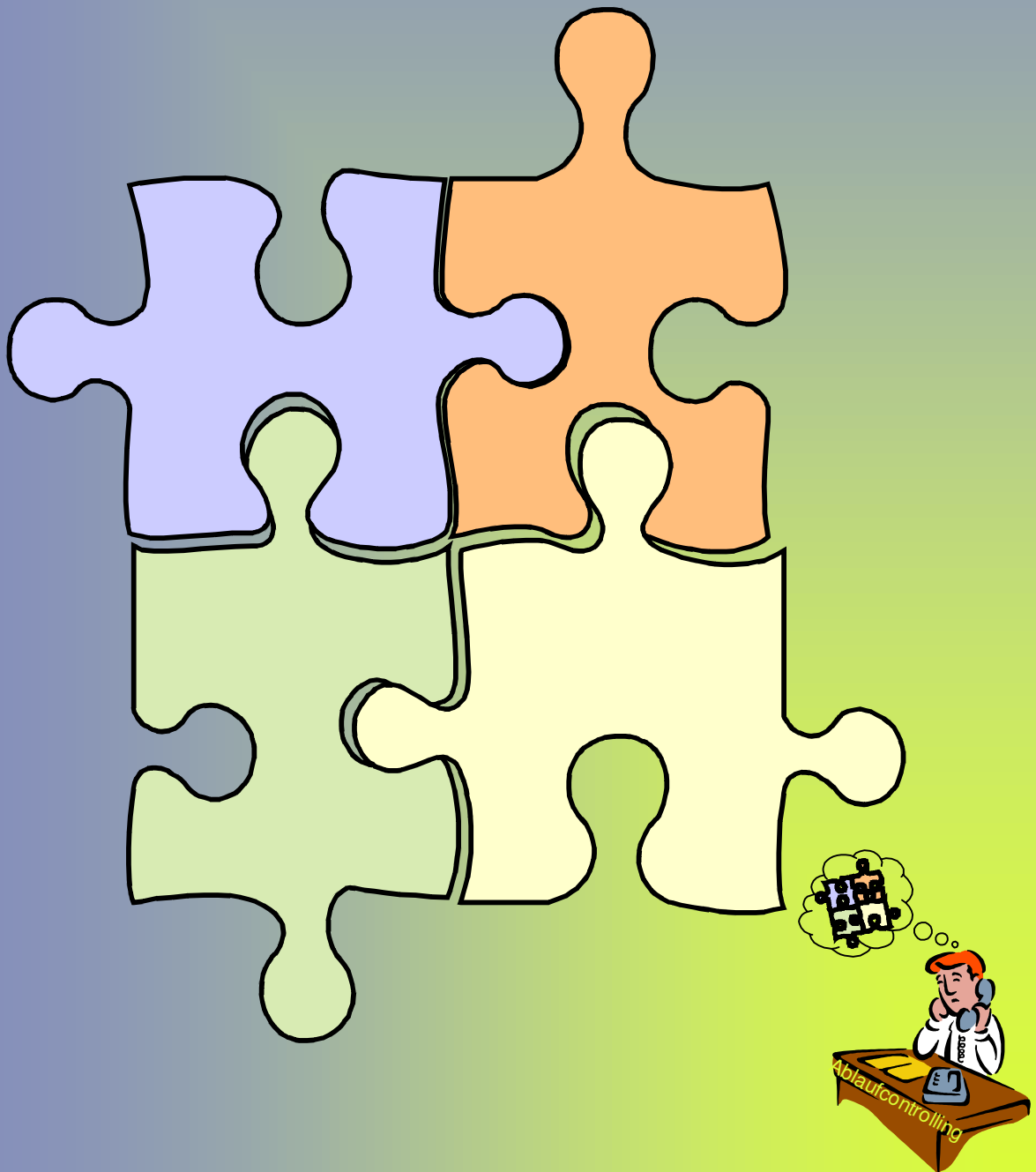


# Konzeption

## Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland

### K o m b i - N o r d



<b>I. EINLEITUNG</b>	<b>3</b>
<b>II. ZIELE</b>	<b>3</b>
<b>III. MEDIZINISCH-THERAPEUTISCHES KONZEPT</b>	<b>3</b>
1. Theoretischer Hintergrund, wissenschaftliche Basis des Konzeptes	3
2. Persönlichkeitstheorie, Krankheitsmodell und Suchtverständnis	4
3. Behandlungsansatz	4
4. Indikationen	4
4.1. Primärindikationen:	4
4.2. Sekundärindikationen:	4
4.3. Klinisch phänomenologische Indikationen	5
5. Kontraindikationen	6
6. Behandlungsrahmen, -zeiten und -elemente	6
7. Behandlungsplanung Kombi-Nord	7
8. Behandlungsziele	7
9. Diagnostisches Vorgehen	7
10. Somatische Therapie	7
11. Therapeutisches Vorgehen	7
12. Weitere Behandlungselemente	8
13. Dokumentation und Berichterstattung	9
<b>IV. QUALITÄTSMANAGEMENT</b>	<b>9</b>
<b>V. ANTRAGSVERFAHREN</b>	<b>9</b>
<b>VI. VERWALTUNGSVERFAHREN</b>	<b>10</b>
<b>VII. LITERATUR</b>	<b>14</b>

## **I. Einleitung<sup>1</sup>**

Die drei norddeutschen Sozialversicherungsträger Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Deutsche Rentenversicherung Nord und die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen (DRV) sind sich darüber einig, künftig nach einem gemeinsamen Verständnis der Grundlagen und der Durchführung einer Kombinationstherapie für abhängigkeitskranke Menschen zu handeln. Die gemeinsame Intention richtet sich auf das Interesse, bei der Auswahl von Therapieangeboten den Rehabilitanden die jeweils am besten geeigneten Leistungen in einem Gesamtbehandlungsplan nach den Kriterien des individuellen Bedarfs, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit anzubieten.

## **II. Ziele**

Mit dieser neuen Form der Behandlung abhängigkeitskranker Menschen soll die bisherige vergleichsweise starre Regelung zwischen den Angeboten ambulanter und stationärer Therapie überwunden und folgende Ziele erreicht werden:

- eine flexiblere Gestaltung der ambulanten, ganztägig ambulanten und stationären Therapiemöglichkeiten in Form von Modulen,
- die Realisierung eines möglichst wohnortnahen Gesamtbehandlungsangebotes,
- eine wirtschaftlichere Gestaltung der Entwöhnungsbehandlung,
- eine Senkung der Quote derjenigen, die nach regulärem Abschluss einer Maßnahme rasch wieder instabil werden,
- eine Verminderung der Schnittstellenproblematiken,
- die bessere Berücksichtigung aller Kontextfaktoren der Lebenswirklichkeit der Rehabilitanden (ICF der WHO),
- eine höhere Qualität der Zusammenarbeit zwischen den ambulant, ganztägig ambulant und stationär arbeitenden Einrichtungen sowie mit den Leistungsträgern,
- die Einführung eines vereinfachten Antrags- und Verwaltungsverfahrens,
- die Vermeidung von Tendenzen zur Diskriminierung von Suchtkranken mit komplexen Krankheits- und Rehabilitationsverläufen.

Das neue Konzept besteht im Wesentlichen darin, auf der Grundlage der auch bisher vorhandenen Möglichkeiten die ambulanten, ganztägig ambulanten, stationären und adaptiven Formen der Rehabilitation als Module so zu schalten, dass für den individuellen Bedarf von Rehabilitanden der größtmögliche Effekt im Sinne der gesetzlichen Ziele erreicht werden kann.

## **III. Medizinisch-therapeutisches Konzept**

### **1. Theoretischer Hintergrund, wissenschaftliche Basis des Konzeptes**

Das Konzept nutzt in erster Linie Ergebnisse praxisrelevanter wissenschaftlicher Forschung, wie sie u.a. im Rahmen der EVS<sup>2</sup>-Forschung veröffentlicht wurden. Weitere wissenschaftliche Quellen sind die AWMF-Leitlinie „Postakute Suchtbehandlung“ und die Reha-Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung Bund für die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Dort

---

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

<sup>2</sup> EVS: Entwöhnungsbehandlung im Verbund System

wird die individuell zu planende Behandlung als integrierte, d.h. psycho-, sozio- und somatotherapeutische Interventionen umfassende Maßnahme verstanden.

## 2. Persönlichkeitstheorie, Krankheitsmodell und Suchtverständnis

Hinsichtlich dieser Konzeptteile wird auf die von den jeweiligen Leistungsträgern genehmigten Einrichtungskonzepte verwiesen und der Bezug insofern hergestellt, dass diese Bestandteile des Konzeptes bereits als geprüft gelten und in der Praxis der jeweiligen regionalen Kombi-Verbünde oder der Einrichtungen, die für die Kombi-Therapie miteinander zusammenarbeiten, umgesetzt werden.

## 3. Behandlungsansatz

Das Gleiche gilt grundsätzlich auch für den Behandlungsansatz, wie er in den jeweiligen Einrichtungskonzepten niedergelegt ist. Der Behandlungsansatz ist so zu gestalten, dass die Therapie in dem jeweiligen aktuellen Modul nicht abschließt, sondern im nächsten Behandlungssegment weitergeführt werden kann.

## 4. Indikationen

Bei der Indikationsstellung ist es wichtig, nicht nur wie bisher gewohnt, querschnittsorientierte Diagnosen aus dem Repertoire der gebrauchsblichen Klassifikationen zu verwenden, sondern auch Längsschnittbetrachtungen aus der Lebens- und Krankheitsgeschichte hinzuzuziehen.

### 4.1. Primärindikationen:

#### **Alkohol- und Drogenabhängigkeit**

(ICD 10: F 10.2 – 19.2, einschließlich des zeitweiligen Gebrauchs von Medikamenten zur Substitution)

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

### 4.2. Sekundärindikationen:

- **Begleitende Psychiatrische Krankheitsbilder**  
(ICD 10: F 20 – 39 (in Remission) - Schizophrenie, Schizotype Störungen, Wahnhafte Störungen, Akute vorübergehende psychotische Störungen, Induzierte wahnhafte Störungen, Schizoaffektive Störungen, Affektive Störungen)
- **Begleitende Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen**  
(ICD 10: F 40 – 48 - Phobische Störungen, Angst- und Panikstörung, Zwangsstörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, Dissoziative Störungen, Somatoforme Störungen, Andere neurotische Störungen).
- **Begleitende Verhaltensauffälligkeit mit körperlichen Störungen und anderen Faktoren**  
(ICD 10: F 50 – 59 – Essstörungen, Nicht organische Schlafstörungen)
- **Begleitende Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen**  
(ICD 10: F 60 – 63 – z.B. Narzisstische Persönlichkeitsstörung, Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Dissoziale Persönlichkeitsstörung, Abhängige Persönlichkeitsstörung, Impulskontrollstörungen (z.B. Pathologisches Spielen))

### 4.3. Klinisch phänomenologische Indikationen

Hinzu kommen klinisch phänomenologisch erhobene Indikationen, die speziell für die Kombinationstherapie geeignet sind. Bei diesen Störungsbildern besteht keine eindeutige Übereinstimmung mit ICD-Kriterien. Sie werden daher im Text erörtert.

Eine Kombitherapie wäre demnach besonders geeignet für:

- **Institutionserfahrene Patienten,**  
die in ihrem bisherigen Lebenslauf institutionsgewohnt/-sozialisiert sind, d.h. von den Therapeuten dort positiv bewertet werden, weil ihnen die Anpassung in und die Gewöhnung an Institutionen gelingt, die aber in der komplexen sozialen Realität außerhalb der Institutionen oft scheitern.
- **Behandlungswiederholer:**  
Patienten, die bereits mehrfach Maßnahmen in Anspruch genommen und mehr oder weniger regulär abgeschlossen haben, bei denen aber ein weiterer, auch stationärer Behandlungsbedarf besteht.
- **Sich selbst überschätzende Patienten:**  
Patienten, die schon nach kurzer Zeit gut orientiert und krankheitseinsichtig erscheinen, dann aber über die Produktion von Konflikten oder aus anderen Gründen die Behandlung abbrechen (oder in der Vergangenheit häufig abgebrochen haben).
- **Therapieerfahrene Patienten,**  
bei denen nach genauer Analyse vorangegangener Behandlungen eine alleinige (ggf. nochmalige) stationäre „Langzeitmaßnahme“ nicht erforderlich ist.
- **Lange Entwicklungszeiten benötigende Patienten:**  
Das sind Patienten, die wegen der Schwere ihrer Erkrankung und der multiplen Komplexität der Störung voraussichtlich über einen längerfristigen Zeitraum behandelt werden müssen.
- **Überzeugungsfixierte Patienten:**  
Dabei handelt es sich um Patienten, die bei der Beratung und Therapievorbereitung im ersten Anlauf nicht davon zu überzeugen sind, dass für sie auch die stationäre Therapieform notwendig wäre. Sie bestehen darauf, ausschließlich eine ambulante Therapie durchzuführen. Versicherte, die so auftreten, sollten nicht per se als unmotiviert oder als Verweigerer abgewertet werden. Mit ihnen kann folgendes therapeutische Abkommen geschlossen werden: Sie sollen eine ambulante Therapie – allerdings nur im Rahmen eines Kombitherapieantrages – durchführen, und zwar so lange, wie ihre eigenen Ressourcen hierzu zielführend ausreichen. Sollten diese nicht mehr ausreichen, sind sie eingeladen und aufgefordert, die Therapie unter Nutzung des zuvor Erreichten im stationären Rahmen der Kombibehandlung fortzusetzen. Damit kann vermieden werden, autonome Handlungen und Einstellungen von Patienten zu pathologisieren. Statt dessen können Selbstwirksamkeitsüberzeugungen durch eigenes Erleben wirksam verstärkt und genutzt werden. Patienten, die erleben, dass die eigenen Einschätzungen über die zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht zutreffend waren, müssen sich dann nicht als Versager und Verlierer abwerten oder das von anderen befürchten, sondern wechseln, wie verabredet, einfach die Therapieform, ohne einen neuen Antrag stellen zu müssen (Vermeidung von Diskriminierung).
- **Scham- und schuldbelastete Patienten:**  
Personen, die im Verlauf ihrer Erkrankung wegen ihrer Abhängigkeit scham- und schuldbelastet sind, haben es häufig schwer, sich mit ihrem Hilfe- und Unterstützungsanliegen immer wieder an die jeweils zuständigen Fachleute des Hilfesystems zu wenden. Wegen ihrer individuell spezifischen Scham- und Schuldbelastung befürchten sie, jeweils erneut negativ bewertet zu werden. Diese reantizipierten Erfahrungen verhindern, dass sie sich z.B. nach einer Beratung entweder gar keiner Behandlung zuwenden oder zwar eine Behandlung beginnen, danach aber ein weiteres erforderliches Modul – etwa eine ambulante Weiterbe-

handlung oder eine Adaption - nicht antreten, obwohl sie die vorherige Form der Behandlung, etwa eine stationäre Therapie, regulär abgeschlossen hatten. Die z.B. während der stationären Therapie erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten reichen dann unter der Belastung des Alltags häufig nicht aus, um diesen stabil zu bewältigen. Diese Patienten wenden sich dann wegen ihrer spezifischen Belastungen weder an eine Selbsthilfegruppe noch an andere Formen des Suchthilfesystems. Sie werden kritisch instabil, erleiden Abstinenzunterbrechungen und erneute Belastungen im Zusammenhang mit Scham und Schuld.

- **Selbstunsichere Persönlichkeiten:**

Sie mögen sich nicht gern unaufgefordert zu sich selbst äußern, sind unschlüssig und zögernd bei ihren Planungen, erst recht bei der Umsetzung unbedingt erforderlicher und rational auch von ihnen als richtig und zielführend erkannter Vorhaben. Sie schieben diese vor sich her, ringen mit sich und wenden sich dann aber nur ungern von sich aus an andere. Werden sie aber aufgefordert zu handeln und dabei von Personen ihres Vertrauens begleitet, z.B. beim Wechsel von einer Therapieform zur anderen, dann fällt es ihnen leicht, das als richtig Erkante zu ihrem eigenen Nutzen gerne durch- und weiterzuführen.

- **Sozialstrukturelle Bedingungen von Patienten:**

Bei wesentlichen beruflichen und sozialen teilhabebezogenen Verpflichtungen kann über die Variabilität des Kombibehandlungsmodells eine bessere Integration der Patienten erfolgen.

## 5. Kontraindikationen

Hier gelten die in den anerkannten Konzepten der beteiligten Einrichtungen gültigen Kontraindikationen, wie etwa:

- Psychosen im akuten Stadium,
- akute Suizidalität,
- Pflegebedürftigkeit,
- erhebliche Intelligenzminderung.

## 6. Behandlungsrahmen, -zeiten und -elemente

Der Behandlungsrahmen der Kombi-Nord beträgt 12 Monate bzw. 52 Wochen. Innerhalb dieser Gesamtbehandlungszeit können konzeptionell abgestimmte ambulante, ganztägig ambulante, stationäre und adaptive Interventionsformen nach Maßgabe des individuellen Verlaufs des Therapieprozesses zielorientiert eingesetzt werden. Zu beachten ist an dieser Stelle, dass für jede Interventionsform ein eigenes Zeitbudget vorgesehen ist. So dürfen während des ambulanten Moduls bis zu 80 Therapieeinheiten für den Versicherten und 12 Bezugspersonentermine genutzt werden. Für die ganztägig ambulanten, stationären und adaptiven Interventionsformen gilt die Maßgabe, dass die Behandlungszeit die Langzeittherapie<sup>3</sup> nicht überschreiten darf. Bei der Kombination von stationären und tagesklinischen Leistungen darf die Gesamtwochenzahl von 20 (Alkohol- /Medikamentenabhängigkeit) bzw. 30 (Drogen-/Mehrfachabhängigkeit) nicht überschritten werden.

---

<sup>3</sup> Therapiedauer incl. Verlängerungsmöglichkeit bei stationären und ganztägig ambulanten Suchtbehandlungen:

Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit	13 Wochen + 2 Wochen
Adaption bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit	10 Wochen + 2 Wochen
Drogen- und Mehrfachabhängigkeit	22 Wochen + 3 Wochen
Adaption bei Drogen- und Mehrfachabhängigkeit	12 Wochen + 3 Wochen

Wesentliche Grundlage der Vernetzung der unterschiedlichen Therapieformen ist eine Abstimmung von Diagnostik und Dokumentation. Um dieses Ziel zu erreichen sowie die Nichtantrittsquote zwischen den unterschiedlichen Behandlungsformen zu senken bzw. möglichst gegen Null zu reduzieren, sind einige Sondermodule geschaffen worden. Hierbei handelt es sich um

- das Übergabemanagement,
- die Belastungserprobung für ambulante Therapie,
- die Qualitätszirkel im regionalen Therapeutenteam sowie
- das Ablaufcontrolling.

Auf die einzelnen Module wird im Folgenden ebenso eingegangen wie auf die Gesamtbehandlungsdauer und das Verwaltungsverfahren.

## **7. Behandlungsplanung Kombi-Nord**

Zu Beginn einer Kombinationsbehandlung steht eine ausführliche mit dem Rehabilitanden abgestimmte Therapieplanung. Der vorgesehene Behandlungsverlauf ist in dem Vordruck *Behandlungsplanung Kombi-Nord* festzulegen und mit den sonstigen Antragsunterlagen bei der DRV einzureichen (Teil der Verwaltungsakte). Die Behandlungsplanung kann im laufenden Reha-Verfahren / während der Therapie entsprechend der Therapieziele und ihrer Fortschritte jederzeit angepasst werden. Im Falle einer Änderung der Behandlungsplanung ist diese zwischen den Bezugstherapeuten der beteiligten Einrichtungen zu kommunizieren und seitens des Therapieverbundes ein neuer Therapieplanungsbogen auszufüllen und der DRV zu übersenden. Eine Begründung oder ein Zwischenbericht ist nicht erforderlich. Es ist nur darauf zu achten, dass das jeweilige Zeitbudget innerhalb der jeweiligen Leistungsform nicht überschritten wird. Auch seitens der DRV ist keine Änderungsmitteilung an die Einrichtungen erforderlich.

## **8. Behandlungsziele**

Es gelten die Behandlungsziele, die in den jeweiligen Konzepten der anerkannten Einrichtungen beschrieben werden.

## **9. Diagnostisches Vorgehen**

Es werden die in den Einrichtungen üblichen diagnostischen Instrumente der psychiatrischen, psychotherapeutischen, somatischen, psychologischen, sozialarbeiterischen und arbeitstherapeutischen Diagnostik angewendet. Darüber hinaus ist eine genaue Analyse des Krankheits- und Behandlungsverlaufs sowie der Lebensgeschichte erforderlich. Aus den querschnittsorientierten Diagnosen und aufgrund der Ergebnisse der Längsschnittbetrachtungen des Lebens- und Krankheitsverlaufs, werden wesentliche Gesichtspunkte für die Behandlungsindikation (Rehabilitationsdiagnose) und für die Behandlungsplanung gewonnen.

## **10. Somatische Therapie**

Hier gelten die in den Konzepten der beteiligten Einrichtungen niedergelegten Vorgehensweisen.

## **11. Therapeutisches Vorgehen**

Das therapeutische Vorgehen orientiert sich an den o.g. Leitlinien, wie sie in den Konzepten der beteiligten Einrichtungen verankert sind. In den einzelnen Therapieformen ist jedoch darauf zu achten, dass die jeweilige Vorgehensweise darauf ausgerichtet ist, dass es die Möglichkeit der

Weiterbehandlung gibt. Die Dokumentation des Therapiesgeschehens ist entsprechend vorzunehmen.

## 12. Weitere Behandlungselemente

### a) Übergabegespräch<sup>4</sup>

Im Rahmen des Übergabegesprächs als Dreierkonferenz erfolgt die Übergabe des Rehabilitanden von einem Behandlungssetting in das andere. Es dient vor allem dazu, den gegenwärtig erreichten Therapiestand festzustellen sowie nach gemeinsamer Absprache die weitere Planung incl. einer Feinzielplanung für das nächste Behandlungsmodul festzulegen. Teilnehmer dieser Besprechung sind aufnehmender und abgebender Bezugstherapeut sowie der Rehabilitand.

Für das Übergabegespräch sind gewisse Vorarbeiten zu leisten. Die abgebende Einrichtung stellt den bisherigen Behandlungsbericht (Patientendaten, erreichte und angestrebte Therapieziele, zeitliche Planung) zusammen und leitet ihn in digitalisierter Form an die aufnehmende Einrichtung weiter. Die aufnehmende Einrichtung setzt sich mit den Vorbehandlungsergebnissen auseinander und arbeitet von dem erreichten Stand aus. Für eine nahtlose Übergabe sind dementsprechend erforderlich:

- eine konsequente, umfassende fortlaufende Dokumentation des Therapiestandes (möglichst bereits in dem *fortzuschreibenden einheitlicher Entlassungsbericht*),
- die Operationalisierung der Therapieziele auf allen Ebenen (psychotherapeutisch, somatisch, edukativ, arbeitsbezogen) sowie
- die Besprechung geplanter Interventionen.

Durchgeführt werden soll das Übergabemanagement immer zum Wechsel eines Behandlungsmoduls. Grundsätzlich haben hierbei die Übergabegespräche als Dreierkonferenz und persönlich zu erfolgen. (Ggf. weitere bestehende Regelungen werden trägerspezifisch bekannt gegeben.)

### b) Belastungserprobung für ambulante Therapie (BEAT)<sup>5</sup>

Zur weiteren Unterstützung des Therapieerfolges wird die BEAT eingeführt. Sie soll dem Rehabilitanden einen krisenarmen Übergang vom stationären Setting in die ambulante Behandlung erleichtern. Hierzu kann der Rehabilitand noch während des stationären Therapiemoduls in seiner zukünftigen ambulanten Suchtbehandlungsstelle an einer Therapiegruppe teilnehmen und seine zukünftigen Gruppenmitglieder, die Therapeuten, die Räumlichkeiten, den Weg dort hin etc. kennen lernen. Auf diese Weise sollen eventuell vorhandene Ängste und Barrieren abgebaut werden, die den Rehabilitanden bisher daran hinderten, die Behandlung ambulant fortzusetzen.

Hierbei ist die BEAT als ein indikatives, optionales Behandlungsmodul zu verstehen. Eine Verpflichtung zur Teilnahme an einer BEAT besteht nicht. Voraussetzung für die Teilnahme an einer BEAT ist die Abstinenzfähigkeit. Der Rehabilitand sollte ohne Rückfall an der BEAT teilnehmen können, auch wenn es ihm nicht möglich ist, noch am gleichen Tag in die Klinik zurückzukehren. Darüber hinaus dürfen der DRV keine Übernachtungskosten entstehen. Während der Gesamtbehandlungsdauer können bis zu 3 BEAT abgerechnet werden.

---

<sup>4</sup> KTL-Code D 044

<sup>5</sup> KTL-Code G 161

### c) Qualitätszirkel<sup>6</sup>

Zur Abstimmung von Diagnostik und Dokumentation sowie für die Besprechung und Behebung von Schnittstellenproblemen findet einmal pro Quartal ein Qualitätszirkel statt. Hierbei werden einrichtungsübergreifend Schnittstellenprobleme und insbesondere Verwaltungs- und Behandlungsprozesse optimiert.

### d) Ablaufcontrolling<sup>7</sup>

Begleitet wird das gesamte Verfahren durch ein Ablaufcontrolling. Hierunter wird die Verwaltungstätigkeit eines Einrichtungsmitarbeiters (nicht Bezugstherapeut) als Ansprechpartner, Rückmelder und Ablaufverantwortlicher für alle Beteiligten (Leistungsträger, Leistungsanbieter, Rehabilitand) incl. der Dokumentation während der Gesamtbehandlung verstanden. Der Ablaufcontroller sollte jederzeit über die bereits absolvierten und noch geplanten Therapieeinheiten usw. Auskunft geben können. Weiterhin achtet er auf die rechtzeitige Dokumentation. Er überwacht die Ablaufplanung und die Übersendung der erforderlichen Vordrucke und Berichte. Um diese Aufgaben effektiv erledigen zu können, sind gut dokumentierte und laufend fortgeschriebene Therapieunterlagen erforderlich.

Der Ablaufcontroller steht auch als Ansprechpartner für den Rehabilitanden zur Verfügung (z.B. Aushändigung von Übergangsgeldberechnungsunterlagen).

Das Ablaufcontrolling kann einmal pro Behandlungsmodul abgerechnet werden.

## 13. Dokumentation und Berichterstattung

Die Dokumentation ist aktuell fortlaufend und so zu organisieren, dass sie unmittelbar der Abschlussberichterstattung dienen könnte. Zwischen den beteiligten Einrichtungen sind Absprachen bezüglich einer fortlaufenden Berichterstattung zu treffen. Die zuletzt zuständige Einrichtung fertigt den Abschlussbericht. Idealerweise bilden die peer-review-Kategorien, die schon im Sozialbericht ergänzend verankert werden können, eine gute Grundlage für den Abschlussbericht.

## IV. Qualitätsmanagement

Beim internen Qualitätsmanagement ist insbesondere darauf zu achten, dass die spezifischen Bedingungen und Prozesse der Kombitherapien mit in die laufende Qualitätsverbesserung aufzunehmen sind.

## V. Antragsverfahren

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

---

<sup>6</sup> KTL-Code D 044

<sup>7</sup> Kein KTL-Code, da es sich nicht um eine therapeutische Leistung handelt.

Bescheid wird auf den vorgelegten – aktuellen – und mit dem Rehabilitanden abgestimmten Therapieplan verwiesen.<sup>8</sup>

## VI. Verwaltungsverfahren

Der Wechsel von einem Behandlungsmodul in das andere ist ca. 10 Tage vor dem Wechseltermin anhand der formularmäßigen *Wechselmitteilung* anzuzeigen. Zur Bestätigung des vollzogenen Behandlungsformwechsels ist von der abgebenden Einrichtung die *Beendigungsmitteilung* und von der aufnehmenden Einrichtung die *Aufnahmemitteilung* zu übersenden. Die vollständige Übersendung des Entlassungsberichtes ist an dieser Stelle nicht erforderlich, da es sich hier um einen von den beteiligten Einrichtungen fortzuschreibenden *einheitlichen Entlassungsbericht* handelt. Der vollständige Entlassungsbericht ist erst am Ende der Gesamtbehandlung von der letztbehandelnden Einrichtung federführend zu übersenden. Hierbei endet die Behandlung spätestens ein Jahr nach dem Tag, der dem Behandlungsbeginn vorausgeht (z.B. 31.03.2008 bis 30.03.2009).

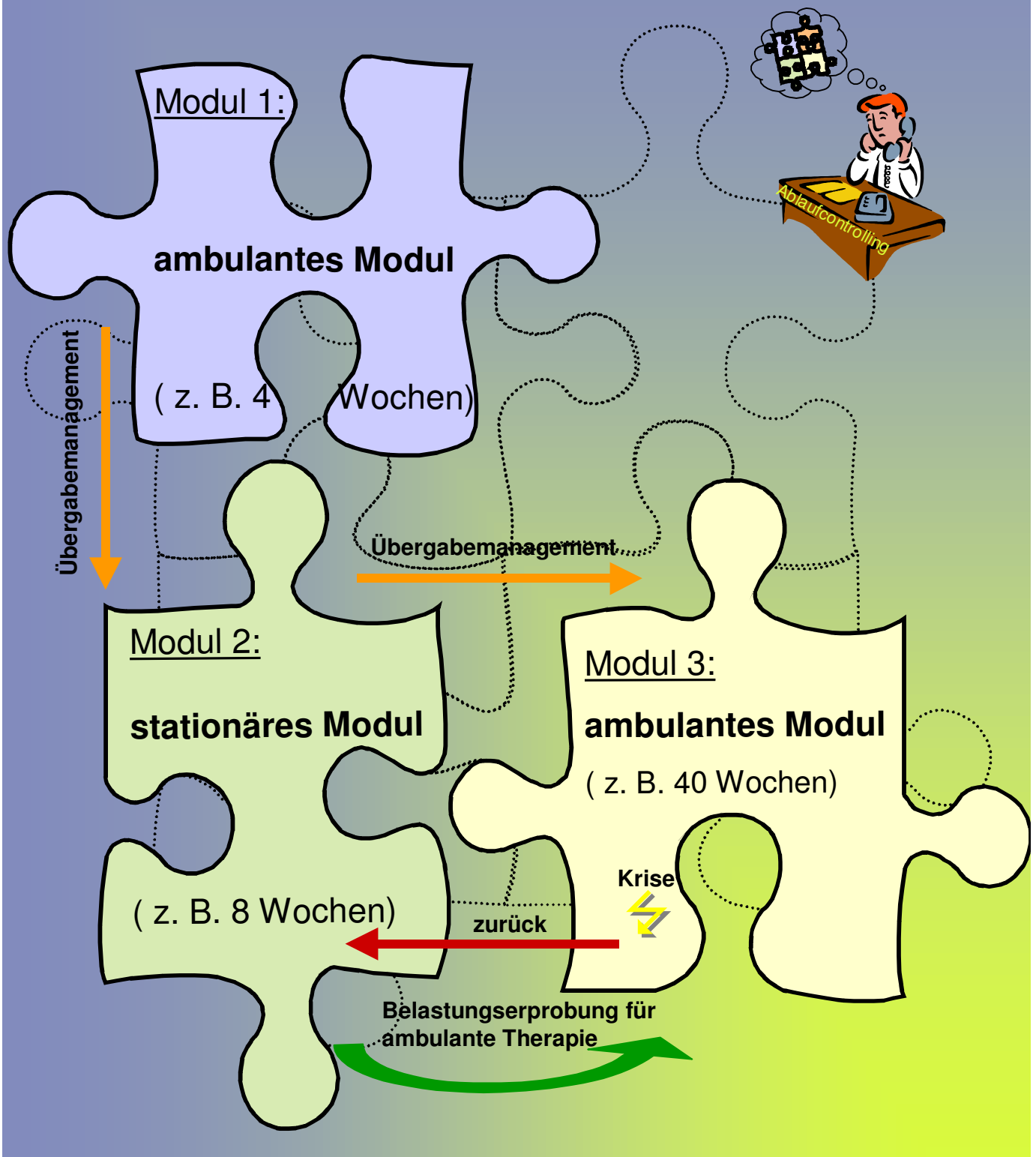
Möchte der Rehabilitand während seiner Kombi-Nord aufgrund der Länge der Behandlungsdauer eine Therapiepause einlegen, ist diese mit Einverständnis des Bezugstherapeuten möglich. Die DRV ist von der Beurlaubung vor deren Beginn zu unterrichten. Gleiches gilt für eine Therapieunterbrechung, sollte der Rehabilitand z.B. seine Abstinenzfähigkeit unrealistisch einschätzen. Die Therapieunterbrechung / Beurlaubung darf im Gesamtbehandlungszeitraum 6 Wochen nicht überschreiten. Wird am Ende der Gesamtbehandlungszeit eine weitere Behandlungsnotwendigkeit gesehen, so kann der 52-Wochenzeitraum um die Zeit einer krankheitsbedingten Unterbrechung oder Entgiftung (sofern bei einem Rückfall das Therapieziel nicht als gefährdet angesehen wird) auf Antrag verlängert werden. Gleiches gilt auch für die Zeit einer geplanten Therapieunterbrechung. Sollte **im Ausnahmefall** am Ende der gesamten Behandlungszeit (ggf. incl. Verlängerung um die Therapiepause) noch immer ein weiterer, **gravierender** Therapiebedarf gesehen werden, kann eine Nachsorgebehandlung beantragt werden.

---

<sup>8</sup> Bis zur technischen Umsetzung der einheitlichen (neuen) Bescheidtexte erfolgt die Bescheidschreibung trägerspezifisch.

# Kombi-Nord

(Ein beispielhafter Verlauf.)



## 52-Wochen-Behandlungsrahmen

# Behandlungsvarianten

(keine abschließende Aufzählung)

## Beispiel:

stationäres Modul  
(z. B. 8 Wochen)



ambulantes Modul  
(z. B. 13 Wochen)



stationäres Modul  
(z. B. 4 Wochen)



ambulantes Modul  
(z. B. 27 Wochen)

## Beispiel:

stationäres Modul  
(z. B. 8 Wochen)



Tagesklinik  
(z. B. 6 Wochen)



ambulantes Modul  
(z. B. 38 Wochen)

## Beispiel:

ambulantes Modul  
(z. B. 4 Wochen)



stationäres Modul  
(z. B. 8 Wochen)



Adaption  
(z. B. 8 Wochen)



ambulantes Modul  
(z. B. 32 Wochen)

# Beschreibung der Sondermodule

## Das Übergabegespräch

- wird in einer persönlichen Dreierkonferenz (Vor- und Weiterbehandler und Rehabilitand) durchgeführt.
- optimiert die Zusammenarbeit der einzelnen Leistungsanbieter.
- führt zu einer besseren Ressourcennutzung im therapeutischen Gesamtkontext.

## Die Belastungserprobung für ambulante Therapie **BEAT**

- soll dem Rehabilitanden einen krisenarmen Übergang vom stationären Setting in die ambulante Behandlung erleichtern. Hierzu nimmt er in der ambulanten Suchtbehandlungsstelle an der Gruppentherapie teil.
- sichert die Kontaktaufnahme in das nachfolgende Modul und bietet die Möglichkeit, Ängste vor dem bevorstehenden Therapieformwechsel bereits im Vorfeld durch das Kennenlernen der ambulanten Einrichtung und der neuen Gruppenteilnehmer und Therapeuten, zu nehmen.
- ist ein indikatives optionales Modul.

Der **Qualitätszirkel** dient der Abstimmung, Besprechung und Behebung von Schnittstellenproblemen insbesondere bei Verwaltungs- und Behandlungsprozessen.

Begleitet wird das gesamte Verfahren durch ein **Ablaufcontrolling**. Hierunter wird im Rahmen der Kombi-Nord die Verwaltungstätigkeit eines Einrichtungsmitarbeiters (nicht Bezugstherapeut) als Ansprechpartner, Rückmelder und Ablaufverantwortlicher für alle Beteiligten (Leistungsträger, Leistungsanbieter, Versicherten) incl. der Dokumentation während der Gesamtbehandlung verstanden.



## VII. Literatur

- Ahlrichs, T. (2007). Regionalisierung im Norden. Genese und Analyse des Regionalisierungsgedankens in der Suchtkrankenhilfe Niedersachsen. [fdr-online.info/pdf/s01ahlrichs.pdf](http://fdr-online.info/pdf/s01ahlrichs.pdf).
- Bergmann E. & Horch K. (2000). Ökonomische Bewertung von gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums, *Sucht*, 2, 14-18.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2007). *Jahrbuch Sucht 2008*. Geesthacht: Neuland.
- Deutsche Rentenversicherung. Statistik Rehabilitation. fortlaufende Jahrgänge.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2007). *ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*.
- Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (2002). *Die Zukunft der Suchtbehandlung – Trends und Prognosen*. Geesthacht: Neuland.
- Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (GVS) (2001). *Regionale Verbundsysteme – Positionspapier*.
- Grünbeck, P. & Klosterhuis, H. (2004). Der sozialmedizinische Verlauf nach Sucht-Rehabilitation – Fakten und Funktion, *Heidelberger Kongress 2004, Tagungsband*.
- Henkel, D., Dornbusch, P. & Zemlin, U. (2005). Prädiktoren der Alkoholrückfälligkeit bei Arbeitslosen 6 Monate nach Behandlung: Empirische Ergebnisse und Schlussfolgerungen für die Suchtrehabilitation. *Suchttherapie*, 4, 165-175.
- Institut für Therapieforschung (2007). Prävalenz des Konsums psychoaktiver Substanzen u. jährliche Zahl der Behandlungsfälle in Deutschland. [www.ift.de/IFTdeut/Daten/Praevalenz](http://www.ift.de/IFTdeut/Daten/Praevalenz).
- Janz, S., Knauf, W. & Neeb, K. (2000). Integrierte stationär-ambulante Rehabilitation (ISAR). Zielsetzung, Organisation und Behandlungsprogramm eines neuen Modells. Vortrag auf dem Bundesdrogenkongress.
- Korte, S. & Ratzke, K. (2007). Die Modul-Mischung macht´s. *Neue Caritas*, 9, 26-28.
- Korte, S., Ratzke, K., Scholz, W.D. & Tielking, K. (2008). *Die Modulare Kombinationsbehandlung - Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung im regionalen Therapieverbund der Lukas Werk Suchthilfe gGmbH und ihrer externen Kooperationspartner*. Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Kramer, G., Dormann, S. & Wienberg, G. et al. (1998). Erkennung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung und Vernetzung mit den Versorgungssystemen für Abhängigkeitskranke und Menschen mit Alkoholproblemen. Abschlussbericht der Projektgruppe im Modellverbund. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, 106, 8-50.
- Meyenberg, R. & Tielking, K. (Hrsg.). (1999). *Neue Wege in der Rehabilitation Alkoholabhängiger*. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg.
- Neubauer, G. (2002). Schnittstellenproblematik aus gesundheitsökonomischer Sicht. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 58, 91-93.
- Ratzke, K., Röseler, S. & Tielking, K. (2006). *Modulare Kombinationsbehandlung. Wissenschaftliche Begleitforschung eines neuen Rehabilitationskonzeptes*. *Konturen*, 5, 30-33.

Sonntag, D., Künzel, J. (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? Sucht, 46, Sonderheft 2,

Tielking, K. & Kuß, G. (Hrsg.). (2001). Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS) - Eröffnungsbericht zu einem Modellprojekt in der Region Oldenburg. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg.

Tielking, K. & Kuß, G. (2002). Effiziente Rehabilitation durch Kooperation: Was erfordert eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Leistungsanbietern und Leistungsträgern? In Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.), Die Zukunft der Suchtbehandlung: Trends und Perspektiven (S. 381-391). Geesthacht: Neuland.

Tielking, K. & Kuß, G. (Hrsg.) (2003). Vernetzung von Behandlungsangeboten in der Rehabilitation Alkoholabhängiger. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg.

Tielking, K. & Ratzke, K. (2004). Standards für Verbundarbeit in der Suchtkrankenhilfe – Abschlussbericht zur flächendeckenden Umsetzung des Modellprojekts (EVS). Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg.

Tielking, K. & Ratzke, K. (2004). Suchtbehandlung für Klientinnen/Patientinnen? - Empirische Ergebnisse eines Modellprojekts. Sucht aktuell, 11, 59-64.

Tielking, K. & Ratzke, K. (2007). Gesundheitsökonomische Aspekte der Verbundarbeit in der Suchthilfe (GÖS). Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (2001). Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (1991). Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Abschlussberichte.

Wiegand, G. (2002). Vom System her denken und mitwirken – Finanzierung von Verbänden und Kooperationen: Die Sicht eines regionalen Leistungsträgers. Partner-Magazin, 36, 22-25.

Zemlin, U. (2000). Lohnt sich eine längere Behandlungsdauer bei Therapiewiederholern? In Fachverband Sucht (Hrsg.), Indikationsstellung u. Therapieplanung bei Suchterkrankungen (S. 234-258). Geesthacht: Neuland.