

Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001

Die Vereinbarung regelt die Zusammenarbeit zwischen den Rentenversicherungsträgern und den Krankenkassen bei der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker.

Es erfolgt eine Abgrenzung der Zuständigkeiten und eine Beschreibung der Ziele, des Antragsverfahrens und der Voraussetzungen. Ferner wird mit der Vereinbarung die Grundlage für eine gemeinsame Kostenpauschale gelegt. Die Vereinbarung enthält weitere Anlagen. Die Anlagen 1 und 2 legen die Anforderungen an die ambulanten und stationären Einrichtungen fest. In der Anlage 3 sind Kriterien für die Entscheidung zwischen der ambulanten und stationären Leistungsform enthalten. Die Anlage 4 führt Entscheidungshilfen für die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger auf.

Die Vereinbarung ist am 1. Juli 2001 in Kraft getreten.

Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001

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

zwischen

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

und

dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
dem Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen

(Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“
vom 04.05.2001

§ 1

Gegenstand

(1) Die Vereinbarung regelt die Zuständigkeit und das Verfahren bei der Bewilligung von Leistungen für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige (Abhängigkeitskranke), wenn Leistungen der Krankenversicherung und/oder der Rentenversicherung¹ in Betracht kommen. Zudem definiert sie die an die Rehabilitationseinrichtungen zu stellenden Anforderungen (**Anlagen 1 und 2**).

¹ einschließlich der Alterssicherung der Landwirte

(2) Eine Abhängigkeit i. S. der Vereinbarung liegt vor bei
→ Unfähigkeit zur Abstinenz oder
→ Verlust der Selbstkontrolle oder
→ periodischem Auftreten eines dieser beiden Symptome.

² Der Begriff „ambulante Rehabilitation“ umfasst auch teilstationäre Rehabilitation.

(3) Leistungen i. S. dieser Vereinbarung sind ambulante² und stationäre Entwöhnungs- sowie Entzugsbehandlungen.

§ 2

Ziele der medizinischen Rehabilitation

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

§ 3

Entwöhnungsbehandlungen

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

§ 4

Entzugsbehandlungen

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

§ 5

Zuständigkeit

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

§ 6

Verfahren

- (1) Der Antrag auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation ist unter Verwendung der dafür vorgesehenen Vordrucke zu stellen. Dem Antrag sind beizufügen:
 - ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, des Gutachterdienstes bzw. eines Gutachters der Rentenversicherung oder ein ärztlicher Befundbericht über die medizinische Notwendigkeit der Rehabilitation mit Prognose (§ 3 Abs. 1) auf Vordruck und
 - ein aussagekräftiger, fachgerecht erstellter Sozialbericht auf Vordruck.

- (2) Der zuständige Rehabilitationsträger entscheidet bei Vorliegen der vollständigen Antragsunterlagen unverzüglich über den Antrag. Bei Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers informiert dieser die Krankenkasse über seine Entscheidung.
Ist vor der Entwöhnungsbehandlung eine Entzugsbehandlung erforderlich, leitet der behandelnde Arzt diese ein. Im Interesse eines nahtlosen Übergangs ist ggf. der Antrag auf eine Entwöhnungsbehandlung rechtzeitig vor Beendigung der Entzugsbehandlung dem zuständigen Rehabilitationsträger zu übermitteln. Dabei sollen sich die Krankenkasse und der Rentenversicherungsträger über Beginn und Dauer der Entzugsbehandlung sowie über den Beginn der Entwöhnungsbehandlung abstimmen.
- (3) Ist der Antrag bei einer Krankenkasse gestellt worden und hält diese den Rentenversicherungsträger für zuständig (vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 1), leitet sie die Antragsunterlagen unverzüglich an den Rentenversicherungsträger weiter.
- (4) Im Rahmen von Arbeitsgemeinschaften können besondere Absprachen über das Verfahren getroffen werden.
- (5) Für einen Wechsel der Leistungsform ist grundsätzlich eine Zustimmungserklärung des Versicherten erforderlich. Dem Rehabilitationsträger ist außerdem zur Entscheidung rechtzeitig ein Zwischenbericht im Sinne eines vorläufigen Entlassungsberichtes zuzuleiten, der insbesondere zu dem Verlauf der bisherigen Rehabilitationsleistungen, den Gründen für ihre Beendigung, der weiteren Rehabilitationsbedürftigkeit und der Notwendigkeit und Erfolgsaussicht eines Wechsels der Leistungsform Stellung nehmen muss. Hinsichtlich der Entscheidung über den Wechsel gilt Abs. 2 Satz 1 entsprechend.
- (6) Ist im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung eine Nachsorgeleistung erforderlich und ist hierfür der Rentenversicherungsträger oder die Krankenkasse zuständig, bedarf es neben der Zustimmungserklärung des Versicherten einer ärztlichen Bescheinigung über die Notwendigkeit der Leistung. Insbesondere ist darzulegen, warum der Anschluss an eine Selbsthilfe- bzw. Abstinenzgruppe für den Abhängigkeitskranken nicht ausreicht.

§ 7

Leistungsumfang

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

§ 8

Finanzierung

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

§ 9

Änderung, Kündigung

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

§ 10

Inkrafttreten

- (1) Die Vereinbarung tritt am 01.07.2001 in Kraft.
- (2) Sie gilt für alle Fälle, in denen der Antrag auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation (§ 6 Abs. 1) nach dem Inkrafttreten der Vereinbarung gestellt wurde. Sie ersetzt die „Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 20.11.1978“ und die „Empfehlungsvereinbarung der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger über die Leistungen der ambulanten Rehabilitation Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger vom 29.01.1991“ i. d. F. vom 05.11.1996. Die Anlagen 1 und 2 der Vereinbarung ersetzen die Anlagen 1 und 2 des Gesamtkonzeptes zur Rehabilitation von Abhängigkeitskranken (Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige) vom 15. Mai 1985. Die Gemeinsamen Leitlinien der Kranken- und Rentenversicherungsträger für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Entwöhnung bei Abhängigkeitserkrankungen vom 09.03.1995 werden durch die Anlage 3 der Vereinbarung abgelöst.

Anforderungen an die Einrichtungen zur Durchführung ambulanter medizinischer Leistungen zur Rehabilitation

0. Für die Durchführung ambulanter Entwöhnungsbehandlungen kommen Einrichtungen in Betracht, die mindestens die nachstehend genannten Voraussetzungen erfüllen:
 1. Der Träger der Einrichtung muss
 - 1.1 Mitglied in einem Verband der Freien Wohlfahrtspflege sein oder
 - 1.2 juristische Person des öffentlichen Rechts sein oder
 - 1.3 eine Anerkennung als gemeinnützige Einrichtung besitzen oder
 - 1.4 ein privater Träger sein und über eine Konzession nach § 30 der Gewerbeordnung verfügen.
 2. Die Einrichtung muss ein wissenschaftlich begründetes Therapiekonzept vorlegen, das u. a. Aussagen zum diagnostischen Vorgehen, zu den Leistungen und zu den therapeutischen Zielen einschließlich der Leistungsdauer enthält. Die Einrichtung muss bereit sein, sich an Qualitätssicherungsprogrammen einschließlich Effektivitätskontrollen zu beteiligen und die durchgeführten Leistungen dokumentieren.

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

- Diagnostik und Indikationsstellung
- Motivationsklärung und Motivierung
- therapeutische Einzel- und Gruppengespräche
- Beteiligung der Bezugspersonen am therapeutischen Prozess
- begleitende Hilfen im sozialen Umfeld
- Krisenintervention
- Vorbereitung der stationären Leistungen zur Rehabilitation
- ggf. Zusammenarbeit im Therapieverbund (ambulante und stationäre Einrichtungen)
- Hilfe zur Selbsthilfe
- Prävention.

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

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

3. In der Einrichtung müssen auf dem Gebiet der Suchtkrankenenarbeit qualifizierte und erfahrene
 - Ärzte,
 - approbierte psychologische Psychotherapeuten oder Diplom-Psychologen und
 - Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagogen regelmäßig und verantwortlich zusammenarbeiten.

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

4. Mindestens 3 therapeutische Mitarbeiter, in der Regel Diplom-Psychologen oder approbierte psychologische Psychotherapeuten und Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagogen, müssen hauptberuflich in der Einrichtung tätig sein.
5. Zu den Aufgaben des Arztes gehören neben der therapeutischen Tätigkeit vor allem:
 - Verantwortliche Leistungserbringung
 - Anamneseerhebung, allgemeinärztliche Untersuchung
 - Informationsaustausch mit niedergelassenen Ärzten
 - ggf. Empfehlung weiterer Diagnostik und Therapie sowie Kontakt mit den behandelnden Ärzten
 - Indikationsstellung
 - Teilnahme an Fall- und Teambesprechungen
 - ggf. Zwischenuntersuchung
 - Abschlussuntersuchung
 - Verantwortliches Erstellen eines qualifizierten Entlassungsberichtes im Zusammenwirken mit den anderen Therapeuten.
6. Die therapeutisch tätigen Mitarbeiter müssen eine geeignete Qualifikation/Weiterbildung auf psychotherapeutischer Grundlage haben. Als Qualifikation/Weiterbildung kommen z. B. in Betracht:
 - für Ärzte: Weiterbildungen entsprechend den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern oder
 - für approbierte psychologische Psychotherapeuten: Qualifikationen nach dem Psychotherapeutengesetz oder
 - für Diplom-Psychologen: entsprechend geeignete Weiterbildungen oder
 - für Diplom-Sozialarbeiter und Diplom-Sozialpädagogen tätigkeitsfeldspezifische, d. h. auf die Indikation „Sucht“ ausgerichtete Weiterbildungsgänge.
7. Regelmäßige Fortbildung und externe Supervision des therapeutisch tätigen Personals sind sicherzustellen.
8. Bei der Durchführung therapeutischer Gruppengespräche soll die Gruppenstärke
 - für Alkohol- und Medikamentenabhängige bei 10 bis 12 Patienten und
 - für Drogenabhängige bei 6 bis 8 Patienten liegen.

¹ vgl. Grigoleit, H./ Hüllinghorst, R./ Wenig, M. (Hrsg.): Handbuch Sucht, Sankt Augustin 2000; DRV 1992 S. 474 ff.
Die überarbeiteten Auswahlkriterien finden Sie ab Seite 78.

Im übrigen wird auf den Kriterienkatalog für die Beurteilung von Weiterbildungen für Einzel- und Gruppentherapeuten – Tätigkeitsfeld Sucht – von 1992 verwiesen¹.

Anforderungen an die Einrichtungen zur Durchführung stationärer medizinischer Leistungen zur Rehabilitation

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

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

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

Sie müssen eine geeignete Qualifikation/Weiterbildung haben:

- als Ärzte: Weiterbildungen entsprechend den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern oder
- als approbierte psychologische Psychotherapeuten: Qualifikationen nach dem Psychotherapeutengesetz oder
- als Diplom-Psychologen: entsprechend geeignete Weiterbildungen oder
- als Diplom-Sozialarbeiter und Diplom-Sozialpädagogen tätigkeitsfeldspezifische, d. h. auf die Indikation „Sucht“ ausgerichtete Weiterbildungsgänge.

¹ vgl. Grigoleit, H./ Hüllinghorst, R./ Wenig, M. (Hrsg.): Handbuch Sucht, Sankt Augustin 2000; DRV 1992, S. 474 ff.
Die überarbeiteten Auswahlkriterien finden Sie ab Seite 78.

Im Übrigen wird auf den Kriterienkatalog für die Beurteilung von Weiterbildungen für Einzel- und Gruppentherapeuten – Tätigkeitsfeld Sucht – von 1992 verwiesen¹.

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

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

6. In der Einrichtung muss eine in Psychotherapie ausgebildete Fachkraft vorhanden sein. Dabei kann es sich um einen Arzt oder einen approbierten psychologischen Psychotherapeuten oder einen klinischen Diplom-Psychologen oder einen Diplom-Psychologen mit vergleichbarer Aus- oder Weiterbildung handeln.
7. Für die Gruppen- und Einzeltherapie soll
 - bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen für jeweils 10 bis 12 Patienten
 - bei Drogenabhängigen für jeweils 6 bis 8 Patienteneiner der unter 4.1 bis 4.3 aufgeführten Therapeuten zur Verfügung stehen. Dieser Therapeut soll zugleich die Hauptbezugsperson für diese Patientengruppe sein.

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

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

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

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

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

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

¹ Das kann angenommen werden, wenn der/die Abhängigkeitskranke insbesondere während der Motivationsphase die von der Beratungsstelle bzw. Beratungs- und Behandlungsstelle gesetzten Grenzen und Vorgaben akzeptieren und einhalten konnte. Die der Rehabilitation vorangehende Motivationsphase dauert mindestens 4 Wochen, wobei ein regelmäßiger Besuch vorausgesetzt wird.

- 1.6 Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit
 - zur aktiven Mitarbeit,
 - zur regelmäßigen Teilnahme und
 - zur Einhaltung des Therapieplansin Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Entwöhnung vorhanden ist¹.
 - 1.7 Der/die Abhängigkeitskranke ist bereit und in der Lage, abstinent zu leben und insbesondere suchtmittelfrei am ambulanten Therapieprogramm regelmäßig teilzunehmen.
 - 1.8 Auch bei einem langen oder intensiven Suchtverlauf kann die Indikation für eine ambulante Entwöhnung bestehen.
 - 1.9 Ausreichende Mobilität ist vorhanden, d. h., die tägliche An- und Abfahrt z. B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist möglich. Der/die Abhängigkeitskranke muss in der Lage sein, innerhalb einer angemessenen Zeit (ca. 45 Minuten) die Einrichtung zu erreichen bzw. nach Hause zurück zu kehren.
2. Eine stationäre Rehabilitation (Entwöhnung) kommt insbesondere in Betracht, wenn eines oder mehrere der folgenden Kriterien zutreffen:
 - 2.1 Es bestehen schwere Störungen auf seelischem, körperlichem oder sozialem Gebiet, die eine erfolgreiche ambulante Rehabilitation in Frage stellen.
 - 2.2 Die Herausnahme aus einem pathogenen sozialen Umfeld (z. B. bei massiven familiären Konflikten oder destruktiven Partnerbeziehungen) ist erforderlich, um den Rehabilitationserfolg zu sichern.
 - 2.3 Das soziale Umfeld des/der Abhängigkeitskranken hat keine unterstützende Funktion. (Anmerkung: Die Behandlungsstelle allein kann die Funktion des intakten sozialen Umfeldes nicht übernehmen.)
 - 2.4 Der/die Abhängigkeitskranke ist beruflich nicht integriert und bedarf infolgedessen spezifischer Leistungen zur Vorbereitung einer beruflichen Wiedereingliederung, die ambulant nicht erbracht werden können.
 - 2.5 Eine stabile Wohnsituation ist nicht vorhanden.
 - 2.6 Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit
 - zur aktiven Mitarbeit,
 - zur regelmäßigen Teilnahme oder
 - zur Einhaltung des Therapieplansin Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Entwöhnung nicht ausreichend vorhanden ist.
 - 2.7 Der/die Abhängigkeitskranke ist nicht bereit oder nicht in der Lage, während der ambulanten Entwöhnung abstinent zu leben und insbesondere suchtmittelfrei am ambulanten Therapieprogramm teilzunehmen.
 - 2.8 Ein langer oder intensiver Suchtverlauf kann insbesondere vor dem Hintergrund der Kriterien 2.1 bis 2.7 eine Indikation für eine stationäre Entwöhnung darstellen.

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

² Anlage 4 wurde von allen Spitzenverbänden außer dem IKK-Bundesverband verabschiedet. Sie gilt daher nicht für die im IKK-Bundesverband zusammengeschlossenen Krankenkassen.

³ Es handelt sich hierbei um Mittel i. S. d. § 6 BUB-Richtlinien.

Krankenversicherung² und Rentenversicherung verbinden mit dem übergangsweisen Einsatz von einem Substitutionsmittel³ im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger, die bereits nach den BUB-Richtlinien substituiert werden, folgende

Zielvorstellungen:

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

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

1. Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose können auch bei Substitution ohne Beigebrauch von anderen Suchtmitteln gegeben sein.

Beim Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms durch Opioiden nach ICD-10 besteht auch unter Substitution (F11.22) i. d. R. Rehabilitationsbedürftigkeit.

¹ „Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger vom 26.04.1999“ (Anlage A Nr. 2 zu den Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V – BUB-Richtlinien – in der Neufassung vom 10.12.1999); s. Bundesanzeiger Nr. 109 vom 17.06.2000, Seite 9393 ff.; Deutsche Ärzteblatt, H. 25, vom 25.06.1999 C-1250.

Die Rehabilitationsfähigkeit darf durch psychische und körperliche Begleit- und Folgeleiden nicht in Frage gestellt werden. Sie ist nach einer entsprechenden Vorbereitung sozialmedizinisch zu beurteilen. Eine medizinische Kontraindikation liegt insbesondere vor bei: floriden Psychosen, akuter Suizidalität oder einem schweren organischen Psychosyndrom.

Eine medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger bei übergangsweisem Einsatz von einem Substitutionsmittel ist sozialmedizinisch dann begründet, wenn aus der Auswertung der gezielten Sachaufklärung (somatischer und psychischer Befund, soziale Situation, bisherige Entwicklung des Suchtverhaltens, Motivation) ein positiver Verlauf der Rehabilitation insbesondere hinsichtlich des Rehabilitationszieles zu erwarten ist. Eine positive Rehabilitationsprognose ist vor allem dann gegeben, wenn die Versicherten

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

2. Eine abstinenzorientierte, drogenfreie medizinische Rehabilitation kann aus medizinischen Gründen zur Zeit noch nicht durchgeführt werden.

Eine Substitutionsmittel-gestützte medizinische Rehabilitation bedarf zur Herstellung der Rehabilitationsfähigkeit der Vorbereitung. Für die Vorbereitung wird nach bisheriger Erfahrung von einem Zeitraum von 6 Monaten auszugehen sein. Je nach Lage des Einzelfalles kann sich dieser Zeitraum verlängern oder verkürzen.

Im Mittelpunkt der Vorbereitung stehen folgende Inhalte und Ziele:

- Sicherung bzw. Wiederherstellung der körperlichen Gesundheit, einschließlich der somatischen und psychiatrischen Befunderhebung und Behandlung zur Herstellung von Rehabilitationsfähigkeit
- Analyse des Beigebrauchsmusters, Einstellung auf die vorläufige, individuell zu bestimmende Erhaltungsdosis (Erreichen von Dosisstabilität)⁴, Freiwerden von Beigebrauch.
(Hinweis: Die vorgenannten Inhalte und Ziele sind bereits bei der Behandlung i. S. d. BUB-Richtlinien zu erfüllen.)
- Stabilisierung des sozialen Umfeldes einschließlich Beschreibung der rechtlichen Situation, der Wohnsituation sowie der finanziellen Situation
- Motivierung und Vorbereitung für eine Rehabilitation, einschließlich Erhebung des psychosozialen Befundes.

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

3. Der Drogenabhängige wird auch noch im Zeitpunkt der Reha-Antragstellung gemäß den o. a. BUB-Richtlinien substituiert oder, wenn ein Krankenversicherungsverhältnis nicht besteht, entsprechend diesen Richtlinien substituiert⁵.
4. Der/die Drogenabhängige ist neben der Substitution im Zeitpunkt der Reha-Antragstellung nachgewiesenermaßen beikonsumfrei⁶. Als beikonsumfrei gilt derjenige, der aufgrund entsprechender gesicherter medizinischer Nachweise in den letzten 4 Wochen vor Antragstellung kein Suchtmittel (illegale Drogen, Alkohol, Medikamente)⁷ konsumiert hat. Der Nachweis ist in der Regel vom substituierenden Arzt durch Offenlegung der Ergebnisse

⁴ Hinsichtlich der Erhaltungsdosis müssen erhebliche interindividuelle Wirkunterschiede berücksichtigt werden. Sie muss deshalb individuell vom substituierenden Arzt ermittelt werden und ist erreicht, wenn Opiatentzugserrscheinungen während mindestens 24 Std. unterdrückt bleiben und die kognitiv-motorischen Funktionen nicht beeinträchtigt sind. Diese Dosis bleibt stabil, sofern keine Interaktionen mit Medikamenten, anderen Opiaten oder Erkrankungen eintreten.

⁵ Entsprechendes gilt auch im Zeitpunkt des Antritts der Rehabilitation.

⁶ siehe Fußnote 5

⁷ Akutmedizinisch indizierte Medikation ist hiervon selbstverständlich nicht erfasst.

⁸ Diese haben sich ausdrücklich auch auf Cannabinoide zu erstrecken.

entsprechender Kontrolluntersuchungen (vor allem Urinkontrollen unter Sicht)⁸ zu führen.

5. Nach der regulären Beendigung der Rehabilitation kann eine Nachsorge oder, wenn das Reha-Ziel einer vollständigen Abdosierung nicht erreicht wird, eine Weiterbehandlung im Sinne einer Auffangsubstitution nach der Rehabilitation erforderlich werden. Eine erforderliche Nachsorge oder Weiterbehandlung wird von der Rehabilitationseinrichtung rechtzeitig eingeleitet.
6. Für die Anforderungen an die Einrichtungen, die die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger bei übergangsweisem Einsatz von einem Substitutionsmittel durchführen, gelten grundsätzlich die allgemeinen Anforderungen, die auch der abstinentenorientierten, drogenfreien medizinischen Rehabilitation zugrunde liegen. Sie betreffen die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Der substituierende Arzt muss die fachlichen Voraussetzungen für die Substitution erfüllen (vgl. o. a. BUB-Richtlinien). Die Einrichtungen müssen über ein mit der Krankenversicherung bzw. Rentenversicherung abgestimmtes Konzept für diese spezielle Indikationsgruppe verfügen. Die Rehabilitationseinrichtung hat die Zusammenarbeit mit der Substitutionsmittel-Vergabestelle, mit den psychosozialen Beratungsstellen sowie anderen an der Behandlung und Rehabilitation beteiligten Stellen sicher zu stellen.

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

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