrankheiten verursachen (Burger 2000).

Entsprechend unterschiedlicher Konsummuster sind mehrfach Gruppenzuordnungen der Menschen mit einer Alkoholkrankheit unternommen worden. Sehr verbreitet war früher die Klassifikation nach Jellinek (Alpha bis Epsilon-Trinker), gegenwärtig erfolgt die Orientierung aber an der in Deutschland gültigen Klassifikation der WHO, der ICD-10. Eine Revision ist in Arbeit, die ICD-11 soll 2018 von der WHO verabschiedet werden, der Zeitpunkt der Umsetzung in Deutschland steht noch nicht fest.

Bei Alkoholabhängigkeit besteht Rehabilitationsbedürftigkeit.

Bei Komorbidität mit somatischen oder psychischen Erkrankungen muss die jeweilige Behandlung parallel zur vorrangigen Entwöhnungstherapie erfolgen.

Bei der Beurteilung von **Rehabilitationsfähigkeit** und **Rehabilitationsprognose** sind Hinweise auf mangelnde Motivation – insbesondere im Zusammenhang mit erfolglosen Therapieversuchen – kritisch zu betrachten. In vielen Fällen ist aber auch hier durch die Motivationsarbeit in der Rehabilitation Krankheits- und Behandlungseinsicht zu erreichen. Weitgehende irreversible Schäden und Störungen durch somatische oder psychische Grund-, Begleit- und Folgekrankheiten, die eine aktive Gestaltung der Rehabilitation ausschließen, heben aber die Rehabilitationsfähigkeit auf und lassen keine positive Reha-Prognose zu.

Hingewiesen wird in diesem Zusammenhang auf die entsprechenden Empfehlungen der AWMF Leitlinie Alkoholbezogene Störungen.

5.2.2 Medikamentenabhängigkeit

Medikamente, die zur Abhängigkeit führen, sind auf das Zentralnervensystem (ZNS) wirkende Substanzen und bewirken eine Veränderung der Befindlichkeit. Insbesondere folgende Substanzen werden zur Herbeiführung einer Erlebnis- und/oder Bewusstseinsänderung eingenommen:

- Schlaf-/Beruhigungsmittel
(vorwiegend benzodiazepinhaltige, aber auch barbiturathaltige Tranquilizer)
- Schmerzmittel
(häufig in Form von Kombinationspräparaten mit zentral erregenden oder dämpfenden Stoffen bis hin zu Opiaten)
- Weck- und Aufputschmittel
(vorwiegend Ephedrine und Amphetaminabkömmlinge wie Methylphenidat).

Die Abgrenzung zwischen schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit ist hier oft schwierig zu treffen.

Bei **Medikamentenmissbrauch** werden über oft lange Zeiträume oben genannte Medikamente in niedriger Dosierung eingenommen, ohne dass eine Toleranzentwicklung entsteht und somit keine Dosissteigerung erfolgt. Bei Beseitigung der Grundstörung (zum Beispiel psychische Konfliktsituationen, chronische Schmerzen) kann der schädliche Gebrauch ohne Auftreten von Entzugserscheinungen eingestellt werden.

Bei den zentral wirksamen Substanzen bedingen in der Regel einerseits die pharmakologischen Eigenschaften und andererseits die individuelle Ansprechbarkeit eine Toleranzentwicklung. Die resultierenden Entzugserscheinungen führen zu regelmäßiger Einnahme mit Dosissteigerung und damit zur **Abhängigkeit**. Es gibt jedoch auch eine low-dose-dependancy, bei der nicht zwangsläufig Dosissteigerung und Toleranzentwicklung auftreten.

Toleranz entsteht bei der Zufuhr einer zentral wirksamen Substanz infolge Gegenregulation, Benzodiazepinderivate beeinflussen den hemmenden Neurotransmitter Gamma-Amino-Buttersäure (GABA). Die in der Regel inhibitorische Wirkung von GABA im Zentralnervensystem (ZNS) wird verstärkt. Nach regelmäßiger Einnahme etabliert sich in der Regel eine Kompensation, so dass die initialen Wirkungen verloren gehen. Wird der Medikamentengebrauch unterbrochen, entsteht ein **Entzugssyndrom** als Ausdruck der jetzt überschießenden Gegenregulation.

Es kommt zum Beispiel bei Schlaf- und Beruhigungsmittelgebrauch zur Übererregbarkeit und gesteigerten Funktion aller neuronalen Systeme, die initial gehemmt wurden. Das klinische Bild ist gekennzeichnet durch psy-

chomotorische Unruhe, Angst, Schwitzen, Tremor, erhöhten Blutdruck und Tachykardie; gelegentlich treten Krampfanfälle auf sowie Halluzinationen bis hin zur Ausbildung eines Delirs. Bedingt durch die unterschiedlichen Stoffgruppen und Abbauraten im Organismus treten Entzugserscheinungen bei Medikamentenabhängigen häufig erst mehrere Tage nach Absetzen des Medikaments auf. Bei bestimmten Medikamenten, wie zum Beispiel Benzodiazepinen mit hoher Halbwertszeit, kann der Entzug bis zu vier beziehungsweise sechs Wochen dauern. Auch bei Benzodiazepinabhängigkeit kann es – eher selten – zum Kontrollverlust mit exzessiver Medikamenteneinnahme und schweren, behandlungspflichtigen Intoxikationserscheinungen kommen.

Abhängigkeitsentwicklung hat zur Folge:

- körperliche Erkrankungen (Nierenfunktionsstörungen, Leberschäden, Schädigung des blutbildenden Systems, medikamenteninduzierter Kopfschmerz, hirnorganische Beeinträchtigungen) und
- psychische Veränderungen
- soziale Konflikte bedingt durch die körperliche und psychische Leistungsminderung.

Rehabilitationsbedürftigkeit resultiert aus der Feststellung einer Abhängigkeit. Zur Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose siehe Ausführungen am Ende von Kapitel 5.2.3.

5.2.3 Drogenabhängigkeit

Unter Drogen werden in diesem Zusammenhang Substanzen verstanden, die – von Spezialindikationen abgesehen – nicht als Medikamente verordnet werden, auf das zentrale Nervensystem wirken und so zum Herbeiführen von Erlebnis- oder Bewusstseinsveränderungen konsumiert werden. Zu diesem Zweck beziehungsweise in der benötigten hohen Dosierung sind Drogen in der Regel nur illegal erhältlich. Die Beschaffungskriminalität stellt ein erhebliches Problem dar, deren juristische Konsequenzen häufig erst der Anlass sind, Leistungen zur Rehabilitation zu beantragen. Bei Drogen handelt es sich vornehmlich um folgende Substanzen:

- Zu den **Opiaten** gehören Morphin sowie dessen synthetische und halbsynthetische Derivate; wichtigster Vertreter ist das Heroin. Den Opiaten sind euphorisierende, anxiolytische, sedierende und analgetische Wirkungen, eine Dämpfung des Atem- und Hustenzentrums sowie deutliche periphere parasymphatische Eigenschaften – die unter anderem zur Obstipation führen – gemeinsam.

Opiate führen zu starker körperlicher und psychischer Abhängigkeit. Hinsichtlich der Opiatwirkungen entwickelt sich unterschiedlich rasch eine Toleranz; Kreuztoleranz besteht gegen Substanzen mit Hauptwirkung am gleichen Rezeptor.

Das Opiatentzugssyndrom ist charakterisiert durch eine zentrale noradrenerge Überaktivität. Es dauert nur wenige Tage, wird subjektiv als massive Beeinträchtigung erlebt, ist aber objektiv meist kein vital bedrohliches Syndrom im Gegensatz zum Alkoholentzugsdelir.

- Kokain und **Crack** wirken durch Hemmung der neuronalen Wiederaufnahme von Dopamin und Noradrenalin. Es erfolgt eine Stimulation mit Euphorie und affektiver Enthemmung, Steigerung von Aufmerksamkeit und Antrieb mit vor allem subjektiv erhöhter Leistungsbereitschaft sowie Verminderung von Schlafbedürfnis und Hungergefühl, Beeinträchti-

gung von Urteilsvermögen und Kritikfähigkeit, es kann auch zu aggressivem Verhalten, paranoiden Gedanken und verschiedenen somatischen Symptomen (zum Beispiel Tachykardie, Hypertonie) kommen.

Wahrscheinlich durch eine Verminderung der Empfindlichkeit der Katecholaminrezeptoren ist die vergleichbar rasch auftretende Toleranzentwicklung mitbedingt; hierbei spielen auch Konsummuster sowie die Art der Applikation eine Rolle. Crack gilt als die Droge mit dem höchsten Abhängigkeitspotential. Die Wirkung ist wie beim Kokain, jedoch deutlich stärker.

Die Entzugssymptomatik ist gekennzeichnet durch die Auswirkungen der katecholaminergen Transmissionsverminderung wie Erschöpfung mit Rebound-Hypersomnie, depressive Verstimmung, Hyperphagie und – vor allem zu Beginn – Angst- und Erregungszustände. Bei Crack werden Muskelzucken, Zittern, Blutdruckschwankungen und Hautjucken beschrieben. Depressionen und Reizbarkeit halten nicht selten über Wochen hinweg an.

- Der Konsum von **Amphetaminen** hat gegenwärtig hohe Zuwachsraten. Speed (Methamphetamine) und die synthetischen sogenannten **Designer-Drogen** wie Ecstasy (MDMA, 3,4-Methylendioxyamphetamin) und Eve (MDA, 3,4-Methylendioxyamphetamin) stehen dabei im Vordergrund. Bei ihnen wird keine körperliche, jedoch möglicherweise eine psychische Abhängigkeit induziert. Die Frage der psychischen Abhängigkeit wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Die Wirkung entsteht durch die Förderung der Freisetzung von Serotonin aus präsynaptischen Vesikeln bei gleichzeitiger Serotonin-Rückaufnahmehemmung, die Ausschüttung von Dopamin sowie eine reversible Hemmung der Monoaminoxidase.

Psychotrope Akuteffekte sind zentrale Stimulierung und Euphorie mit erhöhten Empathiegefühlen, Kontaktbereitschaft und verminderter Ich-Abgrenzung. Subakut treten Schlaf- und Appetitminderung, Konzentrationsstörungen, Gereiztheit und Erschöpfungszustände auf. Im weiteren Verlauf kann es zu paranoiden Syndromen, Panikstörungen, hirnorganischen Schäden und deren Folgen, Depersonalisationssyndromen und depressiven Verstimmungen kommen.

Eine Vielzahl weiterer „Designer-Drogen“ wird in kleinen Labors durch gezielte Veränderung der Molekularstruktur einzelner Drogen hergestellt. Durch die große Variabilität ist der Drogenmarkt kaum überschaubar. Zudem ist der Nachweis des Konsums häufig sehr schwer, da die Wirkungen oft bereits in kleinsten Dosen auftreten. Das Suchtpotenzial ist häufig sehr hoch. Dabei handelt es sich zum Beispiel um: 4-Methoxyamphetamin, Dimethoxyamphetamine, Trimethoxy- und Trialkoxyamphetamine.

Zu den Amphetaminen zählen verschiedene Substanzen:

Amphetamin (Speed, Pep oder Amphe) wird in der Partyszene konsumiert. Als Folgen eines chronischen Abusus kommt es zu Gewichtsverlust, Nierenschäden, Psychosen und Schlafstörungen.

N-Methylamphetamin (Methamphetamine, Meth, Crystal, Yaba, Ice, Wint) kam im zweiten Weltkrieg, im Vietnamkrieg und als Dopingmittel zum Einsatz. Es wird aktuell als Partydroge benutzt und hat ähnliche aber stärkere Wirkungen als andere Amphetamine. Als Langzeitbeeinträchtigungen kommt es zu Nierenschäden, Gewichtsverlust und Schleimhaut-

zersetzungen. Diese Droge zeigte in den letzten Jahren deutliche Zuwachsquoten, insbesondere in den grenznahen Regionen zu Tschechien. Sie ist relativ günstig und wird von unterschiedlichsten Zielgruppen konsumiert (zum Beispiel freizeit-bezogener Konsum, (Sex-)Party-Szene, psychische Komorbidität und/oder Traumaerfahrungen, Konsumenten mit Kindern, schulisches/berufliches Umfeld) (Milin et al 2014).

Ephedrin und Norephedrin sind blutdrucksteigernde, herzstimulierende, bronchienerweiternde und appetithemmende Sympathikomimetika. Sie werden auch als Dopingmittel eingesetzt. Ephedrinhaltige Monopräparate sind mittlerweile vom Markt genommen, der Wirkstoff ist jedoch in Kombinationspräparaten (Appetitzügler, Grippemittel) noch erhältlich.

- **Psychomimetika** wie Lysergsäurediäthylamid (LSD), Meskalin, Psilocybin und andere sind charakterisiert durch eine vorwiegend zentralserotonerge Wirkung infolge eines partiellen Agonismus an Serotoninrezeptoren. Bereits in peripher unwirksamen niedrigen Dosen kommt es zu psychotischen Phänomenen mit rauschartigen Störungen des Zeit- und Raumerlebens, vor allem optischen und akustischen Illusionen beziehungsweise Halluzinationen, Störungen von Denken, Wahrnehmung, Ich-Erleben und der Stimmung. Für die Ausgestaltung des Rauschzustandes spielen neben den Umgebungsfaktoren Art, Dosis und Applikationsform eine Rolle.

Körperliche und psychische Abhängigkeit treten selten auf. Gelegentlich kommt es zu „Horrortrips“ mit eigen- und fremdaggressiven Impulsen sowie sogenannten „Flashback-Psychosen“, die auch noch nach Wochen und Monaten auftreten können.

- **Cannabis** ist der wichtigste psychoaktive Bestandteil von Haschisch (Harz der Hanfpflanze) und Marihuana (getrocknete Blüten und Blätter). Der psychotrope Effekt ist dosisabhängig anregend bis dämpfend. Entspannung und Euphorie, verändertes Zeitgefühl und Verzerrung von Sinneseindrücken sind typisch, gefolgt von Sedierung. Gerade in den letzten Jahren sind durch den stärkeren THC-(Tetrahydrocannabinol)-Gehalt der Cannabis-Pflanzen bedingt gehäuft Psychosen mit Halluzinationen zu beobachten. In höheren Dosen können Halluzinationen auftreten. Langzeitmissbrauch kann zu Persönlichkeitsveränderungen (amotivationale Syndrom mit Apathie, Interessenverlust, Konzentrationsstörungen und Desorganisiertheit) führen.

Seit März 2017 können Ärzt*innen cannabishaltige Arzneimittel für Patient*innen mit einer schwerwiegenden Erkrankung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnen. Die Evidenzlage für den Nutzen dieser Präparate ist dabei insgesamt recht schwach. Es ist jedoch davon auszugehen, dass es zukünftig sowohl im Bereich der somatischen wie auch der psychosomatischen Rehabilitation zu Anträgen kommt, bei denen cannabishaltige Arzneimittel regelmäßig eingenommen werden.

- **Synthetische Cannabinoide** (zum Beispiel Spice, Lava red oder Black Mamba) werden aus natürlichen Cannabinoiden oder synthetisch hergestellt. Sie wurden teilweise legal vertrieben, bis sie dann verboten wurden (Spice in Deutschland seit 2009). Problematisch sind dabei die unbekanntenen Dosierungen der Inhaltsstoffe, die in Einzelfällen bei Intoxikationen zu Todesfällen führen können. Sie sind bei Urinproben nur schwer und wenn überhaupt auch nur sehr aufwändig nachzuweisen.

→ **GHB** (Gamma-Hydroxybuttersäure, 4-Hydroxybutansäure, Liquid Ecstasy) ist mit dem menschlichen Neurotransmitter GABA verwandt. Es ist zur Behandlung der Narkolepsie zugelassen und wird als Partydroge genutzt. Es wirkt in geringen Dosierungen angstlösend und euphorisierend, in höheren Dosierungen jedoch einschläfernd. Es wird auch als sogenannte K.o.-Tropfen eingesetzt.

GBL (γ -Butyrolacton Butyro-1,4-lacton) ist ein Vorläuferstoff von GHB und wirkt auf die Katecholaminrezeptoren im Gehirn. In geringen Mengen löst es einen Rausch aus, der dem Alkoholrausch ähnelt, in höheren Mengen wirkt es einschläfernd. Nach regelmäßigem Gebrauch über zwei bis drei Wochen kommt es zu Entzugserscheinungen mit Schlaflosigkeit, Schwitzen, Zittern, Unruhe, Aggressivität, Angstzuständen, epileptischen Anfällen, Halluzinationen.

Bei Abhängigkeit von den oben aufgeführten Substanzen ist von Rehabilitationsbedürftigkeit auszugehen. Schädlicher Gebrauch ohne Abhängigkeit stellt in der Regel keine Indikation für eine Suchtrehabilitation dar.

Die **Rehabilitationsfähigkeit** ist vor allem hinsichtlich psychischer und körperlicher Begleit- und Folgeleiden kritisch zu prüfen. Einschränkungen können sich ergeben durch:

- drogeninduzierte Psychosen
- der Drogenabhängigkeit zugrunde liegende psychische Störungen (grundsätzlich sollten Behandlungskonzept und -setting jedoch so ausgerichtet werden, dass eine psychische Komorbidität mitbehandelt werden kann)
- Infektionen [Hepatitis B- und Hepatitis C-Virusinfektionen (HBV, HCV), Infektionen mit dem humanen Immundefizienzvirus (HIV)].

Wenngleich Abstinenz- und Therapiemotivation von ausschlaggebender Bedeutung für die Erfolgsprognose sind, kann jedoch auch – zum Beispiel durch gerichtliche Auflagen induzierte – Fremdmotivation im Rahmen der Suchtrehabilitation in Eigenmotivation überführt werden.

Grundlage der Rehabilitation bildet die Suchtrehabilitation unter Abstinenzbedingungen. Als Ausnahme ist die medizinische Rehabilitation von Menschen mit einer Drogenabhängigkeit bei übergangweisem Einsatz von Substitutionsmitteln anzusehen. Die Substitution kann bei ausgewählten Patient*innen Vorteile im Hinblick auf eine Reintegration in die Gesellschaft und die Eindämmung der Beschaffungskriminalität sowie des Infektionsrisikos bieten.

Für die medizinische Rehabilitation von Menschen mit einer Drogenabhängigkeit bei übergangweisem Einsatz von Substitutionsmitteln gelten die gleichen Voraussetzungen wie bei der normalen Rehabilitation. Die Rehabilitationsfähigkeit darf durch körperliche und psychische Begleiterkrankungen nicht in Frage gestellt sein, eine Kontraindikation liegt insbesondere bei floriden Psychosen, akuter Suizidalität, einem schweren organischen Psychosyndrom und bei fortgeschrittenen körperlichen Erkrankungen vor.

Eine günstige **Rehabilitationsprognose** ist vor allem dann gegeben, wenn die Versicherten langfristig eine Abstinenz anstreben, über eine abgeschlossene Schul- oder Berufsausbildung und über ein funktionsfähiges soziales Netz verfügen (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 1993).

Hieraus folgt nicht, dass eine positive Rehabilitationsprognose nur dann angenommen werden kann, wenn alle genannten Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind. Entscheidend sind die Gesamtumstände im Einzelfall (insbesondere somatischer und psychischer Befund, bisherige Entwicklung des Suchtverhaltens und die soziale Situation). Das Fehlen eines sozialen Netzes oder einer Schul-/Berufsausbildung müssen daher nicht zwingend zur Annahme einer negativen Rehabilitationsprognose führen.

Eine substitutionsgestützte Rehabilitation bedarf einer besonderen Vorbereitung. Zum Abschluss dieser Vorbereitung muss der oder die Versicherte Dosisstabilität und Beikonsumfreiheit erreicht haben. Beikonsumfreiheit kann objektiv frühestens bei Beginn der Rehabilitation festgestellt werden. Da über das Vorliegen der persönlichen Voraussetzungen bereits bei Antragstellung zu befinden ist, bedarf es einer Prognose. Um die Prognoseentscheidung zu erleichtern, stellt die Anlage 4 bei einem nachgewiesenen Zeitraum von 4 Wochen die (widerlegbare) Vermutung der Beikonsumfreiheit als persönliche Voraussetzung auf. Hieraus folgt nicht, dass der Nachweis über das Vorliegen der persönlichen Voraussetzungen im Einzelfall nicht auch auf andere Weise (zum Beispiel intensive Vorbetreuung, qualifizierte Entzugsbehandlung) erbracht werden kann. Eine konzeptgeleitete, individuelle Vorgehensweise seitens der Rehabilitationseinrichtung ist erforderlich.

5.2.4 Multipler Substanzgebrauch

Störungen durch multiplen Substanzgebrauch werden in der ICD-10 unter F19 kodiert. Diese Kodierung soll gewählt werden, wenn die Substanzaufnahme chaotisch und wahllos verläuft oder wenn Bestandteile verschiedener Substanzen untrennbar vermischt sind.

Bei Mehrfachkonsum wird zum Beispiel Alkohol vorübergehend oder längerfristig durch psychotrope Medikamente ersetzt. Zunehmend mehr Drogenabhängige kombinieren sedierende und antriebssteigernde Drogen im Wechsel beziehungsweise konsumieren Drogen, Medikamente und auch Alkohol nach aktueller Verfügbarkeit.

Die diagnostische Zuordnung sollte sich an den im Vordergrund stehenden Substanzklassen orientieren (siehe unter den entsprechenden Kapiteln). Bei der Auswahl der geeigneten Rehabilitationseinrichtung sind nicht nur die konsumierten Substanzen, sondern auch psychosoziale Faktoren zu berücksichtigen.

5.3 Differenzielle Rehabilitationsangebote

Renten- und Krankenversicherungsträger haben Konzepte zur Sicherstellung einer integrierten Behandlung von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung entwickelt mit Empfehlungen zur Rehabilitation allgemein sowie zur differenziellen Entscheidung zwischen stationärer und ambulanter Suchtrehabilitation bei Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung („Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 mit Anlagen 1–4, siehe Anlage 8.3).

Stationäre versus ambulante Rehabilitation

Eine Suchtrehabilitation beinhaltet ärztliche, psychotherapeutische, sozial- und arbeitstherapeutische Maßnahmen sowie Elemente des Gesundheitstrainings.

Die Entscheidung, ob eine stationäre oder ambulante Rehabilitation im Einzelfall geeigneter ist, das Rehabilitationsziel zu erreichen, setzt ausreichende Informationen über den Versicherten oder die Versicherte voraus. Motivation, soziale Situation, Verlauf der Abhängigkeitserkrankung sowie

der aktuelle körperliche und psychische Zustand sind von Bedeutung. Diese Informationen sollen aus dem von einer Suchtberatungsstelle oder Klinik erstellten Sozialbericht und ärztlichen Unterlagen hervorgehen.

Die wichtigsten Kriterien bei der differenziellen Entscheidung sind:

- Ausmaß der bio-psycho-sozialen Störungen
- Beschaffenheit des sozialen Umfelds der Abhängigkeitskranken hinsichtlich einer unterstützenden Funktion
- berufliche Integration der Abhängigkeitskranken. Arbeitslosigkeit oder Nicht-Erwerbstätigkeit aus anderen Gründen schließt eine ambulante Entwöhnung nicht aus.
- Existenz einer stabilen Wohnsituation
- Fähigkeit der Rehabilitanden zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme und zur Einhaltung des Therapieplans
- Fähigkeit zur Einhaltung der Abstinenz
- Dauer und Intensität der Abhängigkeitserkrankung
- Einschätzung der Rehabilitanden und der betreuenden Suchtberatungsstelle.

Das komplexe Ineinandergreifen der genannten Kriterien macht die eindeutige differenzielle Indikationsstellung schwierig und muss sich daher immer auf die speziellen Aspekte des Einzelfalles beziehen.

Drogenabhängige Versicherte, die eine Therapieaufgabe nach §35 BtMG (Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln) haben, werden in dafür zugelassenen Einrichtungen rehabilitiert (in der Regel stationär).

Eine Kombinationstherapie (von stationärer und ambulanter Rehabilitation) hat zum Ziel, die Vorteile der einzelnen Leistungsarten entsprechend den individuellen Erfordernissen innerhalb eines Rehabilitationsprozesses optimal zu nutzen.

Eine Fortführung der stationären Rehabilitation ist auch ambulant möglich, entweder mit oder ohne Verkürzung der vorhergehenden stationären Phase.

Zu den einzelnen Leistungsformen haben die Rentenversicherung und die Krankenversicherung in Abstimmung mit den Suchtverbänden in den letzten Jahren diverse Rahmenkonzepte entwickelt, in der die spezielle Indikation für die jeweilige Rehabilitationsform beschrieben ist:

- Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008
- Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 18. August 2011
- Gemeinsames Rahmenkonzept zur Kombinationsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014
- Einheitliche Rahmenbedingungen der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung für den Wechsel in die ambulante Entlassungsform vom 20. Januar 2015

Die Rahmenkonzepte sind abrufbar unter www.deutsche-rentenversicherung.de

Pfad: Infos für Experten → Sozialmedizin & Forschung → Reha-Wissenschaften → Reha-Konzepte → Konzepte → Sucht-Rehabilitation

Dauer der Rehabilitation

Im stationären Bereich werden bei Rehabilitationsbedürftigkeit durch Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit Langzeittherapien von 12 bis 15 Wochen Dauer – je nach Konzept der Rehabilitationseinrichtung – durchgeführt. Darüber hinaus gibt es sogenannte Kurzzeittherapien bis zu 10 Wochen.

Bei Drogenabhängigkeit dauern Langzeittherapien bis zu 26 Wochen und Kurzzeittherapien zwölf bis 16 Wochen. Die sogenannten Kurzzeittherapien setzen voraus, dass einerseits ambulante Leistungen allein nicht ausreichend sind, andererseits bereits vor Antritt der stationären Rehabilitation eine weitgehend stabile Therapiemotivation durch ambulante Vorbetreuung gewährleistet und ein weitgehend stabiles soziales Umfeld gegeben ist. Schwere Folge- oder Begleiterkrankungen sollten nicht vorliegen.

Ambulante Rehabilitation in ganztägig ambulanter Form dauert in der Regel zwölf Wochen bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit und 16 Wochen bei Drogenabhängigkeit.

Ambulante Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen ist eine längerfristige Leistung über eine Dauer von 6 bis zu 18 Monaten. Während dieser Zeit können maximal 120 Einzel- oder Gruppengespräche sowie – wenn erforderlich – bis zu zwölf Gespräche für Bezugspersonen erfolgen.

Substitutionsgestützte Rehabilitation

In einigen stationären und ambulanten Einrichtungen wird die Rehabilitation drogenabhängiger Menschen auch substitutionsgestützt durchgeführt. Es gelten dabei die Zielvorstellungen und Entscheidungshilfen gemäß der Anlage 4 der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen (siehe Anlage 9.3).

Die Einrichtungen haben in ihren Konzepten weitere Einzelheiten und Rahmenbedingungen (zum Beispiel maximale Dosis des Substitutionsmittels bei Beginn der Rehabilitation) festgelegt. Ziel der substitutionsgestützten Rehabilitation ist die vollständige Abstinenz, auch vom Substitutionsmittel. In Einzelfällen kann die Substitution jedoch auch bis zur regulären Entlassung und darüber hinaus medizinisch erforderlich sein.

Ambulante Rehabilitationsnachsorge

Im Anschluss an stationäre oder ganztägig ambulante Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen können, wenn alleiniger Selbsthilfegruppenanschluss seitens der Suchtfachklinik nicht als ausreichend erachtet wird, zur Sicherung des Rehabilitationserfolges Leistungen zur ambulanten Nachsorge vorgesehen werden.

In dem Zeitraum von einem halben Jahr können 20 Einzel- oder Gruppengespräche sowie bis zu zwei Gespräche für Bezugspersonen durchgeführt werden. Im Einzelfall kann diese Maßnahme um weitere sechs Monate und 20+2 Gesprächseinheiten verlängert werden. Die Nachsorge soll zeitnah nach Abschluss der Rehabilitation angetreten werden und muss spätestens 12 Monate nach Ende der Rehabilitation abgeschlossen sein.

Alternativ oder ergänzend können auch Behandlungsangebote der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung genutzt werden.

Siehe auch: Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31. Oktober 2012

(www.deutsche-rentenversicherung.de, Pfad: Infos für Experten → Sozialmedizin & Forschung → Reha-Wissenschaften → Reha-Konzepte → Konzepte → Sucht-Rehabilitation)

Adaption

Wenn Abhängigkeitskranken die Entwöhnungstherapie in einer Einrichtung für Abhängigkeitskranke aufgrund der spezifischen Auswirkungen und Folgen der Abhängigkeit zum Erreichen des Rehabilitationszieles nicht ausreicht – insbesondere bei erheblicher Rückfallgefährdung durch Wohnungs- und Arbeitslosigkeit –, muss unter Alltagsbedingungen erprobt werden, ob der oder die Versicherte den Anforderungen des Erwerbslebens und der eigenverantwortlichen Lebensführung gewachsen ist. Daher gilt eine Adaption als Bestandteil der medizinischen Leistung zur Rehabilitation in einer Phase der Öffnung nach außen, der Erprobung der Therapieergebnisse und der Hinführung auf einen Entwicklungsstand, der den Versicherten in die Lage versetzt, sich eigenständig im Erwerbsleben und im Alltag zu behaupten.

Die Adaptionsphase ist in das Gesamtleistungssystem für Abhängigkeitskranke eingebettet und umfasst die Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit des Versicherten, eine Hilfestellung zur Vorbereitung der selbständigen Lebensführung sowie therapeutische Leistungen der Einzel- und Gruppentherapie in begleitender und in ihrer Intensität abnehmender Form.

In aller Regel schließt sich die Adaptionsphase nahtlos an die Behandlungsphase (Entwöhnung) als zweiter Bestandteil der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an. Die Dauer beträgt in der Regel 12 Wochen bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit und bis zu 16 Wochen bei Drogenabhängigkeit.

5.4 Nicht-stoffgebundene Störungen

5.4.1 Pathologisches Glücksspiel

Neben der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ mit den Anlagen 1–4 (siehe Anlage 8.3) gelten seit März 2001 – hier für eine nicht substanzgebundene Abhängigkeit – die „Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei pathologischem Glücksspiel“. Darin werden Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsziele, Rehabilitationsleistungen, Anforderungen an behandelnde Einrichtungen und die Nachsorge für vier Gruppen von Glücksspielern beschrieben. Einrichtungen für Personen mit einer Abhängigkeitskrankheit oder psychosomatischer Erkrankung, die ein glücksspielerspezifisches Angebot entwickelt haben, werden jeweils einer der vier Glücksspieler-Gruppen zugeordnet. Dabei handelt es sich um:

- Pathologische Glücksspieler mit zusätzlicher stoffgebundener Abhängigkeit (Gruppe A)
- Pathologische Glücksspieler, die Merkmale einer Persönlichkeitsstörung, insbesondere vom narzisstischen Typ, aufweisen (Gruppe B)
- Pathologische Glücksspieler, die Merkmale einer depressiv-neurotischen Störung oder einer Persönlichkeitsstörung vom selbstunsicheren/vermeidenden Typ aufweisen (Gruppe C)
- Pathologische Glücksspieler mit zusätzlicher psychischer Störung, die für sich genommen eine Indikation für eine psychosomatische Rehabilitation darstellt (Gruppe D).

Nach der in den Empfehlungen beschriebenen Zuweisung bewilligen die Rentenversicherungsträger beim Pathologischen Glücksspiel der Gruppe A eine Rehabilitation in einer Suchteinrichtung mit der im Einrichtungskonzept vereinbarten Rehabilitationsdauer.

Seit 2014 bewilligt die DRV Bund für die Gruppen B–D eine Rehabilitation in einer Einrichtung, die sowohl Suchtrehabilitation wie auch psychosomatische Rehabilitation durchführt und ein Konzept für Pathologisches Glücksspiel hat. Das Wunsch- und Wahlrecht des/der Versicherten wird beachtet. In der Regel erfolgt die Zuweisung in die psychosomatische Abteilung für die Dauer von 5 Wochen mit Verlängerungsmöglichkeit von weiteren 3 Wochen, der Richtwert beträgt 8 Wochen.

Die Regionalträger der DRV weisen im Gegensatz dazu weiterhin die Gruppen A und B in Suchteinrichtungen und die Gruppen C und D in psychosomatische Einrichtungen zu.

Ambulante Rehabilitation beim pathologischen Glücksspiel kann in anerkannten Beratungsstellen mit den üblichen Bewilligungsdauern der ambulanten Rehabilitation Sucht durchgeführt werden.

5.4.2 Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet

Bei Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet handelt es sich um ein neues Krankheitsbild, das bisher nicht in der ICD-10 beschrieben ist. In der DSM V wurde es in der Sektion III als Forschungsdiagnose aufgenommen, die noch weiter untersucht werden soll. Auf wissenschaftlicher Ebene ist umstritten, ob es eher den stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen, den Impulskontrollstörungen oder den Persönlichkeitsstörungen zuzuordnen ist. Eine Verschlüsselung ist gegenwärtig möglich unter ICD-10: F68.8 (Sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) oder F63.8 (Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle).

Nach Petry (2009) wird unterschieden zwischen Gaming-, Chatting- und Surfingtyp. Das Krankheitsbild ist charakterisiert durch:

- exzessive Online-Aktivität
- überwertiges Immersionserleben mit Wunsch nach sozialer Anerkennung durch virtuelle Partner
- erhöhte „Inkongruenz“ mit ausgeprägter Selbstwertstörung und vermindertem „Kohäsionsgefühl“
- sozialen Rückzug und Abbruch naher Beziehungen mit sozialphobischen Vermeidungstendenzen
- reduzierte Handlungskontrolle mit eingeschränkter Medienkompetenz
- typische Konstellation negativer körperlicher, psychischer und sozialer Folgen
- hohe Komorbiditätsrate, insbesondere depressive Störungen, Angststörungen und Suchtverhalten.

Bei der Diagnostik werden Screeninginstrumente wie zum Beispiel der Kurzfragebogen zu Problemen beim Computergebrauch (Petry 2009) oder die Compulsive Internet Use Scale CIUS (Meerkerk 2009) eingesetzt, die auch wissenschaftlich evaluiert wurden (Sobottka 2016).

Bei schweren Krankheitsverläufen sollte eine stationäre Rehabilitation in Einrichtungen mit Erfahrung bei stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen, pathologischem Glücksspiel und psychischen Erkrankungen durchgeführt werden, die ein entsprechendes Therapieangebot vorhalten und somit auch eine ausreichende Anzahl von Rehabilitanden mit einer vergleichbaren Störung gleichzeitig behandeln können, – vorrangig in einer Abteilung für psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation. Die Behandlungsdauer beträgt 8–12 Wochen, die Nachsorge kann analog der Suchtnach-

sorge bzw. dem Pathologischen Glücksspiel an entsprechend qualifizierten Beratungsstellen durchgeführt werden. Bei einfacheren Krankheitsverläufen sollten zunächst die Möglichkeiten der ambulanten Psychotherapie im Sinne der kurativmedizinischen Behandlung genutzt werden.

6 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Auch bei Versicherten mit einer Abhängigkeitserkrankung ist eine Erwerbstätigkeit durch die Bestreitung des Lebensunterhaltes von zentraler Bedeutung, darüber hinaus leitet sich ein großer Teil sozialer Beziehungen und Rollen aus der beruflichen Stellung ab. Frühzeitige Leistungen zur beruflichen Wiedereingliederung haben einen motivationsfördernden Effekt auf die Suchtrehabilitation. Eine erfolgreiche Wiedereingliederung Abhängigkeitskranker trägt zur Abstinenz und zur psychischen Stabilität bei und kann damit den Rehabilitationserfolg langfristig sichern.

Bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen können bezüglich ihrer beruflichen Integration verschiedene Gruppen mit spezifischen Bedürfnissen unterschieden werden (AG BORA 2014):

- Rehabilitand*innen in Arbeit ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen,
- Rehabilitand*innen in Arbeit mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen,
- Arbeitslose Rehabilitand*innen nach SGB III (Bezug von ALG I)
- Arbeitslose Rehabilitand*innen nach SGB II (Bezug von ALG II)
- Nichterwerbstätige wie zum Beispiel Schüler*innen, Student*innen, Hausfrauen- und -männer, Zeitrentner*innen und sonstige Nicht-Erwerbsrehabilitand*innen bei gegebenen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, die eine (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt anstreben

Neben individuellen Bedürfnissen und darauf ausgerichteten einzelnen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gibt es auch suchtmittelspezifische Schwerpunkte. Bei Menschen mit einer Drogenabhängigkeit sind eine abgeschlossene Berufsausbildung und konkrete berufliche Erfahrungen seltener, so dass entsprechende Leistungen sich mehr auf die Basiskompetenzen konzentrieren, bevor weitergehende Maßnahmen eingeleitet werden.

Nach erfolgreich absolvierter Entwöhnungsbehandlung liegt in der Regel bei bestehendem Arbeitsverhältnis hinsichtlich der Suchterkrankung keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit vor. Suchttypische Begleit- und Folgeerkrankungen können jedoch die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen.

Bei Langzeitarbeitslosigkeit stellen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – wie zum Beispiel Wiedereingliederungsmaßnahmen – einen wichtigen Faktor zur Stabilisierung der sozialen Situation und somit zur Sicherung des Erfolges der medizinischen Rehabilitation einschließlich Adaption dar. Wesentlich sind die Entscheidung auf der Grundlage der vorliegenden Unterlagen und die nahtlose Einleitung der indizierten und differenziell begründeten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Anschluss an die Suchtrehabilitation unter Berücksichtigung der Komorbidität.

Bei Antragsteller*innen auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit manifester Suchterkrankung ist nicht von Belastbarkeit für die Anforderungen der Rehabilitation auszugehen. Vor eventuell indizierten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist zunächst eine erfolgreich absolvierte Suchtrehabilitation zu fordern. Dazu sind den Versicherten geeignete Wege aufzuzeigen, zum Beispiel das Angebot einer Entwöhnungsbehandlung, wenn aus den vorliegenden medizinischen Unterlagen Motivation und Erfolgsaussicht erkennbar sind, oder die Empfehlung, einen Antrag auf eine Suchtreha-

bilitation zu stellen unter Hinweis auf die Notwendigkeit der vorherigen Kontaktaufnahme mit einer Suchtberatungsstelle zur Vorbetreuung und zum Erstellen eines Sozialberichtes.

6.1 Arbeitsbezogene Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation

Anders als bei anderen Indikationen ist die Dauer der medizinischen Rehabilitation bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen relativ lang (8–26 Wochen). Daher ist eine frühzeitige Einbeziehung arbeitsbezogener Fragestellungen in die Gesamtplanung des Rehabilitationsprozesses in besonderem Maße erforderlich.

Die Rentenversicherungsträger haben gemeinsam mit Vertreter*innen der Einrichtungen und der Suchtverbände „Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014“ erarbeitet. Darin sind Screening und Assessmentverfahren für eine erwerbsbezogene Diagnostik, typische Zielgruppen, therapeutische Angebote und zielgruppenorientierte Leistungen, besondere Aspekte der ambulanten Rehabilitation, der Adaption und der Nachsorge, Kooperation und Vernetzung, Dokumentation und Qualitätssicherung beschrieben (AG BORA 2014).

Der Stellenwert der erwerbsbezogenen Behandlungsanteile in allen Phasen der medizinischen Rehabilitation darf nicht nachrangig sein, sondern ist – wie die medizinische und psychotherapeutische Behandlung – von zentraler Bedeutung. Arbeitsbezogene Fragestellungen sind grundsätzlich implizites Thema in den allgemeinen sucht- und psychotherapeutischen Einzel- und Gruppentherapieleistungen. Weitere typische Therapieangebote sind zum Beispiel:

- Problembewältigung am Arbeitsplatz
- Motivierung zur Wiederaufnahme einer Arbeit
- Umgang mit Ängsten
- Gespräche mit Vertretern des Arbeitgebers sowie dem Reha-Fachberater
- interne und externe Belastungserprobung
- PC-Schulungskurse
- Bewerbungstraining bei Arbeitslosigkeit
- Sozialberatung
- Arbeitstherapie
- Ergotherapie
- Einleitung weiterer Maßnahmen.

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind versicherungsrechtlich und hinsichtlich des Verfahrensablaufs zwar von der medizinischen Rehabilitation abzugrenzen, eine Indikation zur beruflichen Integration wird aber schon während der medizinischen Rehabilitation gestellt und diese entsprechend eingeleitet.

Im Interesse der Versicherten geht es darum, eine Abstimmung zwischen den verschiedenen Bereichen der Rehabilitation und weiteren Akteuren (zum Beispiel Agenturen für Arbeit, Jobcenter, Träger der beruflichen Bildung) zu erreichen, um den Eingliederungsprozess zu beschleunigen. Daher sollte in der medizinischen Rehabilitation der arbeitsbezogene Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt werden, um erforderliche Leistungen möglichst unmittelbar anzuschließen

7 Positives und negatives Leistungsbild

7.1 Positives Leistungsbild

Differenzierte berufliche Leistungsanforderungen erfordern die Erstellung eines individuellen Leistungsprofils. Die Erfassung und der Abgleich von Fähigkeitsprofil des Betroffenen mit dem Anforderungsprofil der beruflichen Tätigkeit kann im Rahmen einer Begutachtung oder einer Arbeitserprobung mit Hilfe strukturierter Merkmalskataloge (AVEM, MELBA und IMBA) erfolgen.

Nach dem biopsychosozialen Modell der Komponenten von Gesundheit gemäß der ICF sind bei der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung neben genetischen, neurobiologischen und intrapsychischen Faktoren auch Belastungen privater, sozialer und/oder beruflicher Art von Bedeutung. Da solche Belastungen nicht immer zu vermeiden sind, sollte die Rehabilitation auch die Vermittlung entsprechender Coping-Strategien beinhalten.

Sachbezogene, gut strukturierte Tätigkeiten ohne besonderen Zeitdruck, Lärmbelastung, Wechselschicht oder häufige Ortswechsel sind als störungsgerecht anzusehen. Es sollte kein direkter berufsbezogener Kontakt mit psychotropen bzw. suchterzeugenden Substanzen erfolgen. Eine gute soziale Einbettung mit tragfähigen Kontakten zu Kollegen und Vorgesetzten ist hilfreich.

7.2 Negatives Leistungsbild

Das negative Leistungsbild wird einerseits determiniert durch Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe, die auf Grund-, Folge- oder Begleiterkrankungen zurückzuführen sind – hier ist insbesondere auf die Häufigkeit der Verknüpfung von Abhängigkeitserkrankungen mit anderen psychischen Störungen zu verweisen –, andererseits durch eine anhaltende Exposition gegenüber dem Suchtstoff.

Eine Indikation für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kann sich demnach aus Grund-, Folge- und Begleiterkrankungen (siehe hierzu „Leitlinien zur sozialmedizinischen Beurteilung“ der Deutschen Rentenversicherung für die betreffenden Diagnosen beziehungsweise Fachgebiete, www.deutsche-rentenversicherung.de) ergeben, zum Beispiel bei Leistungseinschränkungen durch:

- Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems (zum Beispiel zerebelläre Ataxie, Polyneuropathie) sowie psychische Störungen (zum Beispiel Angststörungen, schwere Persönlichkeitsstörung)
- Krankheiten des Gastrointestinaltraktes (zum Beispiel Leberzirrhose, chronische Pankreatitis)
oder
- kardiovaskuläre Erkrankungen (zum Beispiel Kardiomyopathie, arterielle Hypertonie).

Neben körperlichen Beeinträchtigungen gibt es jedoch auch andere, im Laufe eines suchtmittelbelasteten Lebens entstandene Kompetenzdefizite, insbesondere in Bezug auf die basalen psychischen und sozialen Fähigkeiten und den Umgang mit modernen Arbeitsmitteln; dazu gehören:

- eine Beeinträchtigung der Grundarbeitsfähigkeit mit den Kriterien Ausdauer, Pünktlichkeit, Verlässlichkeit, Sorgfalt, Flexibilität, Arbeitstempo, Konzentration und Merkfähigkeit;

- mangelnde Sozialkompetenzen, betreffend Zusammenarbeit, Kritikfähigkeit, Umgang mit Autoritäten, Umgang in der Gruppe, Abgrenzungsfähigkeit sowie
- Störungen des Selbstbildes und Einbußen in den Bereichen Selbstständigkeit, Eigenverantwortung, Selbsteinschätzung, Selbstgewissheit und Selbstwirksamkeitserfahrung.

Im Einzelfall können, bei fehlenden Folge- oder Begleiterkrankungen, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach erfolgreicher Suchtrehabilitation, aber bei einer weiter bestehenden erhöhten Rückfallgefährdung in Berufen mit besonderer Suchtmittelexposition sinnvoll sein, zum Beispiel bei:

- ständigem beruflichen Umgang mit Suchtstoffen in Verbindung mit hoher psychischer Belastung im medizinisch-pflegerischen Bereich
- branchenüblichem Umgang mit Alkohol im Hotel- und Gaststättengewerbe
- Außendienstmitarbeitern.

8 Minderung der Erwerbsfähigkeit im Erwerbsleben

Alle Abhängigkeitserkrankungen sind von gutachterlicher Seite aus, wenn nicht organische Störungen das Bild völlig beherrschen, primär unter dem Aspekt einer möglichen spezifischen medizinischen Rehabilitation zu betrachten. Hier haben sich inzwischen vielfältige Angebote etabliert, die von ambulanter Rehabilitation bis zu mehrmonatiger stationärer Entwöhnungsbehandlung mit nachfolgender beruflicher Wiedereingliederung reichen.

Für alle Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung ist es von hoher Bedeutung, in ein möglichst stabiles soziales Umfeld entlassen zu werden. Die Rückfallquote ist beispielsweise bei arbeitslosen Abhängigkeitskranken deutlich höher als bei denen, die in Arbeit stehen. Je stabiler das soziale Umfeld gestaltet werden kann, umso besser ist auch die Rehabilitationsprognose im Sinne der Rentenversicherung.

Es ist somit auch Aufgabe der Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger, die Voraussetzungen zur weiteren Stabilisierung bzw. zur Adaption an das soziale Umfeld der Betroffenen zu schaffen.

8.1 Störungen durch Alkohol

Alkohol verursacht neben psychopathologischen Auffälligkeiten vielfältige Schäden an den einzelnen Organen, die in ihrer Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit gravierend sein können und – ohne dass psychische oder Verhaltensstörungen vorliegen – eine Leistungsminderung bedingen können. Hier ist vom Gutachter eine entsprechende Leistungsbeurteilung zu fordern; ggf. wird eine organbezogene Zusatzbegutachtung erforderlich sein.

Bei der Leistungsbeurteilung ist immer auch zu bedenken, dass Persönlichkeitsauffälligkeiten bzw. psychische Komorbiditäten schon vor Beginn der Abhängigkeit oder des schädlichen Gebrauchs vorliegen und eine der Ursachen für die Alkoholproblematik sein können. Diese prämorbid auftretenden Auffälligkeiten bleiben unter Umständen auch bei Abstinenz bestehen und können für sich allein schon zu Leistungsminderungen führen.

Die Betroffenen stellen einen Antrag auf Rente oder eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation häufig wegen für sie im Vordergrund stehender Organstörungen und nicht wegen des zugrunde liegenden Alkoholproblems. Die gutachterliche Beurteilung ist dann dadurch erschwert, dass ein Abhängigkeitsverhalten vom Versicherten nicht berichtet und die Menge des konsumierten Alkohols häufig untertrieben wird.

Auch eine Überschätzung des eigenen Leistungsniveaus seitens der Betroffenen findet sich, wie auch bei anderen hirnrnorganisch-psychischen Störungen, häufig. Für die Beurteilung sind fremdanamnestic Angaben hilfreich, teilweise helfen entsprechende Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen weiter.

Die Durchführung von Laboruntersuchungen einschließlich der Bestimmung des CDT (= carbohydrate-deficient transferrin) führt hingegen aufgrund der eingeschränkten Spezifität nicht immer zu einer abschließenden Diagnose (siehe AWMF Leitlinie Alkoholbezogene Störungen)

Eine Entwöhnungsbehandlung ist, solange noch keine irreversiblen und gravierenden leistungsmindernden Schäden an den Organsystemen des Betroffenen eingetreten sind, gutachterlich immer in Erwägung zu ziehen. Voraussetzung für den Beginn einer Entwöhnung ist ein abgeschlossener

körperlicher bzw. qualifizierter Entzug. Der Erfolg entsprechender Entwöhnungsbehandlungen liegt – bezogen auf die 12-Monats-Abstinenzrate – bei etwa 60%. Es liegen vielfältige Studien zur Wirksamkeit der Entwöhnungsbehandlung in den verschiedenen Behandlungssettings vor (siehe <http://www.sucht.de/wirksamkeitsstudien.html>). Bei weitem nicht alle Betroffenen sind bereit, eine entsprechende Maßnahme durchzuführen. Die Möglichkeiten einer erfolgreichen Rehabilitation werden von den Abhängigen selbst, deren Umfeld und häufig sogar vom Gutachter eher unter- als überschätzt.

Wenn Betroffene keine psychopathologischen Auffälligkeiten aufweisen und auch keine organischen Störungen relevanten Ausmaßes bestehen, so ist die Annahme einer Minderung der zeitlichen Leistungsfähigkeit allein aufgrund des Vorliegens einer Abhängigkeit nicht berechtigt. Die Erfahrung zeigt, dass nicht wenige Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung trotz regelmäßigen süchtigen Konsums von Alkohol lange Zeit so leistungsfähig sind, dass sie ihrer beruflichen Tätigkeit weiterhin nachgehen können.

Qualitative Leistungseinschränkungen können sich durch den Einfluss der Substanz auf Reaktionsfähigkeit und u. U. Konzentrationsfähigkeit ergeben. Durch Alkohol ausgelöste zerebrale Krampfanfälle sind sozialmedizinisch wie jedes andere Anfallsleiden zu bewerten.

8.2 Störungen durch Opiode

Menschen mit einer Opiatabhängigkeit mit intravenöser Substanzzufuhr sind in der Regel deutlich jünger als die mit einer Alkoholabhängigkeit. Im Vordergrund stehen, was die Leistungsbeurteilung angeht, häufig körperliche Störungen; sie sind zum größten Teil auf chronische Hepatitiden sowie HIV-bedingte Erkrankungen zurückzuführen.

Jedoch kann es bei entsprechend langer und intensiver Abhängigkeit auch zur Ausprägung psychopathologischer Auffälligkeiten kommen, wie sie von den organisch-psychischen Störungen bekannt sind. Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit richtet sich dann nach der jeweiligen Ausprägung der Störung. Darüber hinaus sind psychische Folgeerkrankungen wie zum Beispiel depressive Entwicklungen oder Persönlichkeitsstörungen häufig. Ihre Auswirkungen auf Aktivitäten und Teilhabe müssen in die Leistungsbeurteilung einfließen.

Ganz im Vordergrund muss bei den Betroffenen die Einleitung einer Entwöhnungsbehandlung stehen. Diese ist grundsätzlich auch mit Substitution möglich.

Die Abstinenzprognose ist weniger günstig als bei Alkoholabhängigkeit. Es gibt jedoch auch bei von dieser Abhängigkeit Betroffenen keinen Grund zu therapeutischem Nihilismus. Dies zeigen auch Untersuchungen zur Wirksamkeit der stationären Drogenrehabilitation (siehe <http://www.sucht.de/wirksamkeitsstudien.html>). Wichtig ist es, das für den Betroffenen individuell Erfolg versprechende Entwöhnungsprogramm zu finden. Hier ist eine enge Zusammenarbeit mit den Suchtberatungsstellen bzw. behandelnden Kliniken erforderlich.

8.3 Störungen durch Sedativa und Hypnotika

Trotz der großen Zahl von Betroffenen wird eine Abhängigkeit von Sedativa und Hypnotika selten zum Anlass für einen Renten- oder Rehabilitationsantrag. Häufiger wird eine solche Abhängigkeit als zusätzliche Diagnose festgestellt. Wenn es zu entsprechenden organischen Schäden (sowohl hirnorganisch als auch an anderen Organen) kommt, sind diese entsprechend ihrer Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit zu werten.

9 Anlagen

9.1 ICD-10

(„Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“, nach „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“, 10. Revision, World Health Organization, 2018)

Tab. 4: ICD-10-Kodierung

Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen

F 1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F 10	Störungen durch Alkohol
F 11	Opioide
F 12	Cannabinoide
F 13	Sedativa oder Hypnotika
F 14	Kokain
F 15	andere Stimulantien, einschl. Koffein
F 16	Halluzinogene
F 17	Tabak
F 18	flüchtige Lösungsmittel
F 19	multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

Die vierte und fünfte Stelle beschreiben das klinische Erscheinungsbild:

F1x.0	akute Intoxikation
.00	ohne Komplikationen
.01	mit Verletzung oder anderer körperlicher Schädigung
.02	mit anderer medizinischer Komplikation
.03	mit Delir
.04	mit Wahrnehmungsstörungen
.05	mit Koma
.06	mit Krampfanfällen
.07	pathologischer Rausch (nur auf Alkohol anwendbar)
F1x.1	schädlicher Gebrauch
F1x.2	Abhängigkeitssyndrom
.20	gegenwärtig abstinent
.21	gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung
.22	gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (zum Beispiel Methadon)
.23	gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven oder hemmenden Medikamenten (zum Beispiel Naloxon oder Disulfiram)
.24	gegenwärtiger Substanzgebrauch
.25	ständiger Substanzgebrauch
.26	episodischer Substanzgebrauch (Dipsomanie)
F1x.3	Entzugssyndrom
.30	ohne Komplikationen
.31	mit Krampfanfällen

F1x.4	Entzugssyndrom mit Delir
.40	ohne Krampfanfälle
.41	mit Krampfanfällen
F1x.5	psychotische Störung
.50	schizophreniform
.51	vorwiegend wahnhaft
.52	vorwiegend halluzinatorisch
.53	vorwiegend polymorph
.54	vorwiegend depressive Symptome
.55	vorwiegend manische Symptome
.56	gemischt
F1x.6	durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingtes amnestisches Syndrom
F1x.7	durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingter Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
.70	Nachhallzustände (flashbacks)
.71	Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung
.72	affektives Zustandsbild
.73	Demenz
.74	andere anhaltende kognitive Beeinträchtigung
.75	verzögert auftretende psychotische Störung
F1x.8	andere durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingte psychische oder Verhaltensstörungen
F1x.9	nicht näher bezeichnete durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingte psychische oder Verhaltensstörung

Laut ICD-10 soll die Diagnose Abhängigkeitssyndrom (F1x.2) nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien vorhanden waren:

1. starkes, oft unüberwindbares Verlangen, die Substanz einzunehmen,
2. Schwierigkeiten, die Einnahme zu kontrollieren (was den Beginn, die Beendigung und die Menge des Konsums betrifft),
3. körperliche Entzugssymptome,
4. Benötigen immer größerer Mengen, damit die gewünschte Wirkung eintritt,
5. fortschreitende Vernachlässigung anderer Verpflichtungen, Aktivitäten, Vergnügen oder Interessen (das Verlangen nach der Substanz wird zum Lebensmittelpunkt),
6. fortdauernder Gebrauch der Substanz(en) wider besseres Wissen und trotz eintretender schädlicher Folgen.

Der weiteren Unterteilung des Abhängigkeitssyndroms dienen die fünften Stellen der ICD-10-Codierung, siehe weiter oben unter F 1x.20 – 26.

Von der Abhängigkeit werden laut ICD-10 unter anderem abgegrenzt:

- **Schädlicher Gebrauch** psychotroper Substanzen (F1x.1) liegt vor bei einem Konsumverhalten, das zu einer Gesundheitsschädigung führt (körperliche oder psychische Störung).
- **Missbrauch** von Substanzen, die keine Abhängigkeit hervorrufen (F55), betreffen insbesondere Antidepressiva, Laxantien und Analgetika. Wenn auch kein Abhängigkeitssyndrom resultiert, kommt es jedoch häufig zu schädlichen körperlichen Auswirkungen.

9.2 DSM-V

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, American Psychiatric Association 2013)

Die DSM V hat die in der Vorgängerversion beschriebenen Kriterien für Abhängigkeit und Missbrauch zusammengelegt, das Kriterium „Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch“ wurde gestrichen, zugefügt wurde das Kriterium Craving.

Substanzgebrauchsstörungen werden nach Anzahl der vorliegenden Kriterien als milde (2-3 Kriterien erfüllt) oder als schwer (4 und mehr Kriterien erfüllt) bezeichnet.

- Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:
 - Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen
 - deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.
- Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
 - charakteristisches Entzugssyndrom der jeweiligen Substanz
 - dieselbe (oder eine sehr ähnliche) Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.
- Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.
- Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.
- Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen (zum Beispiel Besuch verschiedener Ärzte oder Fahrt langer Strecken), sie zu sich zu nehmen (zum Beispiel Kettenrauchen) oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.
- Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmissbrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.
- Fortgesetzter Substanzmissbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Substanzmissbrauch verursacht oder verstärkt wurde (zum Beispiel fortgesetzter Kokainmissbrauch trotz des Erkennens kokaininduzierter Depressionen oder trotz des Erkennens, dass sich ein Ulkus durch Alkoholkonsum verschlechtert).
- Craving
- Wiederholter Substanzgebrauch, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt (zum Beispiel wiederholtes Fernbleiben von der Arbeit und schlechte Arbeitsleistungen in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch, Schuleschwänzen, Einstellen des Schulbesuchs oder Ausschluss von der Schule in Zusammenhang mit Substanzgebrauch, Vernachlässigung von Kindern und Haushalt).
- Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann (zum Beispiel Alkohol am Steuer oder das Bedienen von Maschinen unter Substanzeinfluss).

- Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt werden (zum Beispiel Streit mit dem Ehegatten über die Folgen der Intoxikation, körperliche Auseinandersetzungen).

9.3 Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“

Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001:

Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker

zwischen

dem AOK-Bundesverband
dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen
dem IKK-Bundesverband
der See-Krankenkasse
dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
der Bundesknappschaft
dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.
dem AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.

und

dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
dem Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen

(Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“
vom 04.05.2001

§ 1 Gegenstand

- (1) Die Vereinbarung regelt die Zuständigkeit und das Verfahren bei der Bewilligung von Leistungen für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige (Abhängigkeitskranke), wenn Leistungen der Krankenversicherung und/oder der Rentenversicherung (einschließlich der Altersversicherung der Landwirte) in Betracht kommen. Zudem definiert sie die an die Rehabilitationseinrichtungen zu stellenden Anforderungen **[Anlagen 1 und 2]**.
- (2) Eine Abhängigkeit i.S. der Vereinbarung liegt vor bei
 - Unfähigkeit zur Abstinenz oder
 - Verlust der Selbstkontrolle oder
 - periodischem Auftreten eines dieser beiden Symptome.
- (3) Leistungen i. S. dieser Vereinbarung sind ambulante (einschließlich ganztägig ambulante) und stationäre Entwöhnungs- sowie Entzugsbehandlungen.

§ 2 Ziele der medizinischen Rehabilitation

- (1) Ziele der medizinischen Rehabilitation sind:
 - Abstinenz zu erreichen und zu erhalten,
 - körperliche und seelische Störungen weitgehend zu beheben oder auszugleichen,
 - die Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft möglichst dauerhaft zu erhalten bzw. zu erreichen.
- (2) Zielvorstellungen für die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger in Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke bei Übergangweisem Einsatz eines Substitutionsmittels sind darüber hinaus in **Anlage 4** geregelt.

§ 3 Entwöhnungsbehandlungen

- (1) Eine Entwöhnungsbehandlung wird bewilligt, wenn
 - die persönlichen/medizinischen (Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose) und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind und kein gesetzlicher Ausschlussstatbestand gegeben ist,
 - Maßnahmen der Beratung und Motivierung vorangegangen sind und
 - der Abhängigkeitskranke motiviert und zudem bereit ist, eine ggf. erforderliche Nachsorge in Anspruch zu nehmen.
- (2) Vor der Entwöhnungsbehandlung muss erforderlichenfalls eine Entzugsbehandlung (§ 4) durchgeführt worden sein.
- (3) Kriterien, die bei der Entscheidung über die im Einzelfall zweckmäßige Leistungsform zu berücksichtigen sind, ergeben sich aus der **Anlage 3**.
- (4) Art, Ort, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Entwöhnungsbehandlungen bestimmt der Rehabilitationsträger unter Berücksichtigung der Schwere der Krankheit und der persönlichen Verhältnisse des Abhängigkeitskranken. Die im Sozialbericht hierzu enthaltenen Anregungen sollen angemessen berücksichtigt werden. Berechtigten Wünschen des Abhängigkeitskranken wird entsprochen. Die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit sind zu beachten.

§ 4 Entzugsbehandlungen

- (1) Eine Entzugsbehandlung im Sinne dieser Vereinbarung wird durchgeführt, um die Rehabilitationsfähigkeit zu erreichen. Sie erfolgt durch Vertragsärzte und Krankenhäuser. Die medizinische Notwendigkeit ist von einem Arzt festzustellen.
- (2) **An die Entzugsbehandlung soll sich eine erforderliche Entwöhnungsbehandlung nahtlos anschließen, sofern der Patient entsprechend motiviert ist.**

§ 5 Zuständigkeit

- (1) Für die Bewilligung der Entwöhnungsbehandlung (§ 3) ist zuständig
 1. der Rentenversicherungsträger, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach §§ 9 bis 11 SGB VI (§§ 7 und 8 ALG) erfüllt sind und kein gesetzlicher Ausschlussstatbestand gegeben ist,
 2. die Krankenkasse, wenn die Voraussetzungen nach Nr. 1 nicht vorliegen, jedoch die Voraussetzungen der §§ 27 und 40 SGB V erfüllt sind.
- (2) Für die Entzugsbehandlung (§ 4) ist die Krankenkasse zuständig.

§ 6 Verfahren

- (1) Der Antrag auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation ist unter Verwendung der dafür vorgesehenen Vordrucke zu stellen. Dem Antrag sind beizufügen:
 - ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, des Gutachterdienstes bzw. eines Gutachters der Rentenversicherung oder ein ärztlicher Befundbericht über die medizinische Notwendigkeit der Rehabilitation mit Prognose (§ 3 Abs. 1) auf Vordruck (ggf. ist der Vordruck der Krankenversicherung zu verwenden) und
 - ein aussagekräftiger, fachgerecht erstellter Sozialbericht auf Vordruck.
- (2) Der zuständige Rehabilitationsträger entscheidet bei Vorliegen der vollständigen Antragsunterlagen unverzüglich über den Antrag. Bei Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers informiert dieser die Krankenkasse über seine Entscheidung.
Ist vor der Entwöhnungsbehandlung eine Entzugsbehandlung erforderlich, leitet der behandelnde Arzt diese ein. Im Interesse eines nahtlosen Übergangs ist ggf. der Antrag auf eine Entwöhnungsbehandlung rechtzeitig vor Beendigung der Entzugsbehandlung dem zuständigen

Rehabilitationsträger zu übermitteln. Dabei sollen sich die Krankenkasse und der Rentenversicherungsträger über Beginn und Dauer der Entzugsbehandlung sowie über den Beginn der Entwöhnungsbehandlung abstimmen.

- (3) Ist der Antrag bei einer Krankenkasse gestellt worden und hält diese den Rentenversicherungsträger für zuständig (vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 1), leitet sie die Antragsunterlagen unverzüglich an den Rentenversicherungsträger weiter.
- (4) Im Rahmen von Arbeitsgemeinschaften können besondere Absprachen über das Verfahren getroffen werden.
- (5) Für einen Wechsel der Leistungsform ist grundsätzlich eine Zustimmungserklärung des Versicherten erforderlich. Dem Rehabilitationsträger ist außerdem zur Entscheidung rechtzeitig ein Zwischenbericht im Sinne eines vorläufigen Entlassungsberichtes zuzuleiten, der insbesondere zu dem Verlauf der bisherigen Rehabilitationsleistungen, den Gründen für ihre Beendigung, der weiteren Rehabilitationsbedürftigkeit und der Notwendigkeit und Erfolgsaussicht eines Wechsels der Leistungsform Stellung nehmen muss.
Hinsichtlich der Entscheidung über den Wechsel gilt Abs. 2 Satz 1 entsprechend.
- (6) Ist im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung eine Nachsorgeleistung erforderlich und ist hierfür der Rentenversicherungsträger oder die Krankenkasse zuständig, bedarf es neben der Zustimmungserklärung des Versicherten einer ärztlichen Bescheinigung über die Notwendigkeit der Leistung. Insbesondere ist darzulegen, warum der Anschluss an eine Selbsthilfe- bzw. Abstinenzgruppe für den Abhängigkeitskranken nicht ausreicht.

§ 7 Leistungsumfang

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation werden für den Zeitraum erbracht, der erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen. Die Leistungsform richtet sich nach dem individuellen Rehabilitationsbedarf. Wechsel der Leistungsformen sind hierbei möglich.

§ 8 Finanzierung

- (1) Die Vergütungssätze für medizinische Leistungen zur Rehabilitation werden zwischen den Rehabilitationsträgern und den Leistungserbringern gesondert vereinbart.
- (2) Die Kosten für die Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation, soweit sie ausschließlich therapeutische Einzel- bzw. Gruppengespräche enthalten, werden pauschaliert vergütet. Über die Höhe der Pauschale stimmen sich die Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger ab.

§ 9 Änderung, Kündigung

- (1) Die Partner der Vereinbarung prüfen in angemessenen Zeitabständen, ob die Vereinbarung aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen verbessert oder wesentlich geänderten Verhältnissen angepasst werden muss.
- (2) Die Vereinbarung kann mit dreimonatiger Frist zum Ende eines Kalenderjahres von den Vertragspartnern gekündigt werden.

§ 10 Inkrafttreten

- (1) Die Vereinbarung tritt am 01.07.2001 in Kraft.
- (2) Sie gilt für alle Fälle, in denen der Antrag auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation (§ 6 Abs.1) nach dem Inkrafttreten der Vereinbarung gestellt wurde. Sie ersetzt die „Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Renten-

versicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 20.11.1978“ und die „Empfehlungsvereinbarung der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger über die Leistungen der ambulanten Rehabilitation Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger vom 29.01.1991“ i.d.F. vom 05.11.1996. Die Anlagen 1 und 2 Vereinbarung ersetzen die Anlagen 1 und 2 des Gesamtkonzeptes zur Rehabilitation von Abhängigkeitskranken (Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige) vom 15. Mai 1985. Die Gemeinsamen Leitlinien der Kranken- und Rentenversicherungsträger für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Entwöhnung bei Abhängigkeitserkrankungen vom 09.03.1995 werden durch die Anlage 3 der Vereinbarung abgelöst.

Anlage 1 zur "Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen" vom 04.05.2001:

Anforderungen an die Einrichtungen zur Durchführung ambulanter medizinischer Leistungen zur Rehabilitation:

0. Für die Durchführung ambulanter Entwöhnungsbehandlungen kommen Einrichtungen in Betracht, die mindestens die nachstehend genannten Voraussetzungen erfüllen:

1. Der Träger der Einrichtung muss

1.1 Mitglied in einem Verband der Freien Wohlfahrtspflege sein oder

1.2 juristische Person des öffentlichen Rechts sein oder

1.3 eine Anerkennung als gemeinnützige Einrichtung besitzen oder

1.4 ein privater Träger sein und über eine Konzession nach § 30 der Gewerbeordnung verfügen.

2. Die Einrichtung muss ein wissenschaftlich begründetes Therapiekonzept vorlegen, das unter anderem Aussagen zum diagnostischen Vorgehen, zu den Leistungen und zu den therapeutischen Zielen einschließlich der Leistungsdauer enthält. Die Einrichtung muss bereit sein, sich an Qualitätssicherungsprogrammen einschließlich Effektivitätskontrollen zu beteiligen und die durchgeführten Leistungen dokumentieren.

Die Einrichtung muss unabhängig von dem im Rahmen der Rehabilitation finanzierten Leistungsspektrum über ein integriertes Programm zur Betreuung Abhängigkeitskranker im ambulanten Bereich verfügen. Zu dem integrierten Programm der Einrichtung gehören insbesondere

→ Diagnostik und Indikationsstellung

→ Motivationsklärung und Motivierung

→ therapeutische Einzel- und Gruppengespräche

→ Beteiligung der Bezugspersonen am therapeutischen Prozess

→ begleitende Hilfen im sozialen Umfeld

→ Krisenintervention

→ Vorbereitung der stationären Leistungen zur Rehabilitation

→ gegebenenfalls Zusammenarbeit im Therapieverbund (ambulante und stationäre Einrichtungen)

→ Hilfe zur Selbsthilfe

→ Prävention.

In dem Therapiekonzept ist darzustellen, wie die ambulante Rehabilitation in das gesamte Programm der Einrichtung integriert ist.

Die Einrichtung kann auch gemeinsam von verschiedenen Trägern der Suchtkrankenhilfe im Verbund organisiert sein.

3. In der Einrichtung müssen auf dem Gebiet der Suchtkrankenenarbeit qualifizierte und erfahrene

→ Ärzte,

→ approbierte psychologische Psychotherapeuten oder Diplom-Psychologen und

→ Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagogen

→ regelmäßig und verantwortlich zusammenarbeiten.

Je nach Ausrichtung des Therapiekonzeptes müssen darüber hinaus weitere Therapeuten (zum Beispiel Ergotherapeuten, Sporttherapeuten) in ausreichender Zahl und ggf. auch medizinisches Hilfspersonal vorhanden sein.

4. Mindestens 3 therapeutische Mitarbeiter, in der Regel Diplom-Psychologen oder approbierte psychologische Psychotherapeuten und Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagogen, müssen hauptberuflich in der Einrichtung tätig sein.
5. Zu den Aufgaben des Arztes gehören neben der therapeutischen Tätigkeit vor allem:
 - Verantwortliche Leistungserbringung
 - Anamneseerhebung, allgemeinärztliche Untersuchung
 - Informationsaustausch mit niedergelassenen Ärzten
 - gegebenenfalls Empfehlung weiterer Diagnostik und Therapie sowie Kontakt mit den behandelnden Ärzten
 - Indikationsstellung
 - Teilnahme an Fall- und Teambesprechungen
 - gegebenenfalls Zwischenuntersuchung
 - Abschlussuntersuchung
 - Verantwortliches Erstellen eines qualifizierten Entlassungsberichtes im Zusammenwirken mit den anderen Therapeuten.

6. **Die therapeutisch tätigen Mitarbeiter müssen eine geeignete Weiterbildung auf psychotherapeutischer Grundlage haben. Als Weiterbildung kommen zum Beispiel in Betracht:**

- für Ärzte und Diplom-Psychologen: Weiterbildungen entsprechend den Empfehlungsrichtlinien der Bundesärztekammer und Landesärztekammern und dem Psychotherapeutengesetz oder
- für Diplom-Sozialarbeiter und Diplom-Sozialpädagogen tätigkeitsfeldspezifische, das heißt auf die Indikation "Sucht" ausgerichtete Weiterbildungsgänge.

Im Übrigen wird auf den Kriterienkatalog für die Beurteilung von Weiterbildungen für Einzel- und Gruppentherapeuten – Tätigkeitsfeld Sucht – von 1992 verwiesen (siehe Grigoleit, H./Hüllinghorst, R./Wenig, M. (Herausgeber): Handbuch Sucht, Sankt Augustin 2000; DRV 1992, Seite 474 ff.).

7. Regelmäßige Fortbildung und externe Supervision des therapeutisch tätigen Personals sind sicherzustellen.
8. Bei der Durchführung therapeutischer Gruppengespräche soll die Gruppenstärke
 - für Alkohol- und Medikamentenabhängige bei 10 bis 12 Patienten und
 - für Drogenabhängige bei 6 bis 8 Patienten liegen.

Anlage 2 zur "Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen" vom 04.05.2001

Anforderungen an die Einrichtungen zur Durchführung stationärer medizinischer Leistungen zur Rehabilitation:

0. Einrichtungen zur Entwöhnungsbehandlung Abhängigkeitskranker können belegt werden, wenn sie mindestens die nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen erfüllen und ein entsprechender Bedarf an Plätzen vorhanden ist:
 1. Der Träger der Einrichtung muss
 - 1.1 Mitglied in einem Verband der Freien Wohlfahrtspflege sein oder
 - 1.2 juristische Person des öffentlichen Rechts sein oder
 - 1.3 eine Anerkennung als gemeinnützige Einrichtung besitzen oder
 - 1.4 ein privater Träger sein und über eine Konzession nach § 30 der Gewerbeordnung verfügen.

Für die Belegung durch die gesetzlichen Krankenkassen ist der Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 111 SGB V Voraussetzung.

2. Die Einrichtung muss ein wissenschaftlich begründetes Therapiekonzept vorlegen, das u.a. Aussagen zum diagnostischen Vorgehen, zu den Leistungen und zu den therapeutischen Zielen einschließlich der Leistungsdauer enthält.
3. Die Einrichtung muss bereit sein, sich an Qualitätssicherungsprogrammen einschließlich Effektivitätskontrollen zu beteiligen und die durchgeführten Leistungen dokumentieren.
4. In der Einrichtung müssen auf dem Gebiet der Suchtkrankenarbeit qualifizierte und erfahrene
 - 4.1 Ärzte,
 - 4.2 approbierte psychologische Psychotherapeuten oder Diplom-Psychologen
 - 4.3 Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagogen sowie
 - 4.4 Ergotherapeuten (i.S.d. Ergotherapeutengesetzes), Arbeitserzieher oder andere Mitarbeiter mit vergleichbarer (gleichwertiger) Qualifikation

zur Verfügung stehen.

Sie müssen eine geeignete Weiterbildung haben:

- als Ärzte und Diplom-Psychologen: Weiterbildungen entsprechend den Empfehlungsrichtlinien der Bundesärztekammer und Landesärztekammern und dem Psychotherapeutengesetz, oder
- als Diplom-Sozialarbeiter und Diplom-Sozialpädagogen tätigkeitsfeldspezifische, d.h. auf die Indikation "Sucht" ausgerichtete Weiterbildungsgänge.

Im Übrigen wird auf den Kriterienkatalog für die Beurteilung von Weiterbildungen für Einzel- und Gruppentherapeuten – Tätigkeitsfeld Sucht – von 1992 verwiesen (siehe Grigoleit, H./Hüllinghorst, R./Wenig, M. (Herausgeber): Handbuch Sucht, Sankt Augustin 2000; DRV 1992, Seite 474 ff.).

5. Die Einrichtung muss einen ärztlichen Leiter haben. Dieser ärztliche Leiter soll die Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder zum Facharzt für Psychotherapeutische Medizin abgeschlossen haben oder eine andere Facharztqualifikation (zum Beispiel Psychiater, Internist, Allgemeinmediziner) mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ besitzen. Im Leitungsteam müssen außerdem die Fachbereiche Psychologie und Sozialarbeit vertreten sein.

Zur abgestimmten Planung und Umsetzung der Rehabilitationsziele ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit des Rehabilitationsteams sicherzustellen.

6. In der Einrichtung muss eine in Psychotherapie ausgebildete Fachkraft vorhanden sein. Dabei kann es sich um einen Arzt oder einen approbierten psychologischen Psychotherapeuten oder einen klinischen Diplom-Psychologen oder einen Diplom-Psychologen mit vergleichbarer Aus- oder Weiterbildung handeln.

7. Für die Gruppen- und Einzeltherapie soll

- bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen für jeweils 10 bis 12 Patienten
- bei Drogenabhängigen für jeweils 6 bis 8 Patienten

einer der unter 4.1 bis 4.3 aufgeführten Therapeuten zur Verfügung stehen. Dieser Therapeut soll zugleich die Hauptbezugsperson für diese Patientengruppe sein.

Darüber hinaus sollen weitere übergreifend tätige Therapeuten (zum Beispiel Ergotherapeuten, Sporttherapeuten) in ausreichender Zahl und ggf. auch medizinisches Hilfspersonal vorhanden sein.

8. Die regelmäßige Fortbildung und externe Supervision des therapeutisch tätigen Personals sind sicherzustellen.
9. Der Einrichtung muss, gegebenenfalls im Wege der Kooperation mit einem fremden Labor, ein nach den anerkannten Regeln der inneren und äußeren Qualitätskontrolle arbeitendes medizinisch-technisches Labor zur Durchführung aller in Betracht kommenden klinisch-chemischen und hämatologischen Untersuchungen zur Verfügung stehen.
10. Die Einrichtung muss sowohl ökonomischen Erfordernissen gerecht werden als auch die Überschaubarkeit und die notwendige therapeutische Atmosphäre gewährleisten.

Anlage 3 zur "Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen" vom 04.05.2001

Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation (Entwöhnung) bei Abhängigkeitserkrankungen:

0. Die Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung erbringen ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen. Stationäre Rehabilitation umfasst das gesamte Therapiespektrum einschließlich Unterkunft und Verpflegung. Ambulante Rehabilitation umfasst je nach individuellem Bedarf und Therapiekonzept therapeutische Einzel- und Gruppengespräche [Fußnote gestrichen] sowie ggf. weitere Therapieleistungen. Für diese Rehabilitationsformen gelten die versicherungsrechtlichen und persönlichen/medizinischen Voraussetzungen, unter anderem auch das Vorliegen einer ausreichenden Motivation und die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit.

Sofern eine medizinische Leistung zur Rehabilitation zu erbringen ist, sollen die folgenden Kriterien in die Entscheidungsfindung, ob eine ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlung angezeigt ist, einbezogen werden. Diese Entscheidung setzt ausreichende Informationen über den Versicherten, den aktuellen physischen und psychischen Zustand, den Verlauf der Suchterkrankung, seine Motivation und seine soziale Situation voraus, die aus dem Sozialbericht und medizinischen Befunden hervorgehen müssen.

1. Eine ambulante Rehabilitation (Entwöhnung) kommt insbesondere in Betracht, wenn folgende Kriterien zutreffen:
 - 1.1 Die Störungen auf seelischem, körperlichem und sozialem Gebiet sind so ausgeprägt, dass eine ambulante Behandlung Erfolg versprechend erscheint und eine stationäre Behandlung nicht oder nicht mehr erforderlich ist.
 - 1.2 Das soziale Umfeld des/der Abhängigkeitskranken hat (noch) stabilisierende/unterstützende Funktion. Soweit Belastungsfaktoren bestehen, müssen diese durch bedarfsgerechte therapeutische Leistungen aufgearbeitet werden. Es ist nicht ausreichend, dass die ambulante Behandlungsstelle allein die Funktion des intakten sozialen Umfeldes übernimmt.
 - 1.3 Die Herausnahme aus dem sozialen Umfeld ist nicht oder nicht mehr erforderlich, da hiervon keine maßgeblichen negativen Einflüsse auf den therapeutischen Prozess zu erwarten sind.
 - 1.4 Der/die Abhängigkeitskranke ist beruflich (noch) ausreichend integriert. Jedoch schließen Arbeitslosigkeit, fehlende Erwerbstätigkeit oder Langzeitarbeitsunfähigkeit eine ambulante Entwöhnung nicht aus. Die sich abzeichnende Notwendigkeit zur Reintegration in das Erwerbsleben wird durch eine wohnortnahe Rehabilitation unterstützt.
 - 1.5 Eine stabile Wohnsituation ist vorhanden.
 - 1.6 Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit
 - zur aktiven Mitarbeit,
 - zur regelmäßigen Teilnahme und
 - zur Einhaltung des Therapieplansin Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Entwöhnung

vorhanden ist (Das kann angenommen werden, wenn der/die Abhängigkeitskranke insbesondere während der Motivationsphase die von der Beratungsstelle bzw. Beratungs- und Behandlungsstelle gesetzten Grenzen und Vorgaben akzeptieren und einhalten konnte. Die der Rehabilitation vorangehende Motivationsphase dauert mindestens 4 Wochen, wobei ein regelmäßiger Besuch vorausgesetzt wird).

- 1.7 Der/die Abhängigkeitskranke ist bereit und in der Lage, abstinent zu leben und insbesondere suchtmittelfrei am ambulanten Therapieprogramm regelmäßig teilzunehmen.
 - 1.8 Auch bei einem langen oder intensiven Suchtverlauf kann die Indikation für eine ambulante Entwöhnung bestehen.
 - 1.9 Ausreichende Mobilität ist vorhanden, das heißt, die tägliche An- und Abfahrt zum Beispiel mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist möglich. Der/die Abhängigkeitskranke muss in der Lage sein, innerhalb einer angemessenen Zeit (circa 45 Minuten) die Einrichtung zu erreichen bzw. nach Hause zurück zu kehren.
2. Eine stationäre Rehabilitation (Entwöhnung) kommt insbesondere in Betracht, wenn eines oder mehrere der folgenden Kriterien zutreffen:
- 2.1 Es bestehen schwere Störungen auf seelischem, körperlichem oder sozialem Gebiet, die eine erfolgreiche ambulante Rehabilitation in Frage stellen.
 - 2.2 Die Herausnahme aus einem pathogenen sozialen Umfeld (zum Beispiel bei massiven familiären Konflikten oder destruktiven Partnerbeziehungen) ist erforderlich, um den Rehabilitationserfolg zu sichern.
 - 2.3 Das soziale Umfeld des/der Abhängigkeitskranken hat keine unterstützende Funktion. (Anmerkung: Die Behandlungsstelle allein kann die Funktion des intakten sozialen Umfeldes nicht übernehmen.)
 - 2.4 Der/die Abhängigkeitskranke ist beruflich nicht integriert und bedarf infolgedessen spezifischer Leistungen zur Vorbereitung einer beruflichen Wiedereingliederung, die ambulant nicht erbracht werden können.
 - 2.5 Eine stabile Wohnsituation ist nicht vorhanden.
 - 2.6 Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit
 - zur aktiven Mitarbeit,
 - zur regelmäßigen Teilnahme oder
 - zur Einhaltung des Therapieplansin Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Entwöhnung nicht ausreichend vorhanden ist.
 - 2.7 Der/die Abhängigkeitskranke ist nicht bereit oder nicht in der Lage, während der ambulanten Entwöhnung abstinent zu leben und insbesondere suchtmittelfrei am ambulanten Therapieprogramm teilzunehmen.
 - 2.8 Ein langer oder intensiver Suchtverlauf kann insbesondere vor dem Hintergrund der Kriterien 2.1 bis 2.7 eine Indikation für eine stationäre Entwöhnung darstellen.

Anlage 4 zur „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001

Zielvorstellungen und Entscheidungshilfen für die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger in Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke bei übergangsweisem Einsatz eines Substitutionsmittels i.S.d. BUB-Richtlinien¹:

Krankenversicherung (Anlage 4 wurde von allen Spitzenverbänden außer dem IKK-Bundesverband verabschiedet) und Rentenversicherung verbinden mit dem übergangsweisen Einsatz von einem Substitutionsmittel (Es handelt sich hierbei um Mittel i.S.d. § 6 BUB-Richtlinie.) im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger, die bereits nach den BUB-Richtlinien substituiert werden, folgende Zielvorstellungen:

1. Es gelten bei medizinischer Rehabilitation mit i.S.d. BUB-Richtlinien anerkannten Substitutionsmitteln im Wesentlichen die gleichen Bedingungen (bezüglich Zugang, Durchführung, Nachsorge) wie bei nicht Substitutionsmittel-gestützter (drogenfreier) Rehabilitation.
2. Auch bei Substitutionsmittel-gestützten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation ist Ziel, vollständige Abstinenz jeglicher Art von Drogen zu erreichen und zu erhalten. Das gilt auch in bezug auf das Substitutionsmittel. Dessen Einsatz ist in diesem Sinne „übergangsweise“.
3. Medizinische Leistungen zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker können nach ausreichender Vorbereitung und bei nachgewiesener Beikonsumfreiheit auch für Versicherte bewilligt werden, die zum Zeitpunkt des Beginns der Rehabilitation noch substituiert werden.
4. Im Einzelfall kann die Substitution auch nach Beendigung der Rehabilitation als Krankenbehandlung erforderlich sein; dies kann auch für solche Versicherte gelten, die die Rehabilitationsleistung vorzeitig beendet haben (Auffangsubstitution). In diesen Fällen kann die Krankenkasse nur dann die Kosten übernehmen, wenn die weitere Substitution im Rahmen der BUB-Richtlinien zulässig ist.

Die nachfolgenden **Entscheidungshilfen** können als Grundlage für eine Substitutionsmittel-gestützte Rehabilitation Drogenabhängiger dienen:

1. Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose können auch bei Substitution ohne Beigebrauch von anderen Suchtmitteln gegeben sein.
Beim Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms durch Opiode nach ICD-10 besteht auch unter Substitution (F11.22) in der Regel Rehabilitationsbedürftigkeit.
Die Rehabilitationsfähigkeit darf durch psychische und körperliche Begleit- und Folgeleiden nicht in Frage gestellt werden. Sie ist nach einer entsprechenden Vorbereitung sozialmedizinisch zu beurteilen. Eine medizinische Kontraindikation liegt insbesondere vor bei: floriden Psychosen, akuter Suizidalität oder einem schweren organischen Psychosyndrom.

¹ Die Anlage A der Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien) in der Fassung vom 10.12.1999, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 109 vom 17.06.1999, wurde aufgehoben und durch die „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ in der Fassung vom 17.01.2006 ersetzt, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 Nr. 48 (S. 1523), in Kraft getreten am 01.04.2006, zuletzt geändert am 19.02.2015, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.05.2015 B7), in Kraft getreten am 16.05.2015.

Eine medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger bei übergangsweisem Einsatz von einem Substitutionsmittel ist sozialmedizinisch dann begründet, wenn aus der Auswertung der gezielten Sachaufklärung (somatischer und psychischer Befund, soziale Situation, bisherige Entwicklung des Suchtverhaltens, Motivation) ein positiver Verlauf der Rehabilitation insbesondere hinsichtlich des Reha-Zieles zu erwarten ist.

Eine positive Rehabilitationsprognose ist vor allem dann gegeben, wenn die Versicherten

- langfristig eine Abstinenz anstreben,
- über ein funktionsfähiges soziales Netz verfügen und
- über eine abgeschlossene Schul- oder Berufsausbildung verfügen.

2. Eine abstinenzorientierte, drogenfreie medizinische Rehabilitation kann aus medizinischen Gründen zurzeit noch nicht durchgeführt werden. Eine Substitutionsmittel-gestützte medizinische Rehabilitation bedarf zur Herstellung der Rehabilitationsfähigkeit der Vorbereitung. Für die Vorbereitung wird nach bisheriger Erfahrung von einem Zeitraum von 6 Monaten auszugehen sein. Je nach Lage des Einzelfalles kann sich dieser Zeitraum verlängern oder verkürzen.

Im Mittelpunkt der Vorbereitung stehen folgende Inhalte und Ziele:

- Sicherung bzw. Wiederherstellung der körperlichen Gesundheit, einschließlich der somatischen und psychiatrischen Befunderhebung und Behandlung zur Herstellung von Rehabilitationsfähigkeit
- Analyse des Beigebrauchsmusters, Einstellung auf die vorläufige, individuell zu bestimmende Erhaltungsdosis (Erreichen von Dosisstabilität – Hinsichtlich der Erhaltungsdosis müssen erhebliche interindividuelle Wirkunterschiede berücksichtigt werden. Sie muss deshalb individuell vom substituierenden Arzt ermittelt werden und ist erreicht, wenn Opiatzugserscheinungen während mindestens 24 Std. unterdrückt bleiben und die kognitiv-motorischen Funktionen nicht beeinträchtigt sind. Dieses Dosis bleibt stabil, sofern keine Interaktionen mit Medikamenten, anderen Opiaten oder Erkrankungen eintreten), Freiwerden von Beigebrauch

Diese Inhalte und Ziele sind bereits bei der Behandlung i.S.d. BUB-Richtlinien zu erfüllen.

- Stabilisierung des sozialen Umfeldes einschließlich Beschreibung der rechtlichen Situation, der Wohnsituation sowie der finanziellen Situation
- Motivierung und Vorbereitung für eine Rehabilitation, einschließlich Erhebung des psychosozialen Befundes.

Mit Abschluss der Vorbereitung vor einer Rehabilitation müssen die oben ausgeführten Bedingungen zur Rehabilitationsfähigkeit erfüllt sein. Entsprechende Aussagen müssen sich aus dem ärztlichen Gutachten/ Sozialbericht ergeben.

3. Der Drogenabhängige wird auch noch im Zeitpunkt der Reha-Antragstellung gemäß den o.a. BUB-Richtlinien substituiert oder, wenn ein Krankenversicherungsverhältnis nicht besteht, entsprechend diesen Richtlinien substituiert (Entsprechendes gilt auch im Zeitpunkt des Antritts der Rehabilitation).

4. Der/die Drogenabhängige ist neben der Substitution im Zeitpunkt der Reha-Antragstellung nachgewiesenermaßen beikonsumfrei (siehe Fußnote 5). Als beikonsumfrei gilt derjenige, der aufgrund entsprechender gesicherter medizinischer Nachweise in den letzten 4 Wochen vor Antragstellung kein Suchtmittel (illegale Drogen, Alkohol, Medikamente - akutmedizinisch indizierte Medikation ist hiervon selbstverständlich nicht erfasst) konsumiert hat. Der Nachweis ist in der Regel vom substituierenden Arzt durch Offenlegung der Ergebnisse entsprechender Kontrolluntersuchungen (vor allem Urinkontrollen unter Sicht – diese haben sich ausdrücklich auch auf Cannabinoide zu erstrecken) zu führen.
5. Nach der regulären Beendigung der Rehabilitation kann eine Nachsorge oder, wenn das Reha-Ziel einer vollständigen Abdosierung nicht erreicht wird, eine Weiterbehandlung im Sinne einer Auffangsubstitution nach der Rehabilitation erforderlich werden. Eine erforderliche Nachsorge oder Weiterbehandlung wird von der Rehabilitationseinrichtung rechtzeitig eingeleitet.
6. Für die Anforderungen an die Einrichtungen, die die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger bei übergangsweisem Einsatz von einem Substitutionsmittel durchführen, gelten grundsätzlich die allgemeinen Anforderungen, die auch der abstinentenorientierten, drogenfreien medizinischen Rehabilitation zugrunde liegen. Sie betreffen die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Der substituierende Arzt muss die fachlichen Voraussetzungen für die Substitution erfüllen (vergleiche oben angegebene BUB-Richtlinien). Die Einrichtungen müssen über ein mit der Krankenversicherung bzw. Rentenversicherung abgestimmtes Konzept für diese spezielle Indikationsgruppe verfügen. Die Rehabilitationseinrichtung hat die Zusammenarbeit mit der Substitutionsmittel-Vergabestelle, mit den psychosozialen Beratungsstellen sowie anderen an der Behandlung und Rehabilitation beteiligten Stellen sicher zu stellen.

Die Orientierung am gegenwärtig praktizierten Leistungsumfang für Versicherte mit Drogenabhängigkeit kann nur vorläufig sein. Deshalb ist es notwendig, anhand von modellhaft umgesetzten Konzepten weitere abgesicherte Erkenntnisse zu gewinnen.

Die vorgenannten Entscheidungshilfen sind zu gegebener Zeit anhand praktischer Erfahrungen bzw. neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen.

[Ergänzende Hinweise der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Anlage 4 zur Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001](#)

Stand vom 15. Februar 2016

Die Anlage 4 zur Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001 (nachfolgend: Anlage 4) formuliert „Zielvorstellungen und Entscheidungshilfen für die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger in Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke bei übergangsweisem Einsatz eines Substitutionsmittels i.S.d. BUB-Richtlinien“.

Sie enthält den abschließenden Hinweis, dass die Entscheidungshilfen zu gegebener Zeit anhand praktischer Erfahrungen bzw. neuerer Erkenntnisse auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen sind. Nach einer umfassenden Wirksamkeitsüberprüfung, in die Praktiker und Suchtfachverbände

einbezogen wurden, wird eine Überarbeitung der Entscheidungshilfen zum jetzigen Zeitpunkt nicht für erforderlich gehalten. Unter ausdrücklicher Beibehaltung der Zielvorstellungen, welche die grundsätzliche Bereitschaft zur Abdosierung und zu vollständiger Abstinenz voraussetzen, sowie der Erkenntnis, dass eine vollständige Abdosierung nicht in allen Fällen gelingt, nicht gegen den Willen der Betroffenen durchgeführt werden darf und auch nicht zu Entzugserscheinungen führen soll, geben die Deutsche Rentenversicherung und die Gesetzliche Krankenversicherung jedoch folgende ergänzende Hinweise zu den Entscheidungshilfen Nr. 1 und Nr. 4 der Anlage 4:

Zu 1.

Eine positive Rehabilitationsprognose ist vor allem dann gegeben, wenn die Versicherten

- eine langfristige Abstinenz anstreben,
- über ein funktionsfähiges soziales Netz verfügen und
- über eine abgeschlossene Schul- oder Berufsausbildung verfügen.

Hieraus folgt nicht, dass eine positive Rehabilitationsprognose nur dann angenommen werden kann, wenn alle genannten Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind. Entscheidend sind die Gesamtumstände im Einzelfall (insbesondere somatischer und psychischer Befund, bisherige Entwicklung des Suchtverhaltens und die soziale Situation). Das Nichtvorhandensein eines sozialen Netzes oder eine fehlende Schul-/Berufsausbildung für sich genommen müssen daher nicht zwingend zur Annahme einer negativen Rehabilitationsprognose führen.

Zu 4.

Der/die Drogenabhängige ist neben der Substitution im Zeitpunkt der Reha-Antragstellung nachgewiesenermaßen beikonsumfrei. Als beikonsumfrei gilt, wer aufgrund entsprechender gesicherter medizinischer Nachweise in den letzten 4 Wochen vor der Antragstellung kein Suchtmittel (illegale Drogen, Alkohol, Medikamente) konsumiert hat.

Die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker bei übergangsweisem Einsatz eines Substitutionsmittels erfordert als persönliche Voraussetzung zwingend, dass der/die Drogenabhängige bei Beginn (und auch während) der Rehabilitation frei von Beikonsum ist. Dies kann objektiv frühestens bei Beginn der Rehabilitation festgestellt werden. Da über das Vorliegen der persönlichen Voraussetzungen bereits bei Antragstellung zu befinden ist, bedarf es einer Prognose. Um die Prognoseentscheidung zu erleichtern, stellt die Anlage 4 bei einem nachgewiesenen Zeitraum von 4 Wochen die (widerlegbare) Vermutung der Beikonsumfreiheit als persönliche Voraussetzung auf. Hieraus folgt nicht, dass der Nachweis über das Vorliegen der persönlichen Voraussetzungen im Einzelfall nicht auch auf andere Weise (zum Beispiel intensive Vorbetreuung, qualifizierte Entzugsbehandlung) erbracht werden kann. Eine konzeptgeleitete, individuelle Vorgehensweise seitens der Rehabilitationseinrichtung ist erforderlich. Deren Konzept muss vom zuständigen Leistungsträger anerkannt sein.

Tab. 5: Beispiel für die Übertragung von Inhalten eines sozialmedizinischen Gutachtens in die ICF-Terminologie

ICF-Kapitel: Körperfunktionen	
Sozialmedizinischer Gutachtentext	ICF-Item (ICF-Kode)
Vergesslichkeit	Funktionen des Gedächtnisses (b144)
Schlafstörungen	Funktionen des Schlafes (b134)
Stimmungsschwankungen	Emotionale Funktionen (b152)
Motivation	Motivation (b1301)
ICF-Kapitel: Körperstrukturen	
Sozialmedizinischer Gutachtentext	ICF-Item (ICF-Kode)
Abhängigkeitserkrankung	Struktur des Gehirns (s110)
Leberzirrhose	Struktur der Leber (s560)
Polyneuropathie	Struktur der unteren Extremitäten (s750)
ICF-Kapitel: Aktivitäten	
Sozialmedizinischer Gutachtentext	ICF-Item (ICF-Kode)
Haushalt wird vernachlässigt	Hausarbeiten erledigen (d640)
Einseitige Ernährung	Essen (d550), Mahlzeiten vorbereiten (d630)
Unpünktlichkeit, Termine werden nicht eingehalten	Elementare interpersonelle Aktivitäten (d710)
ICF-Kapitel: Teilhabe	
Sozialmedizinischer Gutachtentext	ICF-Item (ICF-Kode)
soziale Isolation	Komplexe interpersonelle Interaktionen (d720)
Probleme mit Lebenspartnerin	Familienbeziehungen (d760)
ICF Kapitel: Umweltfaktoren (Kontextfaktoren)	
Sozialmedizinischer Gutachtentext	ICF-Item (ICF-Kode)
kein Telefon, kein Fernsehgerät	Produkte und Technologien zur Kommunikation (e125)
Schulden	Vermögenswerte (e165)
ICF Kapitel: Personbezogene Faktoren (Kontextfaktoren)	
Sozialmedizinischer Gutachtentext	ICF-Item (ICF-Kode)
49 Jahre alt, angelernte Tätigkeit als Universalkraft im Baugewerbe, von Kündigung bedroht, verheiratet, Raucher.	Personbezogene Faktoren sind ohne ICF-Item und nicht zu kodieren.

10 Erstellungsprozess der Leitlinie

Geltungsbereich und Zweck der Leitlinie:

Zielsetzung der Erstellung von Leitlinien für den sozialmedizinischen Beurteilungsprozess ist die Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Beurteilung von Leistungsfähigkeit und Rehabilitationsbedürftigkeit. Dabei werden aus Schädigungen von Körperstrukturen und Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren im Rahmen eines sozialmedizinischen Bewertungsprozesses sozialrechtlich relevante Kategorien gewonnen. Transparenz und Nachvollziehbarkeit im Verwaltungsverfahren sollen erhöht und die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden.

Inhalt der Leitlinie:

Die Darstellung der Problembereiche in der vorliegenden Leitlinie umfasst im Wesentlichen die sozialmedizinischen Aspekte. Auf die Niederlegung von gesetzlichen Grundlagen wird ebenso verzichtet wie auf die Angabe des Verfahrensweges. Die Gliederung der Leitlinie orientiert sich an der sozialmedizinischen Bedeutung, der erforderlichen Sachaufklärung, der Definition, Einteilung und Symptomatik der Krankheitsbilder sowie an den Aussagen zur Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit aus sozialmedizinischer Sicht.

Im Mittelpunkt der Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit steht die Bewertung von geschädigten Körperfunktionen und Körperstrukturen sowie beeinträchtigten Aktivitäten und Teilhabe (Funktionsbefunde und Fähigkeitsstörungen) unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren sowie der Abgleich von individueller Leistungsfähigkeit und Anforderungen im Erwerbsleben.

Zielgruppen:

Zielgruppen für die Erstellung der vorliegenden Leitlinie sind sowohl die sozialmedizinischen Dienste bei den Trägern der Deutschen Rentenversicherung als auch externe Gutachter und Rehabilitationskliniker, die in die sozialmedizinische Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit eingebunden sind. Darüber hinaus ist die Leitlinie für andere Sozialleistungsträger oder mit Fragen der Rehabilitation befasste Institutionen von Interesse, um mit den Beurteilungskriterien der gesetzlichen Rentenversicherung vertraut zu werden. Den Versicherten und ihren Vertretern, zum Beispiel Selbsthilfegruppen, bietet die Leitlinie Informationen und erhöht Transparenz und Nachvollziehbarkeit sozialmedizinischer Beurteilungen.

Beteiligung von Interessengruppen:

Im Erstellungsprozess der Leitlinie sind die Anwender (Ärztinnen und Ärzte in sozialmedizinischen Diensten) und die verantwortlichen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung repräsentativ vertreten. Als betroffene Fachgruppen wurden darüber hinaus Leitende Ärztinnen und Ärzte aus Reha-Einrichtungen einbezogen (siehe weiter unten unter Autoren). Versicherte sind durch die Mitglieder der Autorengruppe und durch Beteiligte am Konsentierungsverfahren vertreten. Zu den Versicherten zählen sowohl diejenigen, die Leistungen auf Grund von Krankheit oder Behinderung in Anspruch nehmen als auch jene, die diese Leistungen im Rahmen einer Solidarversicherung mit finanzieren.

Im Rahmen der umfassenden Implementierung der Leitlinie sind Rückmeldungen über Brauchbarkeit, Praktikabilität und Akzeptanz aus der Anwenderzielgruppe an die Autorengruppe vorgesehen.

Methodologische Exaktheit der Leitlinienentwicklung:

Grundlage der Leitlinienentwicklung ist die Zusammenführung von Erfahrungen und Kriterien auf der Basis des Ist-Zustandes der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit und Rehabilitationsbedürftigkeit zur Sicherung der Entscheidungsqualität. Die Fakten aus dem täglichen Handeln der Ärztinnen und Ärzte von sozialmedizinischen Diensten der Rentenversicherungsträger werden unter Einbeziehung sozialmedizinischer Standardliteratur sowie aktueller medizinischer Fachliteratur diskutiert und das Ergebnis zusammengefasst. Die Antragsbearbeitung durch den sozialmedizinischen Dienst des Rentenversicherungsträgers erfolgt in der Regel auf der Grundlage von Befundberichten oder von Gutachten mit persönlicher Befragung und Untersuchung, hauptamtlich oder nichthauptamtlich erstellt, oder nach Aktenlage. Für diese besondere Situation liegen keine wissenschaftlichen Untersuchungen oder Hinweise zur Operationalisierung vor.

Im Vordergrund der sozialmedizinischen Entscheidung stehen die aus den Antragsunterlagen zugänglichen objektivierbaren medizinischen Parameter. Sie werden durch die subjektive Einschätzung des Betroffenen zu seiner Leistungsfähigkeit und Rehabilitationsbedürftigkeit ergänzt. Assessment-Verfahren zur Beschreibung von Leistungseinschränkungen und noch vorhandenen Ressourcen sowie deren Auswirkungen auf die Lebens- und Erwerbssituation können ergänzend herangezogen werden.

Evidenzgrad:

Die Leitlinie wurde in einer internen Expertengruppe der Deutschen Rentenversicherung Bund zusammengestellt. Der Gruppe gehörten Ärztinnen und Ärzte aus dem Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund, Bereich Sozialmedizin, und der Rehabilitationsabteilung der Deutschen Rentenversicherung Bund mit unterschiedlicher fachärztlicher Qualifikation an.

Ein erweiterter Konsens wird durch ein formales Konsentierungsverfahren angestrebt. Dabei werden ärztliche Experten aus der Deutschen Rentenversicherung (Ärztepanel: Leitende Ärztinnen und Ärzte, sozialmedizinische Experten) sowie weitere medizinische und nichtmedizinische Experten beteiligt. Die abschließende Konsentierung erfolgt im Ärztetrium der Deutschen Rentenversicherung.

Bei der Bewertung des Evidenzgrades ist zu berücksichtigen, dass auf Renten wegen Erwerbsminderung und Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe bei Erfüllung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen ein Rechtsanspruch besteht.

Klarheit und Gestaltung:

Die aus der Leitlinie resultierenden Empfehlungen beziehen sich immer auf individuelle Versicherte. Die doppelte Transformation von (1.) geschädigten Körperfunktionen und beeinträchtigter Teilhabe in qualitative Leistungseinschränkungen und hiervon (2.) in quantitative Leistungseinschränkungen unter Berücksichtigung des Abgleichs von Leistungsvermögen und Anforderungen an die Tätigkeit ist ein komplexer Beurteilungsprozess. Die Leitlinie trägt dazu bei, Ermessen bei dieser Beurteilung zu minimieren.

Generelle Anwendbarkeit:

Leitlinien sind im Rahmen der üblichen Organisation der Rentenversicherungsträger – sowohl bei der Sachaufklärung als auch der sozialmedizinischen Beurteilung – grundsätzlich ohne Nachteile einsetzbar. Gegebenenfalls zusätzlich erforderlichen Ressourcen bei Anwendung der Leitlinie steht eine rationellere Ressourcenverwendung gegenüber, die Folgekosten sparen hilft.

Eine Evaluation der Leitliniennutzung fördert deren Anwendung. Durch die Konformität der Versorgung mit Leitlinienempfehlungen, den individuellen Therapieerfolg und die populationsbezogenen Ergebnisse der Leitlinienanwendung können Verbesserungspotenziale aufgezeigt werden.

Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem:

Die Leitlinie ist an den Versorgungsbereich der Rehabilitation adressiert. Kriterien, die für die sozialmedizinische Beurteilung von Leistungsfähigkeit und Rehabilitationsbedürftigkeit unzweckmäßig oder überflüssig sind, werden in der Leitlinie genannt.

Eine Verbreitung der Leitlinie ist durch Veröffentlichung in Publikationsorganen sowie kostenloser Verfügbarkeit im Internet auf breiter Basis sichergestellt. Darüber hinaus dienen Informations- und Fortbildungsveranstaltungen sowie die Vorstellung als Bestandteil der Einarbeitungsunterlagen sozialmedizinisch tätiger Mitarbeiter der weiteren Verbreitung und Anwendung der Leitlinie. Leitlinien sind ein wesentliches Element der Qualitätssicherung der gesetzlichen Rentenversicherungsträger in Deutschland.

Autorinnen und Autoren älterer Fassungen:

Fassung 1999: Dr. Renate Gründler, Johannes Heller, Dr. Karen Hemmrich, Joachim Köhler, Dr. Christiane Korsukéwitz, Dr. Manfred Rohwetter, Gabriele Sandner. Alle Autoren sind Mitarbeiter der seinerzeitigen Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) gewesen. Mitarbeit durch Dr. Kristina Brenner, Dr. Hanno Irle, Dr. Karl-Walter Kertzendorff, Berthold Lindow, Engelbert Lubenow und Dirk Wimmer als Mitarbeiter der seinerzeitigen BfA-Hauptverwaltung; Prof. Dr. Walter Zilly, Leitender Arzt der Hartwald-Rehabilitationsklinik der BfA in Bad Brückenau; Hans Bargel, Chefarzt der Klinik Neumühle in Hollstadt; Dr. Peter Subkowski, Ärztlicher Leiter der Paracelsus-Berghofklinik in Bad Essen; Dr. Manfred Nowak, Leitender Arzt des Therapiezentrum für Drogenabhängige in Lustadt.

Fassung Herbst 2002: Dr. Renate Gründler, Johannes Heller, Dr. Hanno Irle, Joachim Köhler, Dr. Christiane Korsukéwitz, Dr. Manfred Rohwetter, Gabriele Sandner, Silke Esterl. Alle Autoren waren Mitarbeiter der BfA.

Fassung 2010: Sabine Horn, Dr. Joachim Köhler, Dr. Ingrid Pottins, Dr. Manfred Rohwetter, Dr. Petra Schuhknecht und Dr. Klaus Timmer als Mitarbeiter aus dem Bereich Sozialmedizin (0440) im Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation (0400) der Deutschen Rentenversicherung Bund; Dr. Thomas Hillmann als Abteilungsarzt Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Anregungen sind erfolgt von Dr. Christiane Korsukéwitz, Leiterin des Geschäftsbereichs Sozialmedizin und Rehabilitation (0400) der Deutschen Rentenversicherung Bund; Dr. Hanno Irle, Leiter des Bereichs Sozialmedizin (0440) der Deutschen Rentenversicherung Bund; Jürgen Ritter, Grundsatzreferat Recht der Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben, Abteilung Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Autor der vorliegenden Fassung:

Dr. Joachim Köhler und Dr. Ariane Schulte aus dem Bereich Sozialmedizin (0440) im Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation (0400) der Deutschen Rentenversicherung Bund

Konsentierung:

Im Rahmen der Konsentierung danken wir für die kritische Durchsicht durch: Barbara Müller-Simon, Dr. Bodo Liese, Gunnar Friemelt (alle DRV Bund), Gerhard Eckstein (DRV Schwaben), Sabine Hoffmann

(DRV Rheinland-Pfalz) und die Mitarbeiter des Bereichs Sozialmedizin der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Die Leitlinie wurde im Ärztegremium der Deutschen Rentenversicherung (Sitzung 2/2018 vom 3. Mai 2018) beraten und konsentiert.

Im Rahmen eines Stellungnahmeverfahrens wurde die aktuelle Version durch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), den Bundesverband stationäre Suchtkrankenhilfe (buss) und den Fachverband Sucht (FVS) kommentiert. Anregungen und Kommentare wurden weitestgehend umgesetzt.

Redaktionelle Unabhängigkeit:

Die Mitglieder der Autorengruppe sind Beschäftigte von Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Verfassung der Leitlinie durch die Autoren erfolgte allein auf der Grundlage fachlicher Erwägungen. Die Mitglieder der Autorengruppe weisen keine die Leitlinie betreffenden Nebentätigkeiten auf.

Aktualisierung:

Aktualisierungen sind in fünfjährigen Abständen vorgesehen.

11 Literatur

Andresen-Streichert H, Müller A, Glahn A, Skopp G, Sterneck M (2018):

Alkoholmarker bei klinischen und forensischen Fragestellungen.
Deutsches Ärzteblatt International 2018; 115(18): 309–315

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT): Alkoholbezogene Störungen: Screening, Diagnose und Behandlung vom 28.2.2016
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-0011_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02.pdf

Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA): Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014. www.deutsche-rentenversicherung.de,
Pfad: Infos für Experten → Sozialmedizin & Forschung → Reha-Wissenschaften → Reha-Konzepte → Konzepte → Indikationsspezifische Konzepte → Sucht-Rehabilitation

Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 12, Frankfurt am Main, Ausgabe 2006

Batra A, Bilke-Hentsch O: Praxisbuch Sucht: Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter Thieme Stuttgart, 2016

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V.

ICF-Praxisleitfaden 1 – Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) beim Zugang zur Rehabilitation 2. überarbeitete Auflage: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V.; 2015. www.bar-frankfurt.de

Burger M, Brönstrup A, Pietrzyk K: Alkoholkonsum und Krankheiten. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd. 134. Nomos Baden-Baden. 2000

Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Bericht 2013 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklungen und Trends. DEUTSCHLAND. Drogensituation 2012/2013

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Jahrbuch Sucht. Lengerich: Pabst Science Publishers, 2015

Deutsche Rentenversicherung: Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015. Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin.
Siehe auch www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung: ISRV-(Informationssystem der Rentenversicherung)-Datenbank der Deutschen Rentenversicherung: Statistik-Reha 2016, Statistik-Rente 2016

Deutsche Rentenversicherung: Leitlinien „Rehabilitationsbedürftigkeit und indikationsübergreifende Problembereiche“, 2002/2005.
www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsche Rentenversicherung: Rehabilitation 2016. Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Band 210. Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund, August 2017

Deutsche Rentenversicherung: Rente 2016. Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Band 209. Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund, August 2017

Deutsche Rentenversicherung: Praxisempfehlungen zum Umgang mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation. 2016

Deutsche Rentenversicherung: Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung. Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund. DRV-Schriften Band 81, Dezember 2009 oder
www.deutsche-rentenversicherung.de

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF. Köln: DIMDI; 2005. www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. ICD-10-GM 2018. Systematisches Verzeichnis. Bearbeitet von Bernd Graupner. Deutscher Ärzteverlag. 2017. www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2018/

DSM-V: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Falkai, P., Wittchen, H. (Hrsg.), Hogrefe, Göttingen 2015

Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei pathologischem Glücksspiel, www.dhs.de/web/daten/Empfehlungsvereinbarung_Pathologisches_Gluecksspiel.pdf

Feuerlein, W.; Ringer, C., Kufner, H.; Antons, K.: Diagnose des Alkoholismus: Der Münchner Alkoholismustest: Testmanual., Weinheim: Beltz: 1979

Funke, W., Funke, J, Klein, M & Scheller, R (1987): Trierer Alkoholismusinventar (TAI). Testmanual, Göttingen: Hogrefe.

Gabler-Sandberger E: Neuer Test erlaubt zuverlässige Diagnose. Deutsches Ärzteblatt 93, Heft 11, Ausgabe C, 1996: 474

Gerken K, Meyer C, Wimmer D: Handbuch Sucht – Prävention und Behandlung – Rechtsgrundlagen und Rechtsprechung, Sankt Augustin 2011

Grotkamp S, Cibis W, Behrens J, Bucher P, Deetjen W, Nyffeler I, et al. Personbezogene Faktoren der ICF-Entwurf der AG ICF des Fachbereichs II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMPP). Das Gesundheitswesen. 2010; 72(12):908–16.

Hauptmann S, Heinemann A, Tsokos M, Püschel K: Arbeitsmedizinische Alkoholismus-Diagnostik mit konventionellen Parametern und CDT. Arbeitsmedizin – Sozialmedizin – Umweltmedizin 32, 1997: 335–340

Henkel D., Zemlin U. & Dornbusch P.: Unemployment and Addiction Therapy. Results of a longitudinal study (ARA) investigating the abstinence and vocational reintegration chances for alcohol addicted unemployed.
In: Kieselbach, T. (Hrsg.): Unemployment and Health.
Bremen: Wissenschaftsverlag 2006

Hollstein H: Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit. In: Rehabilitationsmedizin. Ambulant – Teilstationär – Stationär. Herausgeber: Delbrück H und Haupt E, Urban & Schwarzenberg, 2. Auflage, München – Wien – Baltimore 1998

IMBA: Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt.
Hrsg.: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1996

John U, Rumpf HJ, Bischof G, Hapke U, Hanke M, Meyer C: Excess Mortality of Alcohol-Dependent Individuals After 14 Years and Mortality Predictors Based on Treatment Participation and Severity of Alcohol Dependence.
In: Alcoholism Clinical & Experimental Research. Volume 37, Issue 1, January 2013, 156–163

MELBA: Erstellung eines Merkmalkatalogs als Voraussetzung für die Entwicklung eines Verfahrens zur behinderungsbezogenen Beschreibung von Arbeitsanforderungen und -fähigkeiten. Psychologische Merkmalprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit – IMBA. Forschungsbericht Nr. 212.
Hrsg.: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1991

Meerkerk GJ, Van Den Eijnden RJJM, Vermulst AA, and Garretsen HFL: The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): Some Psychometric Properties
CyberPsychology & Behavior. February 2009, 12(1): 1–6.

Meyer C (2011): Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung. Greifswald. Lübeck.
www.gluecksspielsucht-nrw.de/pdf/PAGE_Kurzbericht_2.pdf

Milin S, Lotzin A, Degkwitz P, Verthein U, Schäferl: Amphetamin und Methamphetamin – Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen. Hamburg 2014
www.methstudie.de/ats-bericht.pdf

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: Medikamentengestützte Rehabilitation bei i.v. Opiatabhängigen: Prognos-Abschlussbericht über das wissenschaftliche Erprobungsvorhaben. 1993

Pabst A et al. (2013): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. In: Sucht, 59(6), 321–331.

Petry J: Dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internetgebrauch, Hogrefe-Verlag, Göttingen – Bern – Toronto – Seattle 2009

Piontek D, Kraus L, Gomes de Matos E, Atzendorf J: Der Epidemiologische Suchtsurvey 2015. Sucht (2016), 62, 259–269

Rumpf HJ, Meyer C, Kreuzer A, John U (2011): Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA). www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Forschungsbericht/Studie_Praevalenz_der_Internetabhaengigkeit__PINTA_.pdf

Schaarschmidt, U: AVEM – ein persönlichkeitsdiagnostisches Instrument für die berufsbezogene Rehabilitation. In Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg.): Psychologische Diagnostik – Weichenstellung für den Reha-Verlauf. Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Bonn, 2006: 59–82

Scheller R, Keller W, Funke J, Klein M: Trierer Alkoholismusinventar (TAI) – Ein Verfahren zur Differentialdiagnostik des Alkoholismus.
In: Suchtgefahren, 30 (1984), 12–14

Schuhler P et al.: Pathologischer PC-/Internetgebrauch bei Patient/innen der stationären psychosomatischen und Suchtrehabilitation. Abschlussbericht eines zweijährigen Forschungsprojekts 2010–2012, gefördert durch die DRV Bund 2012

Sieveking C F: Sucht und suchtähnliche Erkrankungen. In: Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 7. Auflage. Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund, Springer Verlag, Berlin 2011

Sobottka B, Feindel H, Meinke A, Vogelgesang M, Fischer T: Abschlussbericht zum Forschungsprojekt: Überprüfung und Entwicklung von Messinstrumenten zum Screening und zur Verlaufsbeurteilung des Pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs, gefördert durch die DRV Bund 2016

Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. 2001

Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker (Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“) vom 4.5.2001, in Kraft getreten seit 1.7.2001 (einschließlich Anlagen 1–4)

von Dilling H, Mombour W, Schmidt M H (Herausgeber): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, Weltgesundheitsorganisation, Verlag Hans Huber, Bern – Göttingen – Toronto 1991

Wiesbeck G A, Böning J: Alkoholkrankheit aus psychiatrischer Sicht. Der Internist 36, 1996: 761–772

World Health Organization. International Classification of Functioning. Disability and Health: ICF. Genf. 2001.



Deutsche
Rentenversicherung