

Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung zur Adaption in der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen vom 27. März 2019

1. Einleitung

Ziel von Leistungen zur Teilhabe für abhängigkeitskranke Menschen ist es, diese zur gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu befähigen.¹

Dazu gehören:

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

Die Adaption kann als letzte Phase einer stationären medizinischen Rehabilitation für abhängigkeitskranke Menschen durchgeführt werden.

Grundlagen für die Adaption sind die entsprechenden Vorschriften des SGB VI, SGB IX sowie die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001 und die „Verfahrensabsprache zur Adaptionphase bei Abhängigkeitskranken“ vom 8. März 1994.

Das Rahmenkonzept soll eine inhaltliche Einordnung der Adaption in das Leistungsspektrum der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen bieten. Zudem werden einheitliche strukturelle Anforderungen beschrieben. Grundlage für diese strukturellen Anforderungen ist einerseits eine im Jahr 2017 durchgeführte Bestandsumfrage bei allen von der Rentenversicherung federgeführten Adaptionseinrichtungen, andererseits sind für die personellen Anforderungen zusätzlich die in der Adaption zu erfüllenden Aufgaben herangezogen worden. Der Prozess der Erarbeitung des Rahmenkonzepts erfolgte im fachlichen Austausch mit den Suchtfachverbänden und Einrichtungsvertretern.

Die jeweiligen Empfehlungen für eine leitliniengerechte Behandlung sind in den Einrichtungen zu beachten.

¹ Um die Lesbarkeit des Textes zu vereinfachen, wird auf eine Differenzierung zwischen der weiblichen und männlichen Form verzichtet. Bei allen Formulierungen werden alle Menschen mit und ohne Geschlechtsbezeichnung gleichermaßen angesprochen.

Das Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung zur Adaption in der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen löst das Rahmenkonzept für die Adaptionphase vom März 1994 ab.

2. Ziele der Adaption

Die Adaption ist die letzte Phase einer stationären medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke mit einem besonderen weitergehenden Behandlungsbedarf. Sie wird in speziellen dafür ausgerichteten Adaptionseinrichtungen (externe und interne Adaption, siehe Ziffer 3) durchgeführt. Die Behandlung in der Adaption zielt insbesondere auf die Festigung der Abstinenz und die persönliche Stabilisierung bei auftretenden Krisen im (Berufs-) Alltag ab und dient somit der Erreichung der Rehabilitationsziele.

Mit Hilfe der Adaption sollen sich Rehabilitanden, die bereits lange Zeit nicht mehr oder bisher kaum am Erwerbsleben teilgenommen haben und / oder die ihren sozialen Bezugsrahmen inklusive Wohnung und Bekanntenkreis weitgehend neu aufbauen müssen, die Fähigkeiten aneignen und die Schritte erproben, die nötig sind, um Arbeit zu finden und zu halten, selbständig einen Haushalt zu führen und sich abstinenz am gesellschaftlichen Leben zu beteiligen.

Die Adaption umfasst insofern die Fortführung der medizinischen, psychotherapeutischen und suchttherapeutischen Behandlung. Im Vordergrund steht neben der medizinischen Betreuung die psychotherapeutische Aufarbeitung von Krisen, Rückfallsituationen und weiteren Problemlagen im Rahmen der Integration in den Erwerbsprozess und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Ziel ist die Erlangung der beruflichen (Re-)Integration zum Beispiel durch externe Arbeits- und Belastungserprobung, Betriebspraktika, berufliche Bildungsmaßnahmen und die Hinführung zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung.

Die Adaptionseinrichtungen erbringen somit den Transfer von therapeutischen Inhalten in die Lebenswirklichkeit. Hier bietet sich die Möglichkeit, im Bereich des beruflichen Kontexts und der sozialen Interaktion auftretende Stärken zu fördern und Schwächen therapeutisch zu bearbeiten und zu kompensieren. In der rehabilitativen Behandlung abhängigkeitskranker Menschen wirkt das therapeutische Angebot der Adaptionseinrichtung festigend auf den Behandlungserfolg und somit nachhaltig auf die berufliche (Re-)Integration.

Da die Adaptionphase einer stationären Phase nachfolgt, sind in der Regel die diagnostischen Maßnahmen und daraus resultierende Einschätzungen der Rehabilitanden bereits erfolgt. Sie sollten bei Bedarf ergänzt und der Entwicklung des Rehabilitanden angepasst werden.

Zusätzlich wird die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in der Adaption unter anderem durch Hilfen bei der Wohnungssuche und bei der Alltagsbewältigung gefördert.

3. Formen der Adaption

Die Adaption wird entweder in externen oder internen, speziell dafür ausgerichteten Adaptionseinrichtungen durchgeführt.

Die externe Adaptionseinrichtung ist eine baulich, fachlich, personell und konzeptionell eigenständige medizinische Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 38 SGB IX zu schließen ist.

Bei einer internen Adaption ist die Adaptionseinrichtung fachlich, personell und konzeptionell mit der Entwöhnungseinrichtung (Mutterhaus) verbunden. Zur Verdeutlichung des mit dem Wechsel in die Adaption verbundenen Behandlungsschwerpunkts ist eine räumliche Trennung und konzeptionelle Abgrenzung zur ersten Phase der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen erforderlich. Die Adaptionseinrichtung nimmt in erster Linie Rehabilitanden aus der Einrichtung auf, an die sie angegliedert ist. Ein gesonderter Vertrag nach § 38 SGB IX ist nicht erforderlich, die Adaption muss aber Bestandteil der Gesamtkonzeption sein.

4. Zielgruppen und Indikationsstellung

Die Adaption eignet sich grundsätzlich für Rehabilitanden mit einem Abhängigkeitssyndrom durch Alkohol (ICD-10 F10.2), Opioide (ICD-10 F11.2), Cannabinoide (ICD-10 F12.2), Sedativa oder Hypnotika (ICD-10 F13.2), Kokain (ICD-10 F14.2), Stimulanzien (ICD-10 F15.2), Halluzinogene (ICD-10 F16.2) oder multiplen Substanzgebrauch in abhängiger Weise (ICD-10 F19.2).

In begründeten Einzelfällen kann auch bei Pathologischem Spielen (ICD-10 F63.0) eine Adaption erforderlich sein. Es gelten die Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspiel vom 5. Februar 2001.

Auch beim pathologischen PC-/Internetgebrauch (ICD-10 F63.8 bzw. F68.8) kann in begründeten Einzelfällen eine Adaption nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung erfolgen.

Die Adaption setzt voraus, dass

- Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsfähigkeit weiterhin bestehen,
- eine positive Rehabilitationsprognose gestellt werden kann und
- die individuellen Voraussetzungen erfüllt sind.

Der Adaption geht eine stationäre Phase in einer Rehabilitationseinrichtung für die medizinische Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen voraus. Damit liegt eine Abhängigkeitserkrankung im Sinne der ICD-10 (F1x.2) und eine erhebliche Gefährdung oder Minderung des Leistungsvermögens vor. Insofern ist grundsätzlich Rehabilitationsbedürftigkeit gegeben.

Die sozialmedizinische Indikation für eine Adaption hat nicht allein eine medizinische Diagnose zur Voraussetzung, sondern ergibt sich vor allem aus der zusammenfassenden Analyse und Bewertung von Schädigungen insbesondere auch psychischer Funktionen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Beeinträchtigungen der Teilhabe sowie der Lebenssituation des Rehabilitanden. Diese Informationen werden während der vorausgehenden stationären Phase gewonnen und sollten im Entlassungsbericht der vorbehandelnden Einrichtung enthalten sein.

Die Adaption kommt in Betracht für Rehabilitanden, die besonders belastet sind. Eine besondere Belastung kann bei (langen) Zeiten der Arbeitslosigkeit und Wohnungslosigkeit vorliegen.

Die unten beschriebenen Kriterien sind als Anhaltspunkte für eine differenzierte Entscheidung zu werten, die auf einer kritischen Gesamtwertung der individuellen Ressourcen und Beeinträchtigungen des Rehabilitanden beruhen und auch durch die Bereitschaft des Rehabilitanden beeinflusst sind, sich auf eine Adaption einzulassen.

Folgende Kriterien bilden die Grundlage für die Indikationsstellung zur Adaption:

- Die Rehabilitationsziele sind in der vorausgegangenen stationären Phase der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen noch nicht erreicht worden (Entlassungsform 7 – Wechsel zu ambulanter, ganztägig ambulanter, stationärer Rehabilitation).

- Es besteht eine positive Erwerbsprognose für den allgemeinen Arbeitsmarkt.
- Der Rehabilitand verfügt über eine entsprechende Krankheitseinsicht.
- Es besteht die Motivation des Rehabilitanden, sich mit therapeutischer Unterstützung eine suchtfreie und sozial abgesicherte Zukunft zu erarbeiten und aufzubauen.
- Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur Teilnahme und Einhaltung der Regularien der Adaption vorhanden ist.
- Der Rehabilitand sollte ausreichend belastbar sein, um am Rehabilitationsprogramm und an Praktika teilnehmen zu können und während der Adaption abstinenz zu bleiben.
- Es besteht erhebliche Rückfallgefährdung bei fehlendem Arbeitsplatz und Wohnungslosigkeit.
- Es liegt noch keine ausreichende Stabilität vor, sich in das Erwerbsleben und den Alltag zu integrieren.

Im Einzelfall wird eine Gewichtung der einzelnen Indikationskriterien unter Berücksichtigung der Gesamtsituation vorgenommen.

Der Rentenversicherungsträger entscheidet nach Prüfung der oben aufgeführten Kriterien und unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts, ob eine Adaption angezeigt ist und welche anerkannte Adaptionseinrichtung in Betracht kommt.

5. Antragsverfahren und Übergang

Die Adaption wird in der Regel aus der vorhergehenden stationären Phase beantragt. Hierzu ist das Formular G0410 „Antrag auf Verlängerung einer Leistung oder Änderung der Leistungsform zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke“ zu verwenden. In diesem ist in kurzer, aber aussagekräftiger Form die medizinische und therapeutische Notwendigkeit der Adaption darzustellen. Ergänzend kann ein vorläufiger Entlassungsbericht beigelegt werden. Dieser kann jedoch die Darstellung der Notwendigkeit im Antragsformular nicht ersetzen.

Dieser Antrag ist möglichst frühzeitig – spätestens 14 Tage vor dem geplanten Therapieende in der entsendenden Einrichtung – beim Rentenversicherungsträger einzureichen.

Mit dem Rehabilitanden wird die Notwendigkeit der Adaption vor der Beantragung besprochen und dieser auf die Adaption vorbereitet. Ein vorheriger Besuch der vorgesehenen Einrichtung wird empfohlen, erforderliche Fahrtkosten können nach § 73 SGB IX auf Antrag erstattet werden.

Der Übergang erfolgt nahtlos von der vorhergehenden stationären Phase in die Adaptionseinrichtung. Die Durchführung eines Übergabegesprächs wird als notwendig angesehen. Die für die Adaptionseinrichtung erforderlichen Unterlagen sollen bei Antritt der Leistung dort bereits vorliegen.

6. Adaption

6.1 Strukturelle und konzeptionelle Anforderungen

Die Adaption als letzte Phase einer stationären medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke wird in einer vom zuständigen Rentenversicherungsträger anerkannten Einrichtung durchgeführt. In der Regel wird die Adaption stationär durchgeführt.

Zu den unabdingbaren Voraussetzungen für Adaptionseinrichtungen gehört neben einer sachgerechten Qualifikation des Personals (siehe Ziffer 7) eine Rehabilitationskonzeption, die wissenschaftlich begründet ist und unter anderem Aussagen zum diagnostischen Vorgehen, zu den Leistungen und zu den adaptionsspezifischen Zielen einschließlich der Leistungsdauer enthält. Die Rehabilitationsträger müssen im Rahmen der Anerkennung und externen Qualitätssicherung die Konzepte als wesentlichen Bestandteil der Strukturqualität einer Einrichtung fachlich bewerten. Für die Erstellung und Bewertung von Konzepten liegt der „Gemeinsame Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ vom 23. September 2011 vor, der innerhalb bestimmter Grenzen Raum lässt für die Besonderheiten einzelner Einrichtungen. Weiterentwicklungen aus dem Bereich wissenschaftlicher Forschung und anderer Erkenntnisbereiche erfordern Anpassungen der konzeptionellen Grundlagen an den aktuellen Stand, so dass eine Überarbeitung und erneute Bewertung der Konzeption einer Einrichtung in bestimmten Zeitabständen erforderlich sind.

Die „Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ vom 14. November 2014 (BORA) sind im Adaptionskonzept zielgruppenorientiert umzusetzen.

Der interdisziplinäre, ganzheitliche und bio-psycho-soziale Rehabilitationsansatz (vergleiche International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)) wird durch ein eng miteinander kooperierendes, multiprofessionelles Rehabilitationsteam umgesetzt.

Therapeutische Gruppen- und Einzelgespräche bleiben neben anderen (therapeutischen) Leistungen ein fester Bestandteil der Adaption. Entsprechend den Zielen der Adaption treten in deren Verlauf die therapeutischen Leistungen zu Gunsten einer zunehmenden Verselbständigung, Außenorientierung und stärker lebenspraktischen Unterstützung des Rehabilitanden in den Hintergrund beziehungsweise orientieren sich an dem individuellen Bedarf.

Der besonderen Zielsetzung der Adaption im Hinblick auf die Teilhabe am Erwerbsleben ist durch arbeitsbezogene Maßnahmen in Form von sozialrechtlicher Beratung, Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben, sozialer Gruppenarbeit, arbeitsplatzbezogenen Interventionen, Belastungserprobungen und Betriebspraktika Rechnung zu tragen. Arbeitsbezogene Interventionen sind ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Rehabilitation; sie dienen der beruflichen Orientierung und (Re-)Integration, die bei Abhängigkeitskranken nachweislich einen stabilisierenden Faktor für eine dauerhafte Abstinenz darstellen und das Rückfallrisiko minimieren. Je nach Zielgruppe und beruflicher Problemlage (zum Beispiel Langzeitarbeitslosigkeit, berufliche Neuorientierung) sind unterschiedliche Schwerpunktsetzungen erforderlich.

Die in der vorhergehenden stationären Phase erworbenen Grundfähigkeiten wie Pünktlichkeit, Ausdauer, Verlässlichkeit, Sorgfalt, Arbeitstempo, Konzentration und Merkfähigkeit gilt es in der Praxis zu erproben beziehungsweise zu bestätigen und weiter zu fördern. Soziale Fähigkeiten und Selbstwertgefühl des Rehabilitanden sind zu fördern.

Das Konzept muss auch Interventionen beschreiben, die zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beitragen und den Betroffenen fördern, Alltagsaktivitäten umzusetzen und die selbstständige Versorgung (wieder) zu erlernen. Interventionen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zielen auf Aufbau und Festigung von Schlüsselqualifikationen und sind bereits Bestandteil der der Adaption vorausgegangenen stationären Phase.

Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bedeutet gleichermaßen:

- Stabilisierung vorhandener sozialer Kontakte beziehungsweise Aufbau neuer Kontakte, die ein suchtmittelfreies Leben unterstützen,
- Sicherung der Wohnsituation,
- Schuldenregulierung und
- Erlernen von befriedigenden Freizeitaktivitäten.

Im Rehabilitationskonzept muss dargestellt werden, wie auf individuelle Bedarfslagen eingegangen wird und welche spezifischen Angebote für verschiedene Rehabilitandengruppen vorgehalten werden.

Im Konzept ist darüber hinaus insbesondere einzugehen auf:

- Stabilisierung der Motivation,
- begleitende Hilfen im sozialen Umfeld,
- Krisenintervention während der Adaption,
- Vorbereitung auf das Erfordernis weiterer Leistungen zur Teilhabe,
- bedarfsabhängige Fortsetzung der Diagnostik und Indikationsstellung,
- Hilfen zur Selbsthilfe,
- Unterstützung von und Zusammenarbeit mit der Suchtselbsthilfe,
- Rückfallmanagement,
- Suchtprävention bezogen auf die Rehabilitanden,
- Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Hilfesystems für Abhängigkeitskranke und
- Zusammenarbeit mit Einrichtungen zur Förderung beruflicher Integration und Betrieben in der Region gegebenenfalls unter Einbezug des Reha-Fachberaters.

6.2 Inhalte der Adaption

In dieser letzten Phase der medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke mit dem Ziel der Integration in den Erwerbsprozess und der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gehören die nachfolgenden Behandlungsinhalte im Rahmen eines ganzheitlichen Ansatzes zu den Leistungsinhalten, wobei sich die Schwerpunkte gegenüber der vorherigen stationären Phase naturgemäß verlagern.

➤ Medizinische Therapie

Hierunter ist die Behandlung körperlicher und psychischer Begleit- und Folgeerkrankungen der Abhängigkeitserkrankung zu verstehen, soweit sie mit den Mitteln der Adaptionseinrichtung mitbehandelt werden können.

➤ Psychotherapie / Suchttherapie

Psychotherapeutisch und suchttherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche sind unverzichtbarer Bestandteil der Adaption.

Sie treten im Vergleich zur vorhergehenden stationären Phase der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen eher in den Hintergrund und sind entsprechend den Abwesenheitszeiten anlässlich der externen Betriebspraktika und des persönlichen Unterstützungsbedarfs der Rehabilitanden stark individualisiert. Sie sind wie alle Angebote auf den Ausbau einer zunehmenden Selbständigkeit hin ausgerichtet.

Es geht um die Fortsetzung und Erprobung der in der vorhergehenden stationären Phase begonnenen therapeutischen Prozesse zur Stärkung der Lebens- und Arbeitsfähigkeit sowie im Bedarfsfall um Krisenintervention und angemessene therapeutische Bearbeitung von Problemfeldern, die bei der Bewältigung des Alltags während der Adaption und im Praktikum auftreten.

➤ Klinische Sozialarbeit

Hierbei geht es unter Beachtung der nachfolgenden Ausführungen unter „Arbeits- / Ergotherapie“ um die Aufarbeitung von sozialen Problemlagen sowie die Vermittlung an entsprechende Fachdienste, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen. Von zentraler Bedeutung sind Bewerbungstraining einschließlich der Umsetzung sowie Unterstützung und begleitende Hilfen bei der Arbeitsplatzsuche beziehungsweise Arbeitsaufnahme.

Kernaufgaben der klinischen Sozialarbeit sind das Fall- und Schnittstellenmanagement. Inhalte sind die Gestaltung des Übergangs aus der vorhergehenden stationären Phase, die durchgehende Begleitung während der Adaption und vor allem die Unterstützung bei der Vorbereitung und Umsetzung der sozialen und beruflichen Integration.

Hauptaufgaben im Rahmen des Entlassmanagements sind Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zu Arbeitgebern, Wohnungssuche, Schuldenregulierung, Regelung behördlicher und gerichtlicher Angelegenheiten, betreuende und therapeutische Weiterversorgung (zum Beispiel betreutes Wohnen), Selbsthilfe, Freizeitstruktur et cetera.

Bei allen unterstützenden Hilfen steht die Befähigung des Rehabilitanden, die notwendigen Schritte selbst einzuleiten, im Mittelpunkt.

➤ Arbeits- / Ergotherapie

Ergo- und arbeitstherapeutische Maßnahmen als zentrale Elemente der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen sind gleichermaßen fester Bestandteil der Adaption.

Aufgabe dieser Maßnahmen ist, die Fähigkeiten der Rehabilitanden im Bereich der Arbeitshandlungen zu erweitern und zu verbessern. Hierbei kommen insbesondere folgende Maßnahmen zur Anwendung:

- Training und Maßnahmen zur Stärkung von Ausdauer und Motivation,
- Erweiterung der sozialen Kompetenz zur Entwicklung von Eigeninitiative am Arbeitsplatz wie auch im alltäglichen Leben,
- Hilfen zur Problembewältigung am Arbeitsplatz,
- Arbeits- und Belastungserprobung,
- Überprüfung von Selbsteinschätzung und Fremdbeurteilung und
- Interessenfindung und Gespräche mit Vertretern des Arbeitgebers, der Agentur für Arbeit beziehungsweise dem Reha-Fachberater.

Inhalte, individuelle Schwierigkeiten bei der Umsetzung und Ergebnisse der tätigkeitsorientierten Ergotherapie und der Arbeitstherapie müssen in den Gesamtprozess 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 ergo- und arbeitstherapeutischer Angebote zur Übung berufs- und alltagsrelevanter Praktiken. Einen Schwerpunkt bildet hierbei die Durchführung von Belastungserprobungen und Praktika.

Belastungserprobungen sind außerhalb der Adaptionseinrichtung durchzuführen und können durch entsprechende interne Maßnahmen ergänzt werden.

➤ Ernährungsberatung

Die in der vorhergehenden stationären Phase vermittelten Kenntnisse in der Herstellung von Mahlzeiten unter ernährungsphysiologischen Gesichtspunkten sind in der Adaption möglichst eigenverantwortlich umzusetzen. Die Ernährungsberatung leistet wichtige Hilfestellung. Hierunter können Gruppenberatungen, nach Bedarf auch Einzelberatungen und praktische Übungen fallen.

➤ Gesundheits- und Krankenpflege

In der Adaption kommt der Gesundheits- und Krankenpflege eine ergänzende Funktion bei der Gestaltung des rehabilitativen Milieus zu.

➤ Freizeitgestaltung

Zielsetzung ist im Wesentlichen, dass Freizeit sinnvoll gestaltet und ein gewisser Ausgleich nicht nur zur Arbeitswelt geschaffen, sondern auch der suchtmittelfreie Raum befriedigend erlebt wird. Sinnvolle Freizeitgestaltung lässt sich auch über Sport und Bewegung vermitteln. Die Anbindung an den Neigungen entsprechende Vereine und Interessengruppen soll gefördert werden.

➤ Zusammenarbeit mit Angehörigen

Angehörigenarbeit in Form von Paar- und Familiengesprächen beziehungsweise vergleichbare Arbeit mit sonstigen Bezugspersonen finden begleitend und unterstützend je nach individuellem Bedarf statt.

6.3 Rehabilitationsdauer und Frequenz der therapeutischen Angebote

Grundsätzlich soll die Dauer der Adaption den individuellen Bedürfnissen des Rehabilitanden angepasst werden. Die Dauer variiert je nach vorliegender Grunderkrankung - Alkoholabhängigkeit oder Medikamentenabhängigkeit oder Abhängigkeit von illegalen Drogen - und nach dem Ausmaß der sozialen Desintegration beziehungsweise Integration. Die Träger der Rentenversicherung haben für die Adaption bei Alkoholabhängigkeit einen Richtwert von 11-12 Wochen festgelegt. Bei Drogenabhängigkeit wird in der Regel eine Dauer von bis zu 16 Wochen empfohlen. Der zuständige Rentenversicherungsträger vereinbart mit der Adaptionseinrichtung die im Konzept festgelegte Behandlungsdauer.

Einzeltherapie ist einmal pro Woche im Umfang von 25 Minuten verpflichtend, ein Gesamtumfang von 50 Minuten wird empfohlen.

Gruppentherapie wird ebenfalls einmal pro Woche im Umfang von 100 Minuten verpflichtend durchgeführt und durch weitere indikative / soziale Gruppen ergänzt.

Die Therapieangebote werden in einem Wochenplan dargestellt, der sich in der Regel zusammensetzt aus

- ärztlicher Beratung / Therapie,
- Psycho- und Suchttherapie einzeln und in der Gruppe,
- sozialer Beratung,

- Arbeits- / Ergotherapie und arbeitsbezogenen Maßnahmen, Belastungserprobungen / Berufspraktika,
- Ernährungsberatung,
- Angeboten zur Freizeitgestaltung,
- Maßnahmen zur Rückfallprävention sowie
- Angeboten zur Verbesserung der Teilhabe am Arbeitsleben sowie am Leben in der Gemeinschaft einschließlich begleitender Hilfen im sozialen Umfeld.

Für jeden Rehabilitanden ist ein individueller Wochenplan zu erstellen.

Unterbrechungen der Adaption können aus medizinischen Gründen notwendig sein. Darüber sollte primär der Arzt der Einrichtung entscheiden. Unterbrechungen der Rehabilitationsleistung können die Rehabilitationsbedürftigkeit (und damit die Fortführung der Rehabilitationsleistung) in Frage stellen. Eine Unterbrechung der Rehabilitation im Rahmen von interkurrenten Erkrankungen ist maximal für die Dauer von zwei Wochen möglich. Abweichungen, zum Beispiel bei Abwesenheit aus nichtmedizinischen wichtigen Gründen, sind mit dem Rentenversicherungsträger im Einzelfall abzusprechen.

Im begründeten Einzelfall kann die Adaption verlängert werden.

6.4 Praktika

Ein besonders wichtiger Teil der Adaption ist die externe und interne Belastungserprobung. Diese sollte in erster Linie extern, das heißt arbeitsmarkt- und realitätsnah, durchgeführt werden und kann durch die Übernahme von internen arbeitsbezogenen Leistungen ergänzt werden. Externe Belastungserprobungen sowie externe Praktika im Rahmen der Adaptionbehandlung orientieren sich in ihrer Dauer und Anzahl an den individuellen Fähigkeiten und Bedarfen der Rehabilitanden.

Nach Möglichkeit sollte innerhalb der ersten beiden Wochen nach der Aufnahme ein Berufspraktikum von in der Regel mindestens vierwöchiger Dauer begonnen werden. Im Verlauf der Adaption wird von ein bis zwei Berufspraktika im genannten Umfang ausgegangen.

Zu diesem Zweck verfügt die Einrichtung über eine Vielzahl an Kooperations- und Vernetzungspartnern aus unterschiedlichen Bereichen.

Die Suche eines dem eigenen Fähigkeitsprofil angemessenen Praktikums und einer geeigneten Stelle soll möglichst durch den Rehabilitanden erfolgen und wird ebenso wie das Praktikum selbst und die Auswertung nach dessen Abschluss durch die Mitarbeiter begleitet, reflektiert und je nach Bedarf mehr oder weniger unterstützt.

Die Praktika sollten mit einem Zeitfenster von 20 bis 32 Stunden pro Woche bemessen sein. Zusätzlich zum therapeutischen Setting muss über die Einrichtung das Bewerbungstraining, die Rehabilitationsberatung sowie der Kontakt mit den Agenturen für Arbeit und Jobcentern gewährleistet werden.

Die erforderlichen Reisekosten zwischen der Adaptionseinrichtung und der Praktikumsstätte werden auf Antrag erstattet, soweit nicht anderslautende Vereinbarungen getroffen wurden. Mögliche Ermäßigungen sind zu nutzen (§ 73 SGB IX).

6.5 Nachfolgende Leistungen

Zur langfristigen Stabilisierung des Rehabilitationserfolgs können im Anschluss an die Adaption weitere unterstützende Hilfen erforderlich sein (zum Beispiel ambulante Nachsorge, ambulant betreutes Wohnen, Suchtselbsthilfe, ambulante Psychotherapie). Diese müssen von der Einrichtung so zeitig angebahnt und mit dem zuständigen Rehabilitationsträger abgestimmt werden, dass ein nahtloser Übergang ohne Verzögerung möglich ist.

6.6 Beendigungskriterien und Entlassungsbericht

Die Adaption ist zu beenden, wenn die Rehabilitationsziele erreicht sind oder eine andere Behandlungsform angezeigt ist. Bei einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsaufnahme während der Adaption wird in jedem Einzelfall geprüft und abhängig vom therapeutischen Bedarf die Adaption spätestens 6 Wochen nach Beschäftigungsaufnahme beendet. Diese Verfahrensweise soll analog auch bei der Aufnahme einer Ausbildung gelten.

Vorzeitige Entlassungsgründe sind:

- mangelnde Compliance und fehlende Mitarbeit,
- fehlende Motivation, einen Praktikumsplatz in Anspruch zu nehmen,
- unentschuldigte Fehlzeiten im Praktikum,
- Leugnung, Bagatellisierung und fehlende Aufarbeitung eines Rückfalls,
- Disziplinarverstöße.

Die Dokumentation der Adaptionsbehandlung erfolgt in einem Entlassungsbericht, welcher innerhalb von zwei Wochen nach Entlassung dem zuständigen Rentenversicherungsträger übermittelt wird. Bei der internen Adaption kann ein fortlaufender, phasenübergreifender Entlassungsbericht erstellt werden. Ansonsten wird ein eigener Entlassungsbericht erstellt.

7. Personelle Ausstattung

7.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation

Dem interdisziplinären Rehabilitationsteam gehören folgende Berufsgruppen an, die über qualifizierte Aus- und Weiterbildungen sowie über Berufserfahrung in der Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen verfügen.

Arzt

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (auch Facharzt für Psychiatrie / Psychotherapie) oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (früher Psychotherapeutische Medizin).

Alternativ möglich sind: Facharzt für Neurologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Innere Medizin oder Allgemeinmedizin, jeweils zusätzlich mit den Zusatzbezeichnungen Psychotherapie und Suchtmedizinische Grundversorgung.

Der leitende Arzt hat Berufserfahrung in der Behandlung abhängigkeitskranker Menschen und sollte möglichst die Zusatzbezeichnungen Sozialmedizin und / oder Rehabilitationswesen führen beziehungsweise zumindest die entsprechenden Kurse nach der Weiterbildungsordnung zeitnah absolvieren.

Psychologe

Diplom-Psychologen / Master-Psychologen müssen entweder als Psychologischer Psychotherapeut approbiert sein, eine psychotherapeutische Weiterbildung oder eine auf das Tätigkeitsfeld Abhängigkeitserkrankungen (Sucht) bezogene Weiterbildung auf psychotherapeutischer Grundlage absolviert haben. Zwei Jahre Berufserfahrung in der Suchtkrankenarbeit und / oder in der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen werden empfohlen.

Suchttherapeut

Diplom-Sozialarbeiter / Diplom-Sozialpädagogen beziehungsweise Bachelor in Sozialer Arbeit mit staatlicher Anerkennung als Sozialarbeiter müssen eine auf das Tätigkeitsfeld Sucht bezogene Weiterbildung auf psychotherapeutischer Grundlage absolviert haben.

Klinischer Sozialarbeiter

Diplom-Sozialarbeiter / Diplom-Sozialpädagogen beziehungsweise Bachelor in Sozialer Arbeit mit staatlicher Anerkennung als Sozialarbeiter; zwei Jahre Berufserfahrung in der Suchtkrankenarbeit und / oder in der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen werden empfohlen.

7.1.1 Aufgaben des Arztes

Die Adaption steht unter der Verantwortung eines Facharztes.

Zu den Aufgaben des Arztes gehören:

- Ergänzende Anamneseerhebung; allgemeine körperliche Untersuchung; neurologische und psychiatrische Untersuchung mit Befunddokumentation (Aufnahmeuntersuchung) inklusive gegebenenfalls Empfehlung für weitere Diagnostik und Therapie,
- Abstimmung und Verantwortung des Rehabilitationsplans und Rehabilitationsziels (zum Beispiel welche Therapiefrequenz, Stellungnahme zur Belastung für ergänzende Therapieangebote),
- Abschlussuntersuchung und Dokumentation,
- Teilnahme an Fall- und Teambesprechungen, unter anderem mit Erarbeitung der Rehabilitationsplanung und Rehabilitationsziele,
- Informationsaustausch mit den (externen) behandelnden Ärzten und / oder Kliniken (zum Beispiel bei Verordnung von Medikamenten) und Empfehlung weitere Diagnostik und Therapie,
- verantwortliches Erstellen des Entlassungsberichts mit sozialmedizinischer Beurteilung gemäß Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht,
- Beteiligung an der konzeptionellen Weiterentwicklung,
- Teilnahme an der externen Supervision,
- Erstellung von Zwischenberichten und Verlängerungsanträgen,
- bei Bedarf Behandlung von komorbiden Erkrankungen,
- Übernahme der ärztlichen Sprechstunde und Visiten und
- Krisenintervention.

7.1.2 Aufgaben der Psychologen und der Suchttherapeuten

Hierzu gehören:

- ergänzende Erhebung der Sucht- und Sozialanamnese (weitere Klärung der sozialen und beruflichen Situation) einschließlich Dokumentation,
- Durchführung der therapeutischen Gruppengespräche einschließlich Vor- und Nachbereitung,
- Durchführung der therapeutischen Einzelgespräche einschließlich Vor- und Nachbereitung,
- Durchführung der Gespräche mit Bezugspersonen einschließlich Vor- und Nachbereitung,
- Krisenintervention,
- Abstimmung der individuellen Rehabilitationsziele und eines Rehabilitationsplans mit dem Rehabilitanden,
- Teilnahme an Fall- und Teambesprechungen inklusive Erarbeitung der Rehabilitationsziele und des Rehabilitationsplans,
- Teilnahme an der externen Supervision,
- Dokumentation der therapeutischen Leistungen (KTL) und Durchführung der notwendigen Qualitätssicherungsmaßnahmen,
- Mitarbeit bei Erstellung des Entlassungsberichts,
- Mitarbeit bei der Katamnese,
- Vermittlung in Nachsorge und ambulante Psychotherapie sowie
- Beteiligung an der konzeptionellen Weiterentwicklung.

7.1.3 Aufgaben im Rahmen der klinischen Sozialarbeit

Hierzu gehören:

- Ergänzende Durchführung der Arbeits- und Berufsanamnese,
- Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Gespräche mit Arbeitgebern (der externen Praktika),
- Durchführung von sozialer Gruppenarbeit,
- Dokumentation der therapeutischen Leistungen (KTL) und Durchführung der notwendigen Qualitätssicherungsmaßnahmen,
- Teilnahme an Fall- und Teambesprechungen inklusive der Erarbeitung der Rehabilitationsziele und Rehabilitationsplanung,
- Teilnahme an der externen Supervision,
- Mitarbeit bei Erstellung des Entlassungsberichts,
- Planung und Umsetzung von Bewerbungstrainings,

- Bilanzierungsgespräche bei Praktika,
- Übernahme von Fallmanagement,
- Beratung in sozialrechtlichen Fragen,
- Planung, Durchführung und Auswertung von Freizeitgestaltung,
- Vermittlung in zum Beispiel Schuldnerberatung, Selbsthilfegruppen oder Ähnliches,
- Teilnahme an konzeptioneller Weiterentwicklung sowie
- Vernetzung.

Ein Teil dieser Aufgaben kann bei entsprechender Eignung auch von anderen Berufsgruppen übernommen werden (Suchttherapeut, Ergo- / Arbeitstherapeut).

7.2 Personalbemessung

Der Federführer und die Einrichtung legen zusammen unter Berücksichtigung des nachfolgenden Orientierungsstellenplans und des Konzepts das Personal beziehungsweise die Personalstellenanteile vertraglich fest.

Die Angaben zu den einzelnen Berufsgruppen beziehungsweise Bereichen basieren auf einer Einrichtung mit 10 Behandlungsplätzen.

Arzt

Unter Berücksichtigung der Ausrichtung der Adaption als medizinische Rehabilitation wird die Besetzung der Arztstelle in einem Umfang von 0,2 Vollzeitstellen (VK) vorgesehen.

Psychotherapie / Suchttherapie

Für den Bereich Psychotherapie / Suchttherapie wird eine Stellenbesetzung von 1,0 VK vorgesehen.

Grundsätzlich müssen beide Berufsgruppen (Psychologen und Sozialarbeiter) vertreten sein.

Klinische Sozialarbeit

Zur besonderen Ausrichtung auf die berufliche Orientierung in der Adaption wird für den Bereich klinische Sozialarbeit eine Stellenbesetzung von 0,6 VK vorgesehen.

Weiteres Personal

Es ist zur Umsetzung der jeweiligen Konzeption und zur Erfüllung des Auftrags sinnvoll, beispielsweise auch Mitarbeiter aus dem Bereich Ergotherapie / Arbeitstherapie, Pflege und Ernährungsberatung zu beschäftigen.

Orientierungsstellenplan

Anzahl / 10 Rehabilitanden

Berufsgruppen	
Arzt	0,2 VK
Psychologischer Psychotherapeut	} 1,0 VK
Dipl.-Psychologe	
Dipl.-Sozialarbeiter / Dipl.-Sozialpädagoge	
klinische Sozialarbeit	0,6 VK

8. Räumliche Ausstattung, Lage und Erreichbarkeit

Die Einrichtung muss mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder entsprechenden Fahrdiensten erreichbar sein. Eine zentrale Lage mit der Erreichbarkeit von zuständigen Behörden (zum Beispiel Jobcenter, Agentur für Arbeit) und möglichst vielen Kooperationspartnern (zum Beispiel Praktikumsanbieter) ist sinnvoll.

Die räumliche Ausstattung muss so bemessen und beschaffen sein, dass das Rehabilitationskonzept qualifiziert umgesetzt werden kann. Dies bedeutet, dass sich die räumlichen Gegebenheiten an den Bedingungen des normalen Lebens orientieren und

Selbstversorgung, ein eigenständiges Wohnen und eine eigenverantwortliche Gestaltung des Tagesablaufs und der Freizeit ermöglichen.

Angepasst an die Einrichtungsgröße sollten angemessene Räumlichkeiten vorhanden sein für

- Gruppentherapie,
- Einzeltherapie,
- Gespräche mit Angehörigen / Bezugspersonen,
- Diagnostik und medizinische Untersuchung,
- Pflege- / Notfallzimmer (Medizinischer Behandlungsraum),
- Funktionsräume für Ergotherapie und Arbeitstherapie,
- PC mit Internetzugang, EDV-Trainingsraum,
- Sanitärbereiche und
- Arbeitsräume für das Personal.

Bei Neubauten und Neuzulassungen sind Einzelappartements mit eigenem Sanitärbereich (zu 100%) erforderlich. Eine eigene Küchenzeile ist in der Regel vorzuhalten (konzeptabhängig können jedoch auch gemeinsam genutzte Küchen- und Essräume sinnvoll sein). Für bestehende Einrichtungen ist eine entsprechende Ausstattung wünschenswert.

Die Einrichtung muss barrierearm zugänglich sein. Grundsätzlich befinden sich die Räume als abgegrenzte Einheit unter einem Dach, konzentriert in einem Gebäude oder einem Gebäudetrakt. Gegebenenfalls können auch externe Räumlichkeiten genutzt werden.

Sofern sich Rehabilitanden in den genannten Räumen alleine aufhalten können, sind diese an die Notrufanlage angeschlossen. Dies trifft insbesondere auf die Sanitärbereiche zu. Jede Adaptionseinrichtung verfügt über ein medizinisches Notfallkonzept, in welchem geregelt ist, wie mit medizinischen Notfällen umzugehen ist. Dieses medizinische Notfallkonzept ist Bestandteil der Einrichtungskonzeption.

Die apparative Ausstattung muss die Diagnostik und Therapie der Adaption nach dem aktuellen Wissensstand gewährleisten. Dies beinhaltet auch Möglichkeiten für eine entsprechende Diagnostik inklusive Atemalkoholtest, Drogen- und Medikamentenscreening. Je nach konzeptioneller Ausrichtung und ärztlicher Kompetenz hält die Einrichtung eine Basisdiagnostik (klinisches Labor, EKG) vor beziehungsweise hat entsprechende Kooperationsvereinbarungen.

Das gleiche gilt für die weitere somatische Funktionsdiagnostik. Die Kooperation mit konkret zu benennenden Ärzten und / oder Krankenhäusern ist darzulegen.

9. Qualitätssicherung

Die Leistungserbringer sind gesetzlich zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet (§ 37 SGB IX). Diese müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

Einrichtungsbezogene Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung stellen eine wichtige Grundlage dafür dar, die in den Einrichtungen durchgeführte Rehabilitation zu verbessern. Die fachliche Diskussion über die Weiterentwicklung der Rehabilitation in den Rehabilitationseinrichtungen wird dadurch unterstützt.

Die für die Rehabilitation der Rentenversicherung bereits entwickelten und erfolgreich eingesetzten Qualitätssicherungsinstrumente und -verfahren sollten in vergleichbarer Weise auch für die Adaption genutzt werden. Spezifische Bedingungen der Adaption sind dabei angemessen zu berücksichtigen.

Die externe Qualitätssicherung (QS) und das interne Qualitätsmanagement (QM) der Rehabilitationseinrichtungen sollen möglichst aufeinander abgestimmt sein. Visitationen als Verfahren zur externen QS haben sich in der Praxis seit Jahren bewährt.

Von den Rehabilitationseinrichtungen wird ein einheitlicher Qualitätsstandard für die Dokumentation bei Abschluss der Rehabilitationsleistung durch die Rentenversicherungsträger gefordert. Gemeinsame Dokumentationsgrundlage ist der „Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung“.

Katamnesen stellen eine bewährte Möglichkeit dar, den mittel- und langfristigen Erfolg der durchgeführten Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu überprüfen. Eine Katamnese zur Erfassung der beruflichen Integration ist erwünscht.

Die Rehabilitationseinrichtungen leiten die Daten des Deutschen Kerndatensatzes an die Deutsche Suchthilfestatistik weiter.

Die Mitarbeiter der Adaptionseinrichtung nehmen regelmäßig an Fort- und Weiterbildung teil.

10. Notfallmanagement

Für ein Notfallmanagement sind folgende Kriterien einzuhalten:

Das Notfallmanagement ist im Konzept zu verankern. Es ist individuell auf die Einrichtung bezogen und enthält insbesondere einen Notfallplan zum Verhalten bei Notfällen (z.B. Rufbereitschaft). Hierbei ist zu beachten, dass ärztliche Anwesenheitszeiten einschließlich Vertretungsregelungen verbindlich zu regeln und zu dokumentieren sind. Eine leitliniengerechte Notfallausrüstung ist vorzuhalten.

11. Kooperation und Vernetzung

Kontakte zu den vorbehandelnden, begleitenden, weiter- und nachbehandelnden Stellen sind unerlässlich, um den fachlichen Austausch sicherzustellen und weiterführende Maßnahmen frühzeitig einzuleiten.

Die Rehabilitationseinrichtungen sind für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Rehabilitanden verantwortlich. Die beteiligten Versorgungspartner übermitteln sich unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen gegenseitig zeitnah die erforderlichen Informationen.

Um den Erfolg einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation nachhaltig zu sichern, ist es erforderlich, Kooperationspartner oder Rehabilitationsträger, die an der zukünftigen Versorgung des Betroffenen beteiligt werden sollen, rechtzeitig in die Versorgungsplanung einzubinden.

Für die berufliche (Re)-Integration des Rehabilitanden ist eine Vernetzung mit der Arbeitswelt unabdingbar, je nach Einzelfall und konkreter Zielstellung kommen unter anderem

- Arbeitgeber,
- Agenturen für Arbeit, Jobcenter und andere Sozialleistungsträger,
- Berufsbildungsträger,
- betriebliche Sozial- und Mitarbeiterberatung,

- Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation,
- Integrationsämter und Integrationsfachdienste,
- Reha-Fachberater der Rentenversicherungsträger,
- Sozialmedizinischer Dienst der Rentenversicherungsträger,
- Werks- und Betriebsärzte,
- betriebliche Anbieter für Berufspraktika, Arbeitsprojekte und Probearbeiten sowie
- Ausbildungsstätten der Region

als wichtige Kooperationspartner in Betracht.

Zu den möglichen Kooperationspartnern für die weitere psychosoziale Stabilisierung gehören unter anderem

- Beratungs- und Behandlungsstellen für Abhängigkeitskranke,
- Selbsthilfegruppen, die langfristige Unterstützung und Hilfe zur Selbsthilfe anbieten,
- Wohlfahrtsverbände oder freie Träger,
- Hausärzte, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie beziehungsweise für Psychosomatik und Psychotherapie, Psychotherapeuten,
- Angehörige, die in das Behandlungssetting in unterstützender und begleitender Funktion integriert werden,
- Rehabilitationseinrichtungen, Krankenhäuser und Fachambulanzen,
- Soziale Dienste der Kommunen,
- Jugendämter und
- Pflegestützpunkte.

12. Vergütung

Für die Adaption wird vom federführenden Rentenversicherungsträger mit der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung ein Vergütungssatz je Rehabilitand und Therapietag oder eine pauschalierte Vergütung vereinbart.