

Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Stoff gebundenen Abhängig- keitserkrankungen

→ **Dezernat 8023, Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen,
Medizin/Psychologie, Abteilung Rehabilitation,
Deutsche Rentenversicherung Bund, 25.03.2019**

Inhaltsverzeichnis

1. ART UND UMFANG DER LEISTUNG	4
2. ALLGEMEINE ANFORDERUNGEN	8
2.1. Qualitätsmanagement.....	8
2.1.1. Interne Qualitätssicherung (§ 20 Absatz 2 SGB IX).....	8
2.1.2. Externe Qualitätssicherung	8
2.2. Fort- und Weiterbildung	9
2.3. Arzneimittelkommission.....	9
2.4. Hygiene.....	9
2.5. EDV	9
3. INDIKATIONSSPEKTRUM	9
4. REHABILITATIONSZIELE	10
4.1. Rehabilitationsziele bezogen auf die Dimensionen „psychische Funktionen“ beziehungsweise „Körperfunktionen und Körperstrukturen“	11
4.2. Rehabilitationsziele bezogen auf die Dimension „Aktivität“	11
4.3. Rehabilitationsziele bezogen auf die Dimension „Teilhabe“	12
4.4. Rehabilitationsziele bezogen auf die Dimension „Kontextfaktoren“	12
5. THERAPIE	15
5.1. Indikationsspezifische Anforderungen an eine Rehabilitationsklinik zur Entwöhnungsrehabilitation mit 100 Behandlungsplätzen	15
5.2. Therapieleistungen	15
5.3. Apparative und räumliche Voraussetzungen.....	16
5.3.1. Apparative Ausstattung zur Diagnostik.....	16
5.3.2. Örtliche und räumliche Voraussetzungen	16
5.3.3. Beispielhafte räumliche Struktur.....	16
6. DIAGNOSTIK	17
6.1. Anforderungen an das diagnostische Vorgehen.....	17
6.1.1. Körperfunktionen und -strukturen (inkl. psychischer Befunde)	18
6.2. Medizinische Diagnostik	18
6.3. Psychodiagnostik	19
6.3.1. Suchtanamnese zu Art, Ausprägung und Funktion des Substanzgebrauchs	20
7. PERSONELLE ANFORDERUNGEN	20
7.1. Qualitative Anforderungen an das Rehabilitationsteam	20
7.2. Ärzte/Ärztinnen	20
7.2.1. Klinische Aufgaben	20
7.2.2. Ärzte/Ärztinnen als Einzel- und Gruppentherapeuten/innen	22
7.3. Diplom-/ Master Psychologen/innen.....	23
7.3.1. Diplom-/ Master Psychologen/innen im klinischen Alltag	23

7.3.2. Approbierte Psychologische Psychotherapeuten/innen als Einzel- und Gruppentherapeuten/innen.....	23
7.4. Sozialarbeiter/innen und Sozialpädagogen/innen (Diplom, MA, BA)	23
7.4.1. Sozialarbeiter/innen und Sozialpädagogen/innen im Bereich Klinische Sozialarbeit	24
7.5. Bewegungs- und Sporttherapie, gerätegestützte Trainingstherapie	24
7.5.1. Physiotherapeuten/innen	25
7.5.2. Sport- und Gymnastiklehrer/innen	25
7.6. Ergotherapie, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie	25
7.6.1. Kreativtherapie	26
7.7. Pflegekräfte	26
7.8. Ernährungsberatung	26
8. PERSONALBEMESSUNG	27
ANSPRECHPARTNER	27
LITERATUR	27

Einleitung

Für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige existiert ein breites Spektrum von kleinen, mittelgroßen und großen Rehabilitationseinrichtungen. Im Folgenden wird aufgrund verschiedener Vorgaben und Bezugsgrößen modellhaft auf Einrichtungen mit 100 Rehabilitationsplätzen eingegangen.

Die im Folgenden getroffenen Aussagen beziehen sich lediglich auf stoffgebundene Süchte. Stoffungebundene Süchte (z. B. Pathologisches Glücksspiel) werden aufgrund der noch geringen Fallzahlen in einem späteren Überarbeitungsschritt berücksichtigt.

1. Art und Umfang der Leistung

Nach dem gesetzlichen Auftrag erbringt „die Rentenversicherung [...] Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, um den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern.“ (§ 9 Sozialgesetzbuch VI).

Ausgerichtet ist die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung an den verschiedenen Dimensionen des biopsychosozialen Gesundheitsbeziehungsweise Krankheitsfolgenmodells der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wie sie in der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) konzipiert wurden. Die Erkrankung und ihre Folgesymptomatik werden als Ergebnis sich wechselseitig beeinflussender somatischer, psychischer und sozialer Einflussfaktoren verstanden. Zentraler Bestandteil der ICF sind die Kategorien funktionale Gesundheit (Funktionsfähigkeit) und Behinderung. In einer Behinderung spiegelt sich die negative Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren auf ihre Funktionsfähigkeit wider.

Die Rehabilitation findet unter der Leitung sozialmedizinisch kompetenter Ärzte/Ärztinnen statt. Für sie und alle Team-Mitglieder sind Grundlage der Behandlung die körperlichen und psychischen Einschränkungen, das Ausmaß der sozialen und beruflichen Beeinträchtigung und die daraus resultierende Gefährdung und Minderung der Erwerbsfähigkeit. Zu berücksichtigen sind auch ein gesundheitsgefährdender Lebensstil sowie eine defizitäre Krankheitsbewältigung. Aufgrund des gesetzlichen Auftrages ist die medizinische Rehabilitation im Auftrag der Rentenversicherung erwerbsorientiert. Durch den Einsatz neuer Screening- und Assessmentverfahren wie zum Beispiel Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt (IMBA), Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (MELBA), kann die Diagnostik gegebenenfalls berufsorientiert ergänzt werden. Psychosoziale Faktoren des Krankheitsgeschehens, berufliche Beanspruchung, Motivation und die Grenzen der physischen Belastbarkeit können so exakter definiert werden. Bei Rehabilitanden und Rehabilitandinnen mit erkennbar hohen Defiziten im beruflichen Bereich sind die gezielte Reintegration

am Arbeitsplatz oder eine Neuorientierung vorzubereiten. In diesem Zusammenhang ist die in den Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014 (BORA-Empfehlungen) genannte Zielgruppeneinteilung zu nennen, in der Schweregrade psychosozialer Beeinträchtigung vorgeschlagen werden.

Zur Klärung der Notwendigkeit und der Zielsetzung einer medizinischen Rehabilitation sind neben versicherungsrechtlichen auch sozialmedizinische Voraussetzungen zu prüfen:

- die Rehabilitationsbedürftigkeit,
- die Rehabilitationsfähigkeit und
- die Rehabilitationsprognose.

Die Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung Bund zur sozialmedizinischen Begutachtung bei Abhängigkeitserkrankungen (2010) führen entsprechende Kriterien an.

Die Rehabilitation für Abhängigkeitskranke ist geprägt von einem hohen Grad an Flexibilität und Individualisierung sowie konzeptionellen Weiterentwicklungen, um den Versicherten ein passgenaues Angebot nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen bieten zu können. Dieses spezifische Angebot der medizinischen Rehabilitation legt im Rahmen eines integrativen Rehabilitationskonzeptes auf psychotherapeutische Interventionen ein besonderes Gewicht. Abhängigkeitskranke mit schweren Störungen auf seelischem, körperlichem und/oder sozialem Gebiet, die sich bereits in einem weiter fortgeschrittenen Stadium der Chronifizierung befinden, sind meist nicht bereit oder in der Lage, während einer ambulanten Entwöhnung abstinent zu leben und suchtmittelfrei am ambulanten Therapieprogramm teilzunehmen. Für diesen Personenkreis kommt in erster Linie eine stationäre Rehabilitation in Betracht.

Es gibt verschiedene Zugangswege zur Rehabilitation. Voraussetzung ist immer eine Antragstellung durch den Versicherten.

Für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen gelten zur Sicherung der Rehabilitationsfähigkeit und der Motivation folgende Zugangswege:

Die Antragstellung erfolgt in der Regel nach Klärungs- und Motivationsphase in einer psychosozialen Beratungsstelle, nach ambulantem Entzug mit Hilfe eines/r niedergelassenen Arztes/Ärztin oder während/nach qualifiziertem Entzug in einem Krankenhaus. Dem Antrag beigefügt sind der ärztliche Befundbericht und der umfangreiche Sozialbericht. Außerdem besteht die Möglichkeit der Antragstellung auch auf Empfehlung von Fachärzten/-ärztinnen beziehungsweise Werks- und Betriebsärzten/-ärztinnen.

Nach § 51 SGB V werden langzeitarbeitsunfähige Patienten von der Krankenkasse aufgefordert, einen Antrag auf Rehabilitation zu stellen. Nach § 145 SGB III erfolgt die Aufforderung an arbeitsunfähige Arbeitslose, einen Antrag auf Rehabilitationsleistungen zu stellen. Auch bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung prüfen Sozialmediziner/Sozialmedizinerinnen, ob durch Rehabilitationsleistungen voraussichtlich die Minderung der Leistungsfähigkeit abgewehrt werden kann.

Im Gegensatz zu anderen Indikationen gelten für den Bereich der Entwöhnungsrehabilitation deutlich längere Bewilligungszeiten:

Im stationären Bereich werden bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit Auffangbehandlungen über sechs Wochen, Wiederholungsbehandlungen bis zu zehn Wochen, Kurzzeittherapien bis zu acht Wochen und Langzeittherapien von 12 bis zu 16 Wochen bewilligt. Für den Bereich der von illegalen Drogen Abhängigen dauern Auffangbehandlungen 10 Wochen, Wiederholungsbehandlungen bis zu 16 Wochen, Kurzzeitbehandlungen bis zu 16 Wochen und Langzeittherapien bis zu 26 Wochen.

Eine Verlängerung oder Verkürzung der stationären Rehabilitationsdauer kann bei vorliegender medizinischer Notwendigkeit und/oder ungünstiger Prognose im Rahmen der den Einrichtungen vorgegebenen Richtwerten (Zeitbudget) erfolgen, im ambulanten Bereich auf Antrag.

Ferner besteht die Möglichkeit zur kombinierten Behandlung mit ganztägig-ambulanter und/oder ambulanter medizinischer Rehabilitation (mit unterschiedlicher Dauer des stationären Moduls). Möglich sind unterschiedliche Kombinationen der einzelnen Module, bei stationärem Beginn und ambulanter Weiterführung gekennzeichnet durch eine vorab als Kombibehandlung beantragte Leistung mit entsprechender Bescheid-Erteilung für beide Rehabilitationsformen.

Der Umfang der zu erbringenden Leistungen orientiert sich unter Berücksichtigung des Grundsatzes „zum richtigen Zeitpunkt die richtige Leistung im richtigen Umfang“ am individuellen Gesundheitszustand und Rehabilitationsbedarf des Rehabilitanden/ der Rehabilitandin. Dies bezieht sich sowohl auf die Dauer als auch auf Art und Umfang der zu erbringenden therapeutischen Leistungen. Von besonderer Bedeutung für die inhaltliche Gestaltung der medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke ist die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ der Sozialversicherungsträger vom 04.05.2001 über die Zusammenarbeit der Kranken- und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung und medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Sie definiert die Behandlungsgruppengrößen und legt die an der Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen fest. Es wird von einer ganztägigen, multiprofessionell gestalteten Rehabilitation ausgegangen, so dass durchschnittlich vier bis sechs Therapieleistungen täglich erbracht werden. Die wöchentliche Therapiezeit sollte 20 bis 25 Stunden betragen. Hierin sind ärztliche, psychotherapeutische, psychosoziale, ergo- und arbeitstherapeutische Leistungen, sowohl körperlich aktivierende Elemente sowie Entspannungsverfahren und balneologisch-physikalische Leistungen enthalten. Die Kernleistungen sind unter anderem im Reha-Therapiestandard Alkoholabhängigkeit festgelegt. In der Regel sollte viermal wöchentlich Gruppenpsychotherapie erfolgen und einmal wöchentlich eine Einzelpsychotherapeutische Leistung erbracht werden. Die therapiefreie Zeit ermöglicht die Reflexion des Erlebten und bietet Gelegenheit, Erfahrenes und Gelerntes umzusetzen und die Therapieergebnisse zu erproben. Unterstützt wird dieser Prozess unter anderem durch z. B. die Kommunikation mit Mitrehabilitanden und Mitrehabilitandinnen im Gruppensetting ohne Therapeuten und Therapeutinnen oder bei gemeinsamen Freizeitaktivitäten.

Die medizinische Rehabilitation wird mit einem ärztlichen Entlassungsbericht abgeschlossen, der spätestens 14 Tage nach der Entlassung vorliegen soll. Dieser einheitlich strukturierte Bericht enthält die Diagnosen, die Dokumentation der therapeutischen Leistungen mittels KTL-Schlüsselnummern (KTL - Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, Ausgabe 2015) und die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung sowie Ausführungen zur Anamnese, Verlauf der Rehabilitation und Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen (vgl. Leitfaden zum Einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung von 2015).

Für weitergehende Angebote, unter Umständen auch berufsbegleitende Nachsorge zur Sicherung und zum Erhalt des Rehabilitationserfolges nach der stationären Rehabilitation können von den Rehabilitanden und Rehabilitandinnen unterschiedliche Leistungen in Anspruch genommen werden (ambulante Nachsorge, Adaptionsleistungen, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Selbsthilfegruppen) (Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31. Oktober 2012). Sollte nach der stationären medizinischen Rehabilitation wegen erheblicher Rückfallgefährdung bei Arbeits- und Wohnungslosigkeit eine Adaptionsbehandlung erforderlich werden, ist seitens der Einrichtung sicherzustellen, dass dieser zweite Bestandteil der medizinischen Rehabilitation sich nahtlos anschließt. Verwaltungsseitig werden Bescheide für sich aus dem Rehabilitationsprozess ergebende Adaptionsphasen oder eine sich anschließende ambulante Nachsorge patientenorientiert umgesetzt. Empfehlungen für die ambulante Nachsorge in einer psychosozialen Beratungsstelle und die weitere Therapie durch die behandelnden Ärzte/Ärztinnen und Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen am Wohnort werden gegeben. Kontakte zu Selbsthilfegruppen werden bereits während der medizinischen Rehabilitation aufgenommen. Falls erforderlich, werden auch Empfehlungen hinsichtlich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ausgesprochen.

Wesentliche Bedeutung kommt der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung während der gesamten medizinischen Rehabilitation zu. Im Reha-Entlassungsbericht muss auf der Grundlage aller während der Rehabilitationsmaßnahmen gewonnenen Informationen dargestellt werden, über welches berufliche Leistungsvermögen der Rehabilitand/ die Rehabilitandin nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation verfügt. Diese sozialmedizinische Leistungsbeurteilung umfasst:

- die Stellungnahme zum quantitativen Leistungsvermögen der Versicherten in der letzten sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit,
- die Darstellung des positiven und negativen Leistungsbildes bezogen auf die Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes,
- weitere rehabilitative Möglichkeiten, zum Beispiel Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- den Zeitpunkt und Grund des Beginns einer Leistungsminderung,
- die voraussichtliche Dauer einer Leistungsminderung.

Hier wird auf den "Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung" verwiesen.

2. Allgemeine Anforderungen

2.1. Qualitätsmanagement

2.1.1. Interne Qualitätssicherung (§ 20 Absatz 2 SGB IX)

In jeder Rehabilitationseinrichtung wird ein indikationsspezifisches, wissenschaftlich fundiertes Konzept gefertigt, in dem die Darstellung des dem therapeutischen Angebot zugrunde liegenden Krankheitsverständnisses erfolgt und das Angaben zu Therapieangeboten, Therapiezielen und der Qualifikation des medizinischen und therapeutischen Personals enthält.

Die Therapiekonzepte sind regelmäßig zu aktualisieren und dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand anzupassen. Sie sollen erkrankungs- und störungsspezifisch aufgebaut sein und Angaben zu den angewandten therapeutischen Maßnahmen enthalten. Grundsätzlich sind die Konzepte und deren Ergänzungen mit dem federführenden Träger abzustimmen.

Vergleichbare inhaltliche Standards schlagen sich in den individuellen Therapieplänen nieder, wobei dem besonderen Rehabilitationsbedarf Rechnung getragen wird.

Regelmäßige Fall- und Teambesprechungen sowie interne und externe Supervision gehören zum Qualitätsstandard.

Interne Rehabilitandenfragebögen zur Rehabilitandenzufriedenheit und des vom Rehabilitanden/ der Rehabilitandin wahrgenommenen Behandlungserfolges erfassen auch hauseigene Daten für das interne Qualitätsmanagement.

2.1.2. Externe Qualitätssicherung

Rehabilitationseinrichtungen, die hauptsächlich von einem Rentenversicherungsträger belegt werden, nehmen am Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger teil und erhalten in regelmäßigen Berichten Auswertungen der Rehabilitandenbefragung und des Peer-Review-Verfahrens, sowie darüber hinaus Auswertungen aus Entlassungsberichten zu den therapeutischen Leistungen und zur Erfüllung der Reha-Therapiestandards. Diese Informationen können auch als Grundlage für das interne Qualitätsmanagement dienen.

Die nach standardisierten Verfahren durchgeführten Visitationen der Deutschen Rentenversicherung knüpfen an die Auswertungen des externen Qualitätssicherungsprogramms an und dokumentieren den aktuellen Qualitätsstandard vor Ort. Die Rehabilitationseinrichtungen erhalten unmittelbare Rückmeldung, verbunden mit einer Beratung zur Qualitätsoptimierung. Regelmäßig sind Personalstandmeldungen mit Angaben zu Anzahl und Qualifikation des medizinischen und therapeutischen Personals dem Rentenversicherungsträger zur Prüfung einzureichen.

2.2. Fort- und Weiterbildung

Zusätzlich zu den regelmäßigen Teambesprechungen mit Abteilungs- und Teamleiter/ Teamleiterinnen und ihren Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen werden Fort- und Weiterbildung erwartet.

Der Schulungs- und Fortbildungsbedarf der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen muss von der Einrichtungsleitung regelmäßig ermittelt werden. Den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen ist angemessene Gelegenheit zu externer Fort- und Weiterbildung zu geben, um dem aktuellen Standard wissenschaftlich fundierter Rehabilitation Abhängigkeitskranker zu entsprechen.

Erste-Hilfe- und Notfallübungen sind mindestens zweimal jährlich durchzuführen.

2.3. Arzneimittelkommission

Ein regelmäßiger fachlicher Austausch zwischen Ärzten/Ärztinnen und Apothekern/Apothekerinnen ist im Rahmen einer Arzneimittelkommission durchzuführen. Es ist sicherzustellen, dass eine außerhalb der Rehabilitationseinrichtung begonnene notwendige medikamentöse Therapie während der Rehabilitation fortgeführt werden kann.

2.4. Hygiene

Nach den Richtlinien des Robert-Koch-Institutes ist eine Hygienekommission erforderlich, ein Hygieneplan muss vorliegen. Bezüglich der personellen Qualifikationen im Hinblick auf Hygienefragen gelten die Bestimmungen der regional zuständigen Aufsichtsbehörden.

2.5. EDV

Die Nutzung von elektronischer Datenverarbeitung (EDV) dient der Prozessoptimierung: Für eine zeitnahe Befund- und Entlassungsberichtsübermittlung, in der Kommunikation mit dem Rentenversicherungsträger, für die Belegungs- und Therapieplanung oder bei der Labordatenerfassung ist heute die elektronische Datenverarbeitung Standard.

3. Indikationsspektrum

Indikationen nach ICD 10-GM (10. Auflage der International Classification of Diseases, German Modification):

- Abhängigkeit von Alkohol (F10.2)
- Abhängigkeit von Opioiden (F11.2)
- Abhängigkeit von Cannabinoiden (F 12.2)
- Abhängigkeit von Sedativa oder Hypnotika (F13.2)
- Abhängigkeit von Kokain (F14.2)
- Abhängigkeit von anderen Stimulantien (F15.2)
- Abhängigkeit von Halluzinogenen (F16.2)
- Abhängigkeit mit multiplem Substanzgebrauch (F19.2)

Rehabilitationsrelevante Nebenindikationen:

- weitere psychische Störungen
- neuropsychiatrische Störungen
- Krankheiten des Nervensystems (Polyneuropathie, symptomatische Epilepsie)
- Krankheiten des Verdauungssystems
- Krankheiten des Atmungssystems
- Verletzungsfolgen
- Herz-Kreislauf-Krankheiten
- endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- Krankheiten des Bewegungsapparates

Kontraindikationen:

- akute Suizidalität
- floride Psychose
- gravierende hirnorganische Schädigung
- Intelligenzminderung mit gravierender Beeinträchtigung der kognitiven und emotionalen Einsicht in die eigene Abhängigkeit und der Introspektionsfähigkeit
- vorrangig akutmedizinischer Behandlungsbedarf

4. Rehabilitationsziele

Ziele der Rehabilitation Abhängigkeitskranker durch die Deutsche Rentenversicherung sind, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und/oder am Leben in der Gesellschaft durch frühzeitige Einleitung gebotener Rehabilitationsmaßnahmen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand/die Rehabilitandin soll durch die Rehabilitation (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit und bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (für seinen/ihren persönlichen Lebenskontext typisch) erachtet werden.

Ziele in diesem Sinne sind zum Beispiel

- Erreichen und Erhaltung von Abstinenz,
- Wiederherstellung und Erhaltung der Erwerbsfähigkeit,
- Behebung oder Ausgleich von körperlichen und seelischen Störungen,
- Planung und Einleitung weiterer Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben (zum Beispiel Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes),
- Maßnahmen zur Stabilisierung der erreichten Reha-Ziele (z. B. ambulante Nachsorge und/oder Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen),
- möglichst dauerhafte Erhaltung beziehungsweise Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft (siehe Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, BAR 2006).

Konkrete Rehabilitationsziele leiten sich für den betroffenen Menschen aus seinen speziellen Beeinträchtigungen ab. Dabei sind die verschiedenen Dimensionen des Krankheitsursachen und -folgenmodells zu berücksichtigen.

4.1. Rehabilitationsziele bezogen auf die Dimensionen „psychische Funktionen“ beziehungsweise „Körperfunktionen und Körperstrukturen“

Primäre psychische Beeinträchtigungen, aber auch psychische und organisch bedingte psychische Folgen der Abhängigkeitserkrankung (zum Beispiel Depression, psychotische Episoden; Konzentrationsstörungen) gehen mit unterschiedlich schweren Einschränkungen psychischer Funktionen einher.

In Abhängigkeit von den konsumierten Suchtmitteln ist mit unterschiedlichen Schädigungen auf der Ebene der Funktionen und Strukturen des menschlichen Organismus zu rechnen. Die Beeinträchtigungen können sich bei Abhängigkeitskranken aus den unmittelbaren und mittelbaren (zum Beispiel Infektionen) Schädigungen im Grunde aller Organsysteme ergeben.

Die Ziele der Rehabilitation sind ausgerichtet an den individuellen Beeinträchtigungen der Betroffenen.

Zu den Rehabilitationszielen bezogen auf die psychischen Funktionen zählen beispielsweise die Aufrechterhaltung und Stabilisierung des Abstinenzwunsches und der Befähigung hierzu, die emotionale Stabilisierung, die Verminderung von negativen Affekten wie Verzweiflung und Angst, Entwicklung von Frustrationstoleranz und Antizipationsfähigkeit, Verbesserung der Selbstwahrnehmung, Selbstakzeptanz und des Selbstwertgefühls sowie die Korrektur dysfunktionaler Kognitionsmuster. Im Hinblick auf körperliche Krankheitssymptome liegen Rehabilitationsziele in der strukturellen und funktionellen (Teil-)Wiederherstellung durch die Abstinenz vom Suchtmittel und gezielte medizinische Interventionen sowie im Erlernen eines gesünderen Lebensstils im Hinblick auf Bewegung und Ernährung.

Für psychische und körperliche Funktionsstörungen gilt gleichermaßen das Rehabilitationsziel, mögliche funktionale Aspekte von Krankheitssymptomen zu erkennen und eine Verbesserung der eigenen Kompetenz im Umgang mit Funktionsstörungen zu erreichen.

4.2. Rehabilitationsziele bezogen auf die Dimension „Aktivität“

Die durch die Abhängigkeitserkrankung bedingten Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen sowie die psychischen Primär- und Folgestörungen führen häufig zu Beeinträchtigungen auf der Ebene der Aktivitäten, insbesondere in den Bereichen interpersoneller Interaktion und Kommunikation, Umstellungsfähigkeit, psychischer und körperlicher Ausdauer und Belastbarkeit, Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens und Strategien der Krankheitsakzeptanz und -bewältigung. Die objektiv vorhandenen Einschränkungen werden modifiziert durch die subjektiven Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit, Fähigkeiten und Schwierigkeiten.

Die Ziele der Rehabilitation sind in erster Linie auf die Abwendung, Beseitigung, Minderung, Verhütung der Verschlimmerung oder Milderung der Folgen einer Abhängigkeitserkrankung gerichtet. Der Zunahme einer Beeinträchtigung der Aktivitäten soll entgegengewirkt werden.

Ziele können sein:

- Aktivierung von wesentlichen sozialen Beziehungen,
- (Wieder-)Erleben von Interesse und Neugier,
- Verbesserung der komplexen Aufgabenbewältigung am Arbeitsplatz (zum Beispiel Steigerung der Ausdauer, Umgang mit Stress, Zeitdruck, Publikumsverkehr, Verantwortung, Schichtarbeit),
- Verhütung der Gefährdung oder Zerstörung wesentlicher sozialer Beziehungen einschließlich derer am Arbeitsplatz durch unangemessenes und/oder aggressives Verhalten,
- Verbesserung/Erhalt der Selbständigkeit und Selbstversorgung (zum Beispiel Körperpflege, Haushaltsführung, Einkauf, Nahrungszubereitung und -aufnahme),
- Vermeidung/Beseitigung/Verminderung von Beeinträchtigungen des täglichen Lebens,
- Optimierung der Krankheitsbewältigung (Coping),
- Verbesserung der Fähigkeit zur Freizeitgestaltung/zu sportlichen Aktivitäten.

4.3. Rehabilitationsziele bezogen auf die Dimension „Teilhabe“

Beeinträchtigungen der Teilhabe können aus den Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen, aus den eingeschränkten psychischen Funktionen sowie den Beeinträchtigungen der Aktivitäten resultieren. Die Teilhabe betrifft Fragen der Eingliederung, des Einbezogeneins oder der Beteiligung an Lebensbereichen, selbstbestimmten Handelns oder Anerkennung durch Andere. Die Ziele der Rehabilitation sind folglich gerichtet auf eine Verbesserung der Lebensqualität und Teilhabe in bedeutenden Lebensbereichen, zum Beispiel im Bereich:

- von Arbeit und Beschäftigung,
- der physischen/psychischen Unabhängigkeit,
- der Selbstversorgung,
- des häuslichen Lebens (zum Beispiel Haushaltsführung),
- des sozialen Lebens (zum Beispiel Freizeitaktivitäten, ehrenamtliche Tätigkeiten),
- der sozialen Integration/Reintegration (zum Beispiel ins Erwerbsleben),
- der sozialen Kompetenz,
- der Mobilität (Benutzung von Verkehrsmitteln).

4.4. Rehabilitationsziele bezogen auf die Dimension „Kontextfaktoren“

Diese zuvor beschriebenen Ebenen sind nicht unabhängig voneinander, sondern stehen entsprechend dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell in einer komplexen Wechselbeziehung. Dabei hängen Art und Ausmaß der aus den Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen) resultierenden Beeinträchtigungen der Teilhabe vom Krankheitsverarbeitungsprozess ab. Dieser wiederum wird durch unterschiedlich wirkende Kontextfaktoren beeinflusst.

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie dienen der Beschreibung von Rahmenbedingungen, die die gesellschaftliche Teilhabe

eines Menschen fördern oder behindern. Als Umwelt- und personbezogene Faktoren eines Menschen stehen die Kontextfaktoren in Wechselwirkung mit den anderen Komponenten der ICF wie Körperfunktionen/-strukturen und psychische Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe.

Umweltfaktoren beziehen sich auf die materielle und soziale Umwelt, in der die Menschen ihr Leben gestalten. Sie umfassen auch die individuellen und gesellschaftlichen Wertvorstellungen hinsichtlich Gesundheit, Krankheit und Leistungsfähigkeit.

Kontextfaktoren können sowohl einen positiven als auch einen negativen Einfluss auf die Komponenten der funktionalen Gesundheit des Rehabilitanden/ der Rehabilitandin haben. Positiv und negativ wirkende Kontextfaktoren sind bei der Indikationsstellung für die medizinische Rehabilitation, bei deren Durchführung und bei der sozialmedizinischen Beurteilung zu berücksichtigen. Auf diese Weise werden die individuelle Lebenssituation und der Bewältigungsstil der Rehabilitanden/Rehabilitandinnen sowie die Einflussmöglichkeiten auf das soziale Netzwerk und die sozialen Unterstützungsformen (Social Support) einbezogen.

Personbezogene Faktoren sind die Attribute oder Eigenschaften der Person, zum Beispiel Alter, Geschlecht, Bildung/Ausbildung, Erfahrung, Persönlichkeit/Charakter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, Beruf sowie persönlicher Erfahrungshintergrund.

Kontextfaktoren beeinflussen nicht nur den Rehabilitationsverlauf, sondern sind auch von Bedeutung für den weiteren Umgang des Rehabilitanden/ der Rehabilitandin mit seiner/ ihrer Krankheit/Behinderung und seiner/ ihrer Lebensgestaltung. Für den Prozess der Rehabilitation ist daher von wesentlicher Bedeutung, zu Beginn die individuelle Lebenssituation des Rehabilitanden/ der Rehabilitandin - das heißt die Kontextfaktoren mit ihren hemmenden und fördernden Einflüssen - zu erfassen, damit sie in die Rehabilitationsplanung und -zielsetzung einbezogen werden kann.

Als Kontextfaktoren für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung sind zu nennen:

- (Nicht-)Vorhandensein persönlicher Unterstützung und tragfähiger Beziehungen (zum Beispiel Familienmitglieder, Freunde/Freundinnen, Bekannte, Kollegen/Kolleginnen, professionelle Helfer/innen, Selbsthilfegruppen),
- die individuelle Arbeitssituation,
- Zugangs- und Nutzungsmöglichkeit sozialer Einrichtungen,
- sozioökonomische Sicherheit beziehungsweise Unsicherheit,
- die soziokulturellen Strukturen (zum Beispiel Familie, Verwandtschaft, Gemeinschaften),
- die persönliche Umwelt (zum Beispiel Gestaltung der Wohnung),
- Einstellungen und Wertesysteme (zum Beispiel Religiosität).

Im Rehabilitationsprozess kann die rehabilitationsfördernde Wirkung positiver Kontextfaktoren genutzt werden (Ressourcenkonzept der Rehabilitation). Umgekehrt ergibt sich damit auch die Möglichkeit, negativ wirkenden Kontextfaktoren (wie zum

Beispiel dysfunktionale Beziehungsstrukturen, weitere psychiatrische Erkrankungen, Übergewicht, Rauchen), mit denen oft auch Gesundheits- oder Krankheitsrisiken verbunden sind, entgegenzuwirken.

So können zum Beispiel Gespräche mit den Angehörigen, dem Arbeitgeber, Arbeitsplatzbegehungen oder Wohnraumbesichtigungen erforderlich sein, mit dem Ziel, die Umweltbedingungen an verbleibende Beeinträchtigungen der Aktivitäten des/der Rehabilitanden/in anzupassen (Adaptation), zum Beispiel durch:

- Planung und Einleitung weiterer Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben (zum Beispiel Arbeitsplatzanpassung, Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, betriebliche Suchthilfe),
- Einleitung der ambulanten Nachsorge,
- Kontaktaufnahme mit Selbsthilfegruppen (für Rehabilitand/in und Angehörige),
- Anleitung zu Stressabbau/Stressbewältigung,
- Einleitung einer adäquaten medizinischen/psychotherapeutischen Weiterbehandlung,
- Anleitung zur gesundheitsbewussten Ernährung und Motivation zur Lebensstiländerung, einschließlich Abbau von Risikoverhalten,
- Anleitung zur Verhinderung beziehungsweise Beseitigung von Bewegungsmangel,
- Hilfe bei der Erarbeitung von Bewältigungsstrategien,
- Unterstützung bei Sport- und Freizeitaktivitäten,
- Gestaltung der häuslichen Umgebung.

Den Rehabilitanden und Rehabilitandinnen muss die Möglichkeit eröffnet werden, negativ wirkende Kontextfaktoren zu erkennen, zu vermeiden und gegebenenfalls zu beseitigen. Der gesamte Rehabilitationsprozess trägt dazu bei, positive Ressourcen zu nutzen, Krankheitsauswirkungen sukzessive zu akzeptieren (Coping) und negative Kontextfaktoren hinsichtlich ihrer Wirkung zu minimieren.

Rehabilitationsziele in diesem Sinne sind:

- Besserung des Informationsstandes über die Krankheit,
- Entwicklung von Strategien zur Vermeidung von Rückfällen,
- Reduzierung von Risikoverhalten (zum Beispiel körperliche und psychische Überforderung, inadäquates Freizeitverhalten, Rauchen, Fehlernährung, Bewegungsmangel),
- Erlernen und Anwendung von Entspannungstechniken,
- Schulung der Körperwahrnehmung.

5. Therapie

5.1. Indikationsspezifische Anforderungen an eine Rehabilitationsklinik zur Entwöhnungsrehabilitation mit 100 Behandlungsplätzen

Die Anforderungen an eine stationäre Rehabilitationseinrichtung für Abhängigkeitskranke sind geprägt von dem aktuellen Erkenntnisstand der Rehabilitationsforschung bezüglich einer qualitativ und quantitativ optimalen Therapiedichte. Die dafür notwendigen Gegebenheiten sind so vorzuhalten, dass ein strukturell und inhaltlich koordinierter Rehabilitationsverlauf für jeden Rehabilitanden/ jede Rehabilitandin gewährleistet ist. Hierbei ist die von Flexibilität und Dynamisierung geprägte Weiterentwicklung der konzeptionellen Inhalte zu berücksichtigen. Die strukturellen Voraussetzungen hierfür sind in den Rehabilitationskliniken auf der Ebene der Leistungsinhalte und der örtlichen und räumlichen Voraussetzungen ebenso wie in der qualitativen und quantitativen Personalstruktur notwendigerweise nach aktuellem Erkenntnisstand vorzuhalten und weiterzuentwickeln.

5.2. Therapieleistungen

Therapien, die über die ärztliche Behandlung und die pflegerische Versorgung hinausgehen, sind im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherung in der von der Deutschen Rentenversicherung Bund erarbeiteten Klassifikation der therapeutischen Leistungen (KTL) beschrieben. Sie enthält Angaben zu Indikationsstellung, Berufsgruppen der Therapeuten und Therapeutinnen, Dauer, Frequenz, Gruppenstärke und Mindestanforderungen an Raum und Geräte.

In den Reha-Therapiestandards für Alkoholkrankungen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2016) werden die therapeutischen Mindestanforderungen dargestellt.

Alle erbrachten therapeutischen Leistungen sind im Entlassungsbericht nach KTL zu verschlüsseln.

Gesundheitstraining findet in Form von Vorträgen, Schulungen, Seminaren täglich statt. Allgemein anerkanntes Ziel ist es, während einer Rehabilitationsmaßnahme die Kompetenz der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen im Umgang mit ihren Krankheiten beziehungsweise Behinderungen zu erhalten und eine Korrektur im Umgang mit Risikofaktoren einzuleiten. Dazu gehören Informationen zur Entstehung und zum Verlauf von Krankheiten, zur gesunden Ernährung, zu den Prinzipien angemessener Bewegung und Freizeitgestaltung, Seminare zur Raucherentwöhnung, zur Stressbewältigung, Anleitung zum selbständigen Üben von Entspannungsverfahren, zum Gebrauch von Blutdruckmessgeräten und zur Blutzuckerkontrolle ebenso wie die Rückenschule und Übungen in der Lehrküche.

Anstöße zum Umdenken werden von allen Berufsgruppen gegeben.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat zu unterschiedlichen Themen Gesundheitstrainingsprogramme entwickelt, die allen Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung gestellt werden, so dass das jeweilige therapeutische Programm auch in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker auf deren individuelle Bedürfnisse angepasst werden kann.

Durch den Einsatz moderner Medien werden Attraktivität und Effektivität dieser Veranstaltungen erhöht. Zu denken ist dabei auch an Schulungen, um gesundheitsrelevante Informationen aus dem Internet kritisch zu nutzen.

5.3. Apparative und räumliche Voraussetzungen

5.3.1. Apparative Ausstattung zur Diagnostik

Mindestausstattung

Notfallausstattung:

- Notfallkoffer und Sauerstoff-Flasche,
- Defibrillator.

Weitere Grundausrüstung

- Ruhe-EKG (Elektrokardiogramm),
- Spirometrie,
- Labor (inclusive Alco-Test, Drogenscreening, Enzymdiagnostik).

Zusätzliche Qualitätsmerkmale:

- Zusatzdiagnostik wird durch entsprechende Kooperationspartner ermöglicht.

5.3.2. Örtliche und räumliche Voraussetzungen

Eine gute Verkehrsanbindung oder ein Fahrdienst sind erforderlich. Die Rehabilitationseinrichtung sollte möglichst auch für Rehabilitation im ganztägig-ambulanten Modus geeignet sein. Die Lage sollte die Vernetzung mit anderen Angebotsformen des Suchthilfesystems nicht beeinträchtigen.

Barrierefreiheit im Sinne des § 19 SGB IX wird vorausgesetzt.

Insbesondere sind rollstuhlgerechte Zimmer mit rollstuhlgerechten Nasszellen in ausreichender Anzahl vorzuhalten.

5.3.3. Beispielhafte räumliche Struktur

Eine multifunktionale Nutzung einiger Räume ist dabei denkbar.

- Doppelzimmer und Einzelzimmer in erforderlicher Zahl, mit Nasszellen, davon auch behindertengerechte Einzelzimmer,
- ein Überwachungsraum für Notfälle mit der Möglichkeit zur Reanimation und Überwachung,
- Raum für Injektionen und Labordiagnostik sowie Wundversorgung,
- Vortragssaal,
- Seminar- beziehungsweise Gruppenräume für Gruppentherapie und Entspannungstraining (ausreichend schallgeschützt),
- Räume für Einzelkrankengymnastik,
- Räume für Gruppengymnastik, Rücken- und Gelenkschulung,
- Räume für gerätegestützte medizinische Trainingstherapie (MTT),
- Räume für Belastungserprobung und Arbeitsplatzberatung,
- behindertengerechte Toiletten im Therapiebereich,

- Räume für physikalische Therapie,
- Räume für Ergotherapie,
- Räume für psychotherapeutische Einzelgespräche und psychologische Diagnostik (ausreichend schallgeschützt),
- Räume für Sozialarbeiter/innen und Reha-Fachberater/innen,
- Raum für Diätassistent/in und Lehrküche,
- Ruheräume für Rehabilitanden/Rehabilitandinnen aus dem ganztägig ambulanten Behandlungssetting,
- Speisesaal,
- Notrufanlage,
- Arbeitszimmer (Ärzte/Ärztinnen, Psychologen/innen, Therapeuten/innen),
- Raum für Therapieplanung,
- Gemeinschaftsräume für die Freizeitgestaltung der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen,
- Möglichkeiten für Sport und Bewegungstherapie im Freien,
- PC-Raum mit Internet-Zugang.

6. Diagnostik

Vor Bewilligung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation muss die Indikation dazu durch entsprechende Diagnostik gestellt sein. Die krankheitsbezogene Diagnostik/Differenzialdiagnostik der Grunderkrankung einschließlich vorliegender Begleiterkrankungen sollte vor der Rehabilitation abgeschlossen sein.

Nur in der Zusammenschau aller Befunde und Untersuchungsergebnisse unter den in Kapitel 4 dargestellten Gesichtspunkten von Struktur/Funktion, Aktivität und Teilhabe ermöglicht die Erstellung eines individuellen Rehabilitationsplanes mit Festlegung der Rehabilitationsziele und der therapeutischen Mittel zur Erreichung dieser Ziele und längerfristigen Aufrechterhaltung des Erreichten (Nachhaltigkeit).

6.1. Anforderungen an das diagnostische Vorgehen

Ein wesentliches Merkmal und Voraussetzung für eine integrierte medizinische Rehabilitation ist die Zusammenschau aller diagnostischen Ergebnisse der beteiligten Berufsgruppen. Sie muss daher in Form regelmäßiger Teambesprechungen institutionalisiert sein und liegt in der Verantwortung der ärztlichen Leitung. Diese Zusammenschau ermöglicht eine kontinuierliche Überprüfung und gegebenenfalls auch Korrektur der Rehabilitationsziele und des Rehabilitationsplanes insbesondere auch im Hinblick auf sozialmedizinische Problemstellungen. Sie ist eine Voraussetzung für die sozialmedizinische Beurteilung. In diesen Prozess ist der Rehabilitand/ die Rehabilitandin einzubeziehen. Die Bedeutung der diagnostischen Erkenntnisse der verschiedenen Berufsgruppen für Therapieplanung und -gestaltung und für die sozialmedizinische Würdigung muss aus der Dokumentation im ärztlichen Entlassungsbericht zu erkennen sein.

Die Diagnostik und Analyse der berufs- beziehungsweise arbeitsplatzbezogenen Probleme ist ein besonderer Schwerpunkt der Rehabilitation der Rentenversicherung und kann nur in der Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen (siehe

unter 5.1) geleistet werden. Bei einer eventuell erforderlichen Belastungserprobung ist eine detaillierte Anamnese und Befunderhebung aus der Berufs- und Arbeitswelt eines Rehabilitanden/ einer Rehabilitandin erforderlich, aus der sich das „Erprobungsdesign“ ergibt, das auch sorgfältig dokumentiert werden muss. Rehabilitationsfachberater/innen der Leistungsträger sind bei Bedarf einzubeziehen.

6.1.1. Körperfunktionen und -strukturen (inkl. psychischer Befunde)

In Anlehnung an die ressourcenorientierten Klassifikationssysteme (insbesondere die ICF) sind spezifische rehabilitationsdiagnostische Befunde zu erheben (siehe Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, BAR Mai 2004), wobei Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen (einschließlich psychischer Funktionen) unter anderem in folgenden Bereichen zu berücksichtigen sind:

- Dimensionen der Persönlichkeit (zum Beispiel mangelnde psychische Stabilität, gestörtes Vertrauen),
- Emotionale Funktionen (zum Beispiel Störung der affektiven Kontrolle, depressive Verstimmung),
- Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (zum Beispiel mangelnde Impulskontrolle),
- Funktionen der Selbstwahrnehmung (zum Beispiel Störung des Körperbildes, mangelnde Selbstakzeptanz),
- Höhere kognitive Leistungen (zum Beispiel Störungen des Einsichtsvermögens; Störung des Zeitmanagements),
- Denkfunktionen (zum Beispiel Zwangsgedanken und Aufmerksamkeitsfunktionen, Konzentrationsstörungen),
- Körperfunktionen (zum Beispiel als Somatisierungsstörung oder als primär somatische Störung),
- Schlaffunktionen (zum Beispiel gestörter Schlafrhythmus),
- Psychomotorische Funktionen.

6.2. Medizinische Diagnostik

Trotz erforderlicher abgeschlossener Diagnostik vor Indikationsstellung zur Rehabilitation sind häufig Verlaufskontrollen unter anhaltender Abstinenz erforderlich. Dies bezieht sich auf die Kontrolle von Laborwerten und auf die sonografische Untersuchung des Abdomens (ggfs. in Kooperation). Darüber hinaus sind die Möglichkeiten zur laborchemischen Abstinenzkontrolle vorzuhalten.

Die medizinische Diagnostik dient dazu, zu Beginn der Rehabilitation den Rehabilitationsplan in Bezug auf indikative Therapiemodule und Behandlungen aus dem physiotherapeutischen und Ernährungsberatungsbereich festzulegen und am Ende der Rehabilitation das Erreichen des Rehabilitationszieles in Bezug auf spezifische körperliche Funktionsstörungen zu prüfen und etwaige negative Auswirkungen auf das Leistungsbild festzustellen.

Wegen der oft unzulänglichen Fähigkeit Abhängigkeitskranker zur Selbstfürsorge stellt sich gehäuft erst während der Rehabilitation die Erforderlichkeit spezifischer

medizinischer Untersuchungen heraus. Sollte der Aufschub entsprechender Diagnostik nicht möglich sein, ohne den Rehabilitationsprozess zu gefährden, ist eine Kooperation mit Ärzten anderer Fachdisziplinen zu gewährleisten.

6.3. Psychodiagnostik

Die Psychodiagnostik soll – wie die organmedizinische Diagnostik – dazu beitragen, bei Rehabilitanden und Rehabilitandinnen auf der Basis objektivierter Befunde die Rehabilitationsziele zu definieren, den Rehabilitationsplan zu erstellen und die sozialmedizinische Beurteilung in der psychosozialen Dimension abzusichern. Hierzu stehen unterschiedliche Verfahren zur Verfügung, die in der Anwendung von den beiden psychotherapeutisch tätigen Berufsgruppen (Ärzte/Ärztinnen, approbierte psychologische Psychotherapeuten/ Psychotherapeutinnen beziehungsweise Diplom-/ Master Psychologen/Psychologinnen in fortgeschrittener Weiterbildung) genutzt werden. Die Psychodiagnostik soll helfen, psychische beziehungsweise psychopathologische Befunde zu quantifizieren und damit einer vergleichenden Dokumentation zugänglich zu machen. Dabei soll sie sich auf die rehabilitationsrelevanten Symptome und Dimensionen der Persönlichkeit, des Erlebens und Verhaltens beschränken, die Anlass der Rehabilitationsmaßnahme sind oder in einem unmittelbaren Zusammenhang dazu gesehen werden.

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass Versicherte nur in Abstimmung mit der Rentenversicherung in wissenschaftliche Studien einbezogen werden dürfen (www.deutsche-rentenversicherung.de; Pfad: Sozialmedizin & Forschung / Reha-Wissenschaften / Forschungsförderung / Einbezug von Versicherten).

Hierbei müssen im Interesse der Rehabilitanden/Rehabilitandinnen ein möglichst reibungsloser Ablauf der Rehabilitation und das angestrebte Rehabilitationsziel im Vordergrund stehen. Erhebungen zu wissenschaftlichen Zwecken dürfen nicht belastend sein. Die Ergebnisse und Relevanz für die Rehabilitationsplanung müssen im Entlassungsbericht nachvollziehbar dokumentiert werden.

Eingesetzte Psychodiagnostische Instrumente und Techniken sind neben den psychometrischen Verfahren:

- Die tiefenpsychologische Exploration: Erhebung einer biographischen Anamnese unter neurosenpsychologischen beziehungsweise psychodynamischen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung.
- Die Nutzung der Gegenübertragung als Diagnostikum: Die Gesamtheit aller emotionalen Wahrnehmungen der Therapeuten/Therapeutinnen und des therapeutischen Teams bezogen auf Rehabilitanden/Rehabilitandinnen. Bei qualifizierter Supervision lässt sich die Gegenübertragung als diagnostisches Instrument einsetzen.
- Operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD).
- Die Verhaltens- und Bedingungsanalyse: Erhebung der störungsspezifischen Anamnese unter lerntheoretischen Gesichtspunkten.
- Die Verhaltensbeobachtung im Rahmen der Verhaltenstherapie.
- Die Verlaufsbeobachtung.

6.3.1. Suchtanamnese zu Art, Ausprägung und Funktion des Substanzgebrauchs

In der Regel wird im Rahmen der Antragstellung durch die vorbetreuenden Mitarbeiter der Beratungsstellen oder durch den Sozialdienst der Akutkrankenhäuser eine ausführliche Suchtanamnese erhoben, die im Sozialbericht dokumentiert wird.

Diese Daten, die Zuordnung zur jeweiligen Lebenssituation und die entsprechende Erhebung medizinischer anamnestischer Daten und Befunde müssen seitens der Rehabilitationsärzte/innen abgeglichen und ergänzt werden. Die psychodiagnostischen Befunde (siehe 6.2) werden gleichfalls mit den Angaben zur Entwicklung der Abhängigkeitserkrankung in Beziehung gesetzt.

7. Personelle Anforderungen

7.1. Qualitative Anforderungen an das Rehabilitationsteam

Für die Entwöhnungsrehabilitation sind Berufsgruppen, Zahl und spezifische Qualifikation der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Rehabilitationsteams in der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04. Mai 2001 orientierend festgelegt.

Die Mitarbeiter/innen insbesondere für den Bereich Sucht- und Psychotherapie müssen eine geeignete Weiterbildung auf psychotherapeutischer Grundlage haben. Als Weiterbildung kommen grundsätzlich in Betracht:

- für Ärzte/innen der Erwerb einer von der Ärztekammer anerkannten psychotherapeutischen Weiterbildung oder einer tätigkeitsfeldspezifischen, das heißt auf die Indikation Sucht bezogenen Weiterbildungsganges auf psychotherapeutischer Grundlage,
- für Diplom- bzw. Master Psychologen/innen die abgeschlossene Weiterbildung zum/zur approbierten psychologischen Psychotherapeuten/in nach dem Psychotherapeutengesetz oder eine tätigkeitsfeldspezifische, das heißt auf die Indikation Sucht bezogene Weiterbildung auf psychotherapeutischer Grundlage, die vom Grundsatz- und Querschnittsbereich der DRV zur Anerkennung empfohlen ist,
- für Diplom- bzw. Master Sozialarbeiter/innen/Sozialpädagogen/innen eine tätigkeitsfeldspezifische, das heißt auf die Indikation Sucht bezogene Weiterbildung, die vom Grundsatz- und Querschnittsbereich der DRV zur Anerkennung empfohlen ist.

7.2. Ärzte/Ärztinnen

7.2.1. Klinische Aufgaben

Die Leitende Ärztin/der Leitende Arzt trägt die Verantwortung für die gesamte Rehabilitation. Für die Leitung einer Rehabilitationseinrichtung für Abhängigkeitskranke wird die Facharztanerkennung für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie, psychotherapeutische Medizin oder in einem für die Rehabilitation relevanten Fach mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie sowie Leitungs- und Rehabilitationserfahrung vorausgesetzt. Suchtspezifische Berufserfahrung wird erwartet. Die Zusatzbezeichnungen Sozialmedizin und gegebenenfalls Rehabilitationswesen sind grundsätzlich Voraussetzungen. Bei

Fehlen der formalen Qualifikation muss die inhaltliche sozialmedizinische Kompetenz deutlich werden und die formale Qualifikation sollte schnellstmöglich (maximal in zwei Jahren) erworben werden. In Einrichtungen der abstinenzorientierten Rehabilitation Drogenabhängiger, in denen übergangsweise Substitutionsmittel verabreicht werden, ist die Weiterbildung in Suchtmedizinischer Grundversorgung gemäß Curriculum der Bundesärztekammer erforderlich.

Die ärztliche Leitung koordiniert und verantwortet Diagnostik, Therapieplanung und Gestaltung, Fort- und Weiterbildung und steht für die Kompetenz und interdisziplinäre Zusammenarbeit des multiprofessionellen Teams, das sich aus Ärzten/Ärztinnen, approbierten psychologischen Psychotherapeuten/innen, Diplom- oder Master Psychologen/innen, Diplom-Sozialarbeiter/innen, Pflegekräften, Physio- und Bewegungstherapeuten/innen, Sporttherapeuten/innen, Ergo- und Kreativtherapeuten/innen und Diätassistenten/innen/Ökotrophologen/innen zusammensetzt.

Hierzu gehören unter anderem Einbezug in die Patientenversorgung, regelmäßige Visiten, Leitung von Fallbesprechungen und -vorstellungen, Verantwortung für Dokumentation und Inhalte sowie zeitgerechte Erstellung der Entlassungsberichte.

Organisation und Teilnahme an internen und externen Qualitätssicherungsmaßnahmen, regelmäßige Fort- und Weiterbildung und Evaluation der Rehabilitationsergebnisse sind wesentliche Aufgaben der ärztlichen Leitung.

Die psychiatrische und psychotherapeutische Kompetenz im Leitungsteam ist sicherzustellen. Ein ärztlicher Bereitschaftsdienst ist grundsätzlich erforderlich, Rufbereitschaft eines Facharztes ist Voraussetzung.

Wöchentlich ist für alle Rehabilitanden und Rehabilitandinnen zumindest eine Facharztvisite durchzuführen, in der die ärztliche Untersuchung, Diagnosestellung, sozialmedizinische Beurteilung und der Therapieverlauf überwacht und der psychotherapeutische Prozess berücksichtigt werden.

Für Rehabilitanden/Rehabilitandinnen und deren Angehörige werden Veranstaltungen zu Rehabilitationsplänen und -zielen, Krankheitsentstehung, Krankheitsbewältigung und gesundheitsbildenden Maßnahmen angeboten. Dabei sollen Konzeption und Durchführung des Gesundheitstrainings interdisziplinär gestaltet sein. Um den Rehabilitanden und Rehabilitandinnen die Bedeutung des Gesundheitstrainings aufzuzeigen, ist die aktive Mitwirkung des Leitenden Arztes/der Leitenden Ärztin und der Oberärzte/innen an der praktischen Durchführung erforderlich.

Die Dokumentation der Befunde, des Behandlungsverlaufes, der sozialmedizinischen Daten und die zeitnahe Erstellung der Entlassungsberichte müssen sichergestellt sein.

Die ärztliche Leitung ist in die Öffentlichkeitsarbeit eingebunden und pflegt regelmäßige Kontakte mit zuweisenden Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen, den Leistungsträgern, wissenschaftlichen Institutionen und Universitäten sowie Selbsthilfegruppen und Krankenkassen.

Oberärzte/innen sind in die Organisation der verschiedenen Abteilungen der Rehabilitationsklinik einbezogen. Sie führen die speziellen diagnostischen Verfahren und die sozialmedizinischen Beurteilungen durch, leiten die Stationsärzte/innen an, führen Teambesprechungen durch, gestalten das Gesundheitstraining konzeptionell

und supervidieren es und koordinieren die Fertigung des ärztlichen Rehabilitationsentlassungsberichtes. Ein Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin ist wegen der meist vorliegenden Multimorbidität bei Abhängigkeitskranken wünschenswert. Suchtspezifische Berufserfahrung wird erwartet.

Stationsärzte/innen sind die ständigen ärztlichen Ansprechpartner für die Rehabilitanden und Rehabilitandinnen ihrer Station. Von der Aufnahme- bis zur Entlassungsuntersuchung gestalten sie den individuellen Rehabilitationsplan in enger Abstimmung mit den Einzel- und Gruppentherapeuten/innen. Die Erkenntnisse aller an der Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen über einen Rehabilitanden/eine Rehabilitandin fließen in diesen Behandlungsplan ein. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Ausbildung können sie – je nach Ausbildungsstand – als Co-Therapeuten/innen oder Gruppen- und Einzeltherapeuten/innen eingesetzt werden.

Ferner haben sie neben ihrer Aufgabe, Gesundheitszustand und Funktionsdefizite zu erfassen, insbesondere auch mit den Rehabilitanden/innen Therapieziele und Rehabilitationsverläufe abzusprechen. Durch sie werden Nachsorgepläne erstellt unter besonderer Berücksichtigung der Reintegration in das Erwerbsleben, an den bestehenden Arbeitsplatz, in die Familie und in die Gesellschaft und des Erfordernisses weiterer therapeutischer Leistungen. Hierfür sind gegebenenfalls Kontakte mit Hausärzten/innen, Betriebsärzten/innen, Personalärzten/innen und Nachsorgeeinrichtungen herzustellen. Eine Stationsvisite pro Woche sowie tägliche Sprechzeiten sind erforderlich.

Die ärztliche Diagnostik ist unabdingbar für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme unter größtmöglicher Sicherheit und für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung. Die Schwere der Erkrankungen, die daraus resultierenden Funktionsstörungen und der Umfang der Begleit- und Folgekrankheiten werden festgestellt. Unter Zuhilfenahme der vorliegenden Befunde wird der Umfang der darüber hinaus notwendigen zusätzlichen Untersuchungen in der Klinik festgelegt. Die körperliche Belastbarkeit, Stoffwechselkrankheiten, kardiopulmonale, gastroenterologische, neurologische Krankheiten und psychische Co-Morbidität müssen erfasst werden. Neben der fachärztlichen Untersuchung und Befunderhebung werden als Basisdiagnostik Elektrokardiographie (EKG) sowie die Spirometrie angesehen. Die Möglichkeit zu klinisch-chemischer Labordiagnostik (Alco-Test, Drogenscreening et cetera) und zu fachärztlichen Konsiliaruntersuchungen muss gegeben sein.

7.2.2. Ärzte/Ärztinnen als Einzel- und Gruppentherapeuten/innen

Ärzte/Ärztinnen können als Einzel- und Gruppentherapeuten/innen einen bedeutsamen Teil der Entwöhnungsrehabilitation übernehmen. Voraussetzung hierfür sind die Weiterbildung zum Arzt/Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, zum Arzt/Ärztin für psychotherapeutische Medizin, der Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse, oder eine vom Grundsatz- und Querschnittsbereich der DRV zur Anerkennung empfohlene Weiterbildung auf psychotherapeutischer Grundlage, die sich auf das Tätigkeitsfeld Sucht bezieht. Die Gewichtung und der Umfang der ärztlichen psychotherapeutischen Betreuung sind vom Klinikkonzept abhängig. Als regelmäßiges therapeutisches Angebot sind unter anderem zu erwarten:

- therapeutisches Einzelgespräch einmal wöchentlich,
- therapeutisches Gruppengespräch viermal wöchentlich.

7.3. Diplom-/ Master Psychologen/innen

Diplom- oder Master Psychologen/innen übernehmen einen für die Rehabilitation bedeutsamen Teil des rehabilitativen Prozesses. Sie bewirken einen Wandel in der Wahrnehmung und Interpretation von Erlebnissen, im Denken, Fühlen und Verhalten, wenn bewusste oder unbewusste Prozesse in diesem Bereich zu stark beeinträchtigenden Störungen geführt haben. Besondere Kenntnisse der Behandlung von Abhängigkeitskranken werden erwartet.

Zur rehabilitativen Psychologie gehören unter anderem die Bereiche:

- psychologische Diagnostik,
- psychologische Beratung.

7.3.1. Diplom-/ Master Psychologen/innen im klinischen Alltag

Die von ihnen erstellte psychologische Diagnostik ermöglicht Aussagen zur Motivation, Ausdauer und Belastbarkeit für die sozialmedizinische Beurteilung. Diplom- oder Master Psychologen/innen führen testpsychologische Verfahren nach dem aktuellen Erkenntnisstand der Wissenschaft durch. Diese sind in der Klinik vorzuhalten, anzuwenden und die Ergebnisse dem rehabilitativen Prozess zur Verfügung zu stellen.

7.3.2. Approbierte Psychologische Psychotherapeuten/innen als Einzel- und Gruppentherapeuten/innen

Approbierte Psychologische Psychotherapeuten/innen übernehmen als Einzel- und Gruppentherapeuten/innen einen bedeutsamen Teil der Entwöhnungsrehabilitation. Voraussetzung hierfür sind die Approbation als Psychologische/r Psychotherapeut/in. Wurde eine vom Grundsatz- und Querschnittsbereich der DRV zur Anerkennung empfohlene suchtttherapeutische Weiterbildung absolviert, so können auch Diplom- oder Master Psychologen/innen Gruppen- und Einzeltherapie durchführen. Die Gewichtung und der Umfang der psychologisch-psychotherapeutischen Betreuung sind vom Klinikkonzept abhängig.

Die psychologisch-psychotherapeutische Betreuung umfasst verschiedene Leistungen, die eine Rehabilitationsklinik für Abhängigkeitskranke anbieten muss.

Als regelmäßiges Angebot ist unter anderem zu erwarten:

- therapeutische Einzelgespräche (einmal wöchentlich),
- therapeutische Gruppengespräche (viermal wöchentlich).

7.4. Sozialarbeiter/innen und Sozialpädagogen/innen (Diplom, MA, BA)

In den stationären Entwöhnungseinrichtungen übernehmen Sozialarbeiter/innen/ Sozialpädagogen/innen einen für die Rehabilitation bedeutsamen Teil am rehabilitativen Prozess. Sozialarbeiter/innen/Sozialpädagogen/innen sind sowohl mit den typischen Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit als auch mit der Tätigkeit als Einzel-

und Gruppentherapeuten/innen betraut. Im letztgenannten Fall ist der Nachweis einer vom Grundsatz- und Querschnittsbereich der DRV zur Anerkennung empfohlenen suchttherapeutischen Weiterbildung nachzuweisen.

7.4.1. Sozialarbeiter/innen und Sozialpädagogen/innen im Bereich Klinische Sozialarbeit

Zu ihren Aufgaben gehört die Mitwirkung bei der psychosozialen Rehabilitationsbehandlung.

Sie leisten als klinische Sozialarbeiter/innen Beratung und Hilfestellung bei sozialen und sozialrechtlichen Problemen mit dem Ziel der Wiedereingliederung in den Beruf und das soziale Umfeld.

So vermitteln und begleiten sie nach Indikationsstellung durch die Ärzte/Ärztinnen der Rehabilitationseinrichtung externe Vorfeldmaßnahmen, um gegebenenfalls den möglichst nahtlosen Übergang in eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben nach einer vorangegangenen medizinischen Rehabilitation zu ermöglichen. Um die Entscheidungsfindung für gegebenenfalls erforderliche Leistungen zur Teilhabe am Erwerbsleben vorzubereiten und das sozialmedizinische Votum abzusichern, sollten die Vorfeldmaßnahmen bereits im Rahmen der medizinischen Rehabilitation oder spätestens im unmittelbaren Anschluss daran durchgeführt werden. Eine Kooperation ist möglich mit Betrieben der Umgebung, Berufsförderungswerken, Bildungszentren, Phase II-Einrichtungen (medizinisch-berufliche Rehabilitation), RPK-Einrichtungen (Rehabilitation Psychisch Kranker) und anderen Institutionen. Ferner fördern sie die Eingliederung des/der Versicherten in den Arbeitsprozess, zum Beispiel durch die Beschaffung einer Praktikantenstelle oder durch Hilfestellungen bei der Vermittlung eines Arbeitsplatzes. Ziel ist die möglichst schnelle Wiedereingliederung der Versicherten ins Erwerbsleben ohne eine zeitliche Verzögerung.

Nach sozialmedizinischer Indikationsstellung durch die Ärzte/Ärztinnen und in Zusammenarbeit mit den Rehabilitationsberatern/innen der Leistungsträger üben sie eine Beratungs- und gegebenenfalls Vermittlungsfunktion für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (wie zum Beispiel Hilfen zur beruflichen Reintegration) aus, um eine zeitgerechte Durchführung für die Rehabilitanden und Rehabilitandinnen zu ermöglichen, denen eine Minderung der Leistungsfähigkeit am alten Arbeitsplatz oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt leidensbedingt droht.

Ferner erfolgt sozialarbeiterische Unterstützung bei der Wiedereingliederung in das soziale Umfeld (Vermittlung professioneller Schuldnerberatung, Wohnungssuche und so weiter). Hierfür sind regelmäßige Sprechstunden vorzuhalten.

7.5. Bewegungs- und Sporttherapie, gerätegestützte Trainingstherapie

Sie erfolgt durch Physiotherapeuten/innen beziehungsweise Krankengymnasten/innen, entsprechend fortgebildete medizinische Bademeister/innen/Masseure/innen, (Diplom-) Sportlehrer/innen (letztere gegebenenfalls mit zusätzlicher Fortbildung als Sporttherapeut/in). Sie beinhaltet die rehabilitative Behandlung von begleitend aufgetretenen Erkrankungen des Bewegungsapparates. Ferner dient sie der Stabilisierung beziehungsweise Wiedererlangung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Dieses erfolgt unter anderem als Terraintraining, Frühspport in der Gruppe, Ergometer- und Sequenztraining, im Bewegungsbad, im Rahmen der Rückenschule und

der Angebote der Rektionstherapie. Sie unterstützen den psychotherapeutischen Prozess durch Stärkung sozialer Kompetenz und Verbesserung der Körperwahrnehmung zur Erlangung eines positiven Körpergefühls.

7.5.1. Physiotherapeuten/innen

Durch spezielle Techniken werden leistungsgeminderte Funktionen unter Berücksichtigung der körperlichen Belastbarkeit und des spezifischen Befundes wieder aufgebaut oder stabilisiert. Einzelkrankengymnastik kann bei entsprechender Co-Morbidität beziehungsweise Funktionseinschränkung erforderlich sein. Im Vordergrund stehen Gruppenbehandlung, Bewegungstraining, und die Motivation zum eigenständigen Üben.

7.5.2. Sport- und Gymnastiklehrer/innen

Sie führen Sport- und Bewegungstherapie durch. Ziel ist hierbei die Steigerung von Ausdauer, Koordination, Flexibilität und Kraft zur Erhaltung beziehungsweise zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit, ebenso aber die Verbesserung von Körperwahrnehmung und Gruppenfähigkeit. Insbesondere soll auch eine aktive Freizeitgestaltung geübt werden. Diesen trainierenden Maßnahmen wird ein hoher Stellenwert in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker beigemessen.

7.6. Ergotherapie, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie

Ergotherapeutische Strategien, einschließlich der Berücksichtigung neuropsychologischer Aspekte, und die jeweilige Entwicklung eines individualspezifischen medizinisch-beruflichen Behandlungsansatzes sind zentrale Elemente der medizinischen Rehabilitation im Auftrag der Rentenversicherung. Sie decken die Bandbreite zwischen Beschäftigungstherapie und beruflichen und reintegrationsbezogenen Rehabilitationsanteilen ab. Rehabilitations- und suchtspezifische Berufserfahrung wird erwartet.

Stets ist dabei die inhaltliche Verknüpfung mit den sonstigen medizinisch-psychotherapeutischen Behandlungsangeboten erforderlich, denn der Stellenwert der arbeitsweltbezogenen medizinischen Rehabilitationsanteile innerhalb der Therapie ist gleichrangig, die Teilnahme verbindlich. Inhalte, individuelle Schwierigkeiten bei der Umsetzung und Ergebnisse der tätigkeitsorientierten Ergotherapie müssen in die Gesamtrehabilitation einfließen und vom therapeutischen Team berücksichtigt werden. Es ist auf die Bedeutung arbeitsbezogener Faktoren für die Aufrechterhaltung seelischer Störungen zu achten, die eine Gefährdung der Abstinenz darstellen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit ergotherapeutischer Angebote zur Übung berufs- und alltagsrelevanter Praktiken.

Meist in Gruppen erfolgen insgesamt fünfmal wöchentlich:

- Arbeitstherapie,
- Training zur Selbstständigkeit,
- indikatives PC- und Bewerbungstraining,
- Arbeitsmöglichkeiten mit verschiedenen Werkstoffen zur Verbesserung der Koordination und Feinmotorik,
- Kreativ- und Beschäftigungstherapie - Training sinnvoller Freizeitgestaltung,
- indikatives Hirnleistungstraining.

Ferner erfolgen als Einzelanwendungen oder in Einzelbetreuung

- berufsorientierte Belastungserprobung,
- Ergotherapie auf neurophysiologischer Grundlage,
- motorisch-funktionelle Übungen.

7.6.1. Kreativtherapie

Hierbei handelt es sich um eine heterogene Gruppe von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen mit unterschiedlichen Aufgaben und unterschiedlich zu bewertenden Qualifikationen. In den Rehabilitationseinrichtungen für Entwöhnungsrehabilitation werden teilweise neben den Ergotherapeuten/innen sogenannte Kreativtherapeuten/innen (wie Kunst-, Musik-, und Tanztherapeuten/innen) eingesetzt. Den Hauptanteil stellen, im Rahmen der Beschäftigungstherapie, die Ergotherapeuten/innen.

7.7. Pflegekräfte

Die Aufgaben der Pflegekräfte in Rehabilitationseinrichtungen unterscheiden sich qualitativ und quantitativ von denen in der Akutmedizin. In der Entwöhnungsrehabilitation kommt ihnen eine besondere Funktion bei der Gestaltung des rehabilitativen Milieus zu. Besondere Kenntnisse der Behandlung von Abhängigkeitskranken werden erwartet.

Die Mitgestaltung des Gesundheitstrainings, Pflege, Pflegeplanung und Dokumentation gehören zu den Aufgaben dieser Berufsgruppe.

Insbesondere bei der Behandlung der häufig auftretenden Begleit- und Folgeerkrankungen haben die Pflegekräfte umfassende Aufgaben.

Medizinische Notfälle müssen erkannt, die medizinische Versorgung eingeleitet und die entsprechende Notfallversorgung veranlasst werden. An Teambesprechungen nehmen die Pflegekräfte regelmäßig teil.

Tägliche 24-Stunden-Anwesenheit einer examinierten Pflegekraft ist in Einrichtungen dieser Größenordnung erforderlich.

7.8. Ernährungsberatung

Bei Abhängigkeitskranken kommt es häufig zu gastrointestinalen Erkrankungen und zu Erkrankungen durch Fehlernährung. Ferner sind Adipositas, Diabetes mellitus Typ II und arterielle Gefäßerkrankungen klassische Zivilisationskrankheiten und ebenfalls überwiegend auf falsche Ernährung zurückzuführen. Gewichtsregulierung und selbstverantwortlicher Umgang mit Stoffwechselkrankheiten, Veränderung von suchtspezifischen Essgewohnheiten, erforderlichenfalls auch der Erwerb praktischer Erfahrungen in der Herstellung von Mahlzeiten unter ernährungsphysiologischen Gesichtspunkten, machen einen Teil der Therapieziele einer Entwöhnungsrehabilitation aus. Kontinuierlich werden während der gesamten Rehabilitation Fragen der gesunden Ernährung thematisiert. Diätassistenten/innen und Ökotonhologen/innen gehören daher zum Rehabilitationsteam. Sie sollen 80 % ihrer Tätigkeit im Rehabilitandenkontakt ausüben. Die Möglichkeit regelmäßiger Ernährungsberatung ist ebenso wie eine Lehrküche erforderlich.

8. Personalbemessung

Die therapeutische Gestaltung in der Entwöhnungsrehabilitation ist vorrangig von einem gruppentherapeutischen Konzept geprägt. Die Stellenplangestaltung basiert weitgehend auf den Vorgaben der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001, die unterschiedliche Gruppenstärken in der Psychotherapie für Alkohol- und Medikamentenabhängige und Abhängige von illegalen Drogen vorgibt. Wesentliche Mindestanforderungen an die Personalstärke werden auch durch die Strukturanforderungen vom Juli 2014 definiert. Spezielle Differenzierungen durch Stärkung der einen oder anderen Berufsgruppe und Verschiebung der Schwerpunkte sind denkbar und werden jeweils konzeptabhängig geprüft. Auch die ganztägig ambulante Rehabilitation ist hierbei zu berücksichtigen. Die Personalbemessung wird in Zusammenhang mit dem Therapiekonzept der Einrichtungen individuell vereinbart.

Ansprechpartner

Bitte wenden Sie sich bei Fragen zum Anforderungsprofil an den Häuserbetreuer/die Häuserbetreuerin für Ihre Reha-Einrichtung aus dem Dezernat 8023 Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen Medizin/Psychologie der DRV Bund.

Wenn Sie keine/n Häuserbetreuer/in haben, werden Ihre Fragen unter der Telefonnummer 030- 865 82091 beantwortet.

Aktualisierung des Anforderungsprofils 2017:

Dr. Bodo Liese, Dr. Dorothee Deuker

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin. 2015.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Reha-Therapiestandards. Berlin. 2016.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit. Berlin. 2016.

Deutsche Rentenversicherung Bund. Einführung in das Gesundheitstrainingsprogramm der DRV Bund. Berlin. 2018.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Curricula des Gesundheitstrainingsprogramm der DRV Bund. Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Der Ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin. 2015.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung. Berlin. 2014.

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.). Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen. Berlin. 2011.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung. 2009.

Glatz & Schian. Integration von Menschen mit Behinderung in die Arbeitswelt (IMBA). 2007. www.medizinisch-berufliche-orientierung.de (Zugriff: 12.2.2018).

Föhres et al. Merkmalsprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (MELBA). 2003. www.medizinisch-berufliche-orientierung.de (Zugriff: 12.2.2018).

Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ der Sozialversicherungsträger vom 04.05.2001.

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

Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA). Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 12, 2006.

Internet:

Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung:

www.reha-einrichtungen.de

(Pfad: Infos für Reha-Einrichtungen > Grundlagen & Anforderungen > Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation)

Tagungen und Fortbildungen der Deutschen Rentenversicherung:

www.reha-einrichtungen.de

(Pfad: Infos für Reha-Einrichtungen > Tagungen, Fort- und Weiterbildung)