

**AG Devianz der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg  
Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover  
Diakonie Wolfsburg  
Lukas Werk Suchthilfe gGmbH  
Trägerverbund Reha Sucht Hannover (Hrsg.)**

# **Vorlagen-Reader**

**zur**

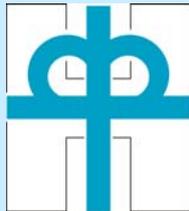
## **Modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund der**

**Lukas Werk Suchthilfe gGmbH und  
ihrer externen Kooperationspartner**

**Dezember 2007**

---

## Verfasser/Herausgeber



Der Reader wurde im Zusammenhang der „Wissenschaftlichen Begleitforschung zur Modularen Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund der Lukas Werk Suchthilfe gGmbH und ihrer externen Kooperationspartner“ erstellt. Die einzelnen Vorlagen sind Arbeitsergebnisse der Zusammenarbeit in der Lenkungsgruppe, in der VertreterInnen der beteiligten Einrichtungen des Modellprojektes, der DRV Braunschweig-Hannover und der AG Devianz der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg regelmäßig zusammenkommen, und den in diesem Kontext initiierten Projektgruppen.

Mit der Veröffentlichung der Vorlagen greifen die Herausgeber einen vielfach geäußerten Wunsch nach Transparenz über Verfahren und angewendete Instrumente in der Modularen Kombinationsbehandlung auf. Dass das offen und gestaltbar vorgehaltene Rahmenkonzept der Modularen Kombinationsbehandlung grundsätzlich verschiedene Wege und Optionen für die Implementierung und Durchführung der Kombi-Behandlung zulässt, ist dabei zu berücksichtigen. Der Reader reflektiert den Status Quo und die Spezifika der Ausgestaltung im regionalen Therapieverbund der Lukas Werk Suchthilfe gGmbH und ihrer externen Kooperationspartner. Er dient dabei der Qualitätsentwicklung und vermittelt der Fachöffentlichkeit bzw. VertreterInnen der Praxis, die ebenfalls in Therapieverbänden arbeiten, einen Überblick über administrative Erfordernisse und eine Möglichkeit der Organisation der Modularen Kombinationsbehandlung.

Insofern ist hervorzuheben, dass die Veröffentlichung dem Interesse folgt, im Sinne der Qualitätssicherung und -steigerung Doppelarbeiten zu vermeiden und anderen Leistungsanbietern im Zuständigkeitsbereich der DRV Braunschweig-Hannover eine qualitative Grundlage für die Durchführung von Kombinationsbehandlungen an die Hand zu geben.

Die Organisation und Verwaltung der Publikation oblag der AG Devianz der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.

Das Originalmanuskript des Werkes bleibt Eigentum der Verfasser/Herausgeber.

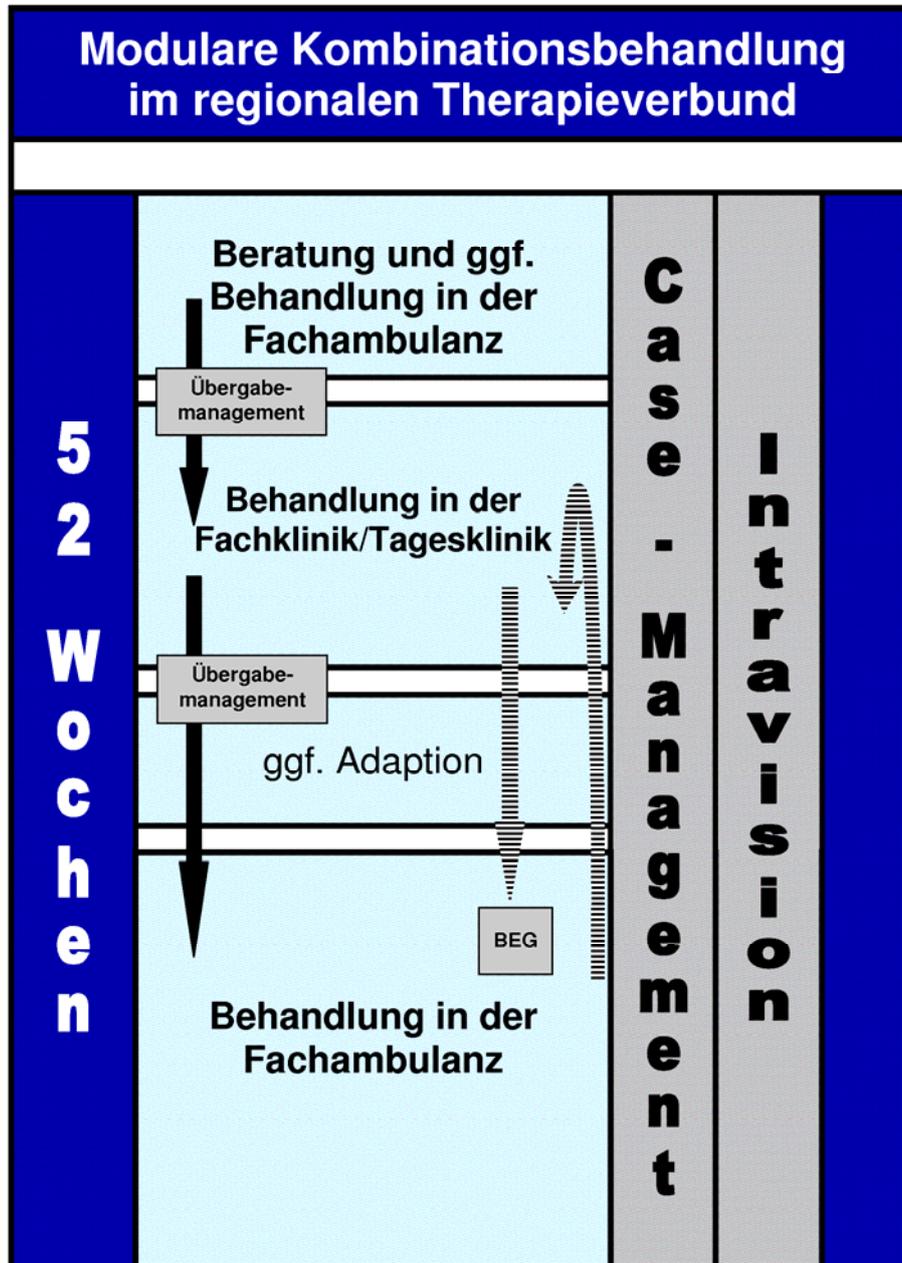
---

# Inhalt

1.	Schaubild zur Modularen Kombinationsbehandlung .....	3
2.	Allgemeine Beschreibung der Modularen Kombinationsbehandlung .....	4
3.	Kooperationsvereinbarung .....	8
4.	Datenschutzunterlagen .....	10
4.1	Anschreiben zur Schweigepflichtentbindung .....	10
4.2	Datenschutzerklärung zur Nachbefragung/Katamnese .....	11
4.3	Schweigepflichtentbindung für die Modulare Kombinationsbehandlung .....	12
4.4	Entbindung von der Schweigepflicht/Einverständniserklärung .....	13
4.5	Erklärung zur Einhaltung der Schweigepflicht .....	14
4.6	Therapievereinbarung über eine medizinische Rehabilitation – Erklärung der/des Versicherten .	15
4.7	Therapievereinbarung über eine medizinische Rehabilitation – Erklärung der leistungserbringenden Einrichtung.....	17
5.	Checkliste zum Verwaltungsverfahren in der Modularen Kombi- Behandlung .....	18
6.	Prospektive Therapieplanung.....	22
7.	Verfahrensanweisung für die Prospektiven Therapieplanung .....	23
8.	Case-Management (CM)/ Prozessverlauf .....	26
9.	Verfahrensanweisung für das Case-Management .....	30
10.	Verfahrensanweisung für die Belastungserprobungsgruppe (BEG) .....	33
11.	Verfahrensanweisung für die Qualitätszirkel (QZ)/Intravision.....	36
12.	Wechselmitteilung .....	39
13.	Checklisten für die Übergabegespräche .....	40
13.1	Checkliste „Übergabegespräch ambulant-stationärer Wechsel“ .....	40
13.2	Checkliste „Übergabegespräch stationär-ambulanter Wechsel“ .....	41
14.	Synopse zum Übergabemanagement .....	42
15.	Verfahrensanweisung für die Übergabegespräche .....	43
16.	Verfahrensanweisung für das MOKO-Berichtswesen .....	46
17.	Frequently Asked Questions (FAQ).....	49
18.	Öffentlichkeitsarbeit.....	53

---

1. Schaubild zur Modulare Kombinationsbehandlung



Stand 14. März 2007

© AG Devianz – Universität Oldenburg

## 2. Allgemeine Beschreibung der Modularen Kombinationsbehandlung

Die „Allgemeine Beschreibung der Modularen Kombinationsbehandlung“ führt grundlegend in die Verfahren ein und skizziert knapp die Sondermodule dieses Behandlungskonzeptes. Die Vorlage dient im Qualitäts- handbuch der Lukas Werk-Suchthilfe gGmbH als allgemeine Beschreibung des Rehabilitationsangebotes.



### Verfahrensanweisung VA 10-14 Modulare Kombinationsbehandlung



Die Modulare Kombinationsbehandlung verknüpft [ambulante](#), [ganztagsambulante](#) und [stationäre](#) (einschl. Adaption) Therapie für Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover und bietet eine nahtlose Behandlung mit aufeinander abgestimmten Therapiekonzepten. Die Therapie umfasst eine Gesamtbehandlungsdauer von einem Jahr bzw. 52 Wochen und setzt sich aus verschiedenen Behandlungsmodulen zusammen, die nach den individuellen Bedürfnissen und Erfordernissen des Patienten/der Patientin frei kombinierbar sind (flexibler Leistungsrahmen, in dem max. 12 Wochen stationäre Behandlungszeit und 80 ambulante Therapieeinheiten bewilligt werden). Zur Zielgruppe zählen suchtkranke Menschen, für die neben einer intensiven stationären/ganztagsambulanten Behandlung auch eine längerfristige ambulante Begleitung indiziert ist. Die Modulare Kombinationsbehandlung bietet somit die Möglichkeit, therapeutische Erfahrungen des stationären bzw. ganztagsambulanten Moduls längerfristig im Alltag zu erproben und zu festigen.

1. Nach eingehender [Beratung](#) in der Fachambulanz kann bei vorliegender Indikation eine Modulare Kombinationsbehandlung bei der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover beantragt werden.
2. Bei Vorliegen der Indikation für die Modulare Kombinationsbehandlung erfolgt die [Prospektive Therapieplanung](#). Auf dem entsprechenden Formular werden die individuellen Behandlungsmodule – die Anzahl der ambulanten, tagesklinischen und stationären (einschl. Adaption) Module ist unter Berücksichtigung der maximalen Behandlungszeit prinzipiell frei zu wählen – in ihrer Reihenfolge und Dauer geplant. Auf dem Vordruck sind gleichzeitig der Case-Manager und – unter Vorbehalt – der/die künftige ambulante Bezugstherapeut/in zu benennen. Zusammen mit den herkömmlichen Unterlagen erfolgt die Antragstellung auf Modulare Kombinationsbehandlung bei der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover.  
Während der gesamten Behandlungszeit fungiert der [Case-Manager](#) als Ansprechpartner und Ablaufverantwortlicher für den Leistungsträger und die Behandler/innen. Das Case-Management ist im ambulanten Setting angesiedelt und wird i.d.R. von einer Verwaltungskraft ausgeübt. Damit der Case-Manager zum jeweiligen Stand der Therapie Auskunft geben kann, sind ihm stets alle patientenbezogenen Verwaltungsabläufe und Behandlungsverläufe, z. B. Wechsel der Behandlungsmodule, Änderung der Prospektiven Therapieplanung, Nichtantritt- oder Abbruchdaten, Termine von Übergabegesprächen, QZ/Intravisionen und Belastungserprobungsgruppen, mitzuteilen.  
Für das Case-Management können bis zu 12-mal 46 € analog einer Therapieeinheit in Rechnung gestellt werden. Die Abrechnung des Case-Managements erfolgt mit der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover unter Verwendung des Kürzels Case-Management über den Leistungsnachweis in Patfak.
3. Das erste, für jede Patientin/jeden Patient individuell geplante Behandlungsmodul wird gemäß Prospektiver Therapieplanung realisiert.
4. Alle 8 Wochen finden [Qualitätszirkel \(QZ\)/Intravisionen](#) des regionalen Therapieverbundes in der Fachklinik Erlengrund statt. Sie dienen der Einzelfallbesprechung im individuellen Behandlungsteam und der Abstimmung von Behandlungsprozessen in der Kombinationsbehandlung.  
Für die Fallbesprechung im Rahmen der QZ/Intravision können pro Versicherten/Versicherter 23 € zzgl. Fahrtkosten für die Therapeut/innen mit der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover abgerechnet werden. Die Fachambulanz stellt den Betrag über den Leistungsnachweis in Patfak unter Verwendung des Kürzels „QZ/Intravision“ bei der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover in Rechnung. Die Fahrtkosten sind anteilig auf die „besprochenen Fälle“ umzulegen.
5. Sofern es sich bei dem aktuellen Modul um eine stationäre Behandlung handelt, erhält der Patient/die Patientin bei Bedarf die Möglichkeit bis zu 6-mal an einer Belastungser-

Prüfung und Freigabe Datum / Unterschrift	Bearbeitet von: AG Devianz Uni Oldenburg	Version	Datum der Erstellung	Seiten 4
19.06.07/Sarstedt-Hülsmann	Uni Oldenburg	01	19.6.2007	1 - 4

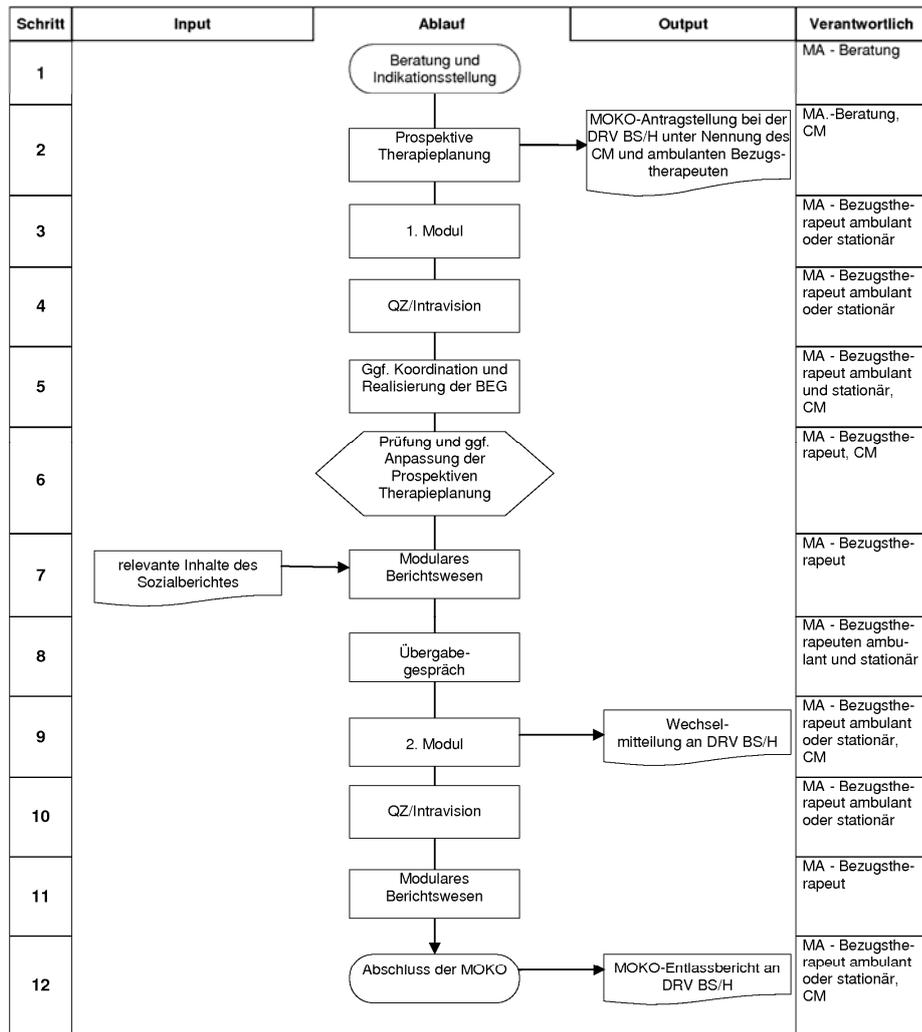
probungsgruppe (BEG) in der Fachambulanz teilzunehmen. Die BEG soll den Fortbestand des Kontaktes zur ambulanten Behandlungseinrichtung bzw. einen krisenarmen Übergang von stationärem in das ambulante Modul gewährleisten. Entsprechend sind BEGs zu koordinieren und durchzuführen.

Für die BEG kann die Fachambulanz unter Verwendung des Kürzels BEG über den Leistungsnachweis in Patfak für jeden Termin 46 € abrechnen. Die anfallenden Fahrtkosten für den Patienten/die Patientin rechnet die Fachklinik ab.

6. In jedem neuen Behandlungsmodul ist die Prospektive Therapieplanung zu prüfen und bei Bedarf zu ändern. Sofern eine Änderung der Prospektiven Therapieplanung erfolgen soll, ist die geänderte Prospektive Therapieplanung an die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover zu senden. Die geänderte Prospektive Therapieplanung wird dem Case-Manager sowie dem aktuell behandelnden Therapeuten/der aktuell behandelnden Therapeutin mit der Bewilligung übermittelt.
7. Die Modulare Kombinationsbehandlung erfordert ein in allen Behandlungsmodulen fortzuschreibendes [Modulares Berichtswesen](#). Aufbauend auf den Inhalten des im Rahmen der Antragstellung formulierten Sozialberichtes werden fortlaufend alle behandlungsrelevanten Informationen, Therapiefortschritte und -ergebnisse unter Kennzeichnung des Behandlungssettings in das Berichtswesen eingepflegt.
8. Bei jedem Behandlungswechsel sind [persönliche Übergabegespräche](#) in Form von Dreierkonferenzen zu führen. Telefonische Übergabegespräche sind in Ausnahmefällen möglich. Teilnehmende Personen sind der Patient/die Patientin, der/die abgebende sowie aufnehmende Therapeut/in. In dem Übergabegespräch wird der bisherige Therapieverlauf bewertet und der weitere Ablauf abgestimmt. Zur Unterstützung des Gespräches dienen die Checklisten zur Durchführung der Übergabegespräche.  
In der Regel kommt der/die Therapeut/in der Fachklinik/Tagesklinik zur Durchführung des Übergabegesprächs in die Fachambulanz. Die Fachklinik/Tagesklinik rechnet das Übergabegespräch entsprechend der in der Synopse festgelegten Pauschale inkl. der Fahrtkosten unter Verwendung des Kürzels „Übergabemanagement“ formlos mit der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover ab.  
Die beteiligte Fachambulanz stellt der Fachklinik/Tagesklinik für jedes durchgeführte persönliche Übergabegespräch 46 € für den ihrerseits geleisteten Aufwand in Rechnung.  
Wird das Kontingent von maximal sechs Übergabegesprächen nicht ausgeschöpft, können die übrigen Termine im Verlauf der Behandlung bei Bedarf als persönlich zu führende Krisengespräche genutzt werden.
9. Bei Beendigung eines Moduls ist eine Ende-Mitteilung, bei Aufnahme eines weiteren Moduls ist die Wechselmitteilung an die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover (z.B. per Fax) zu übermitteln.
10. Alle 8 Wochen finden [Qualitätszirkel \(QZ\)/Intravisionen](#) des regionalen Therapieverbundes in der Fachklinik Erlengrund statt. Sie dienen der Einzelfallbesprechung im individuellen Behandlungsteam und der Abstimmung von Behandlungsprozessen in der Kombinationsbehandlung.
11. Aufbauend auf den im Rahmen der vorherigen Module dokumentierten Inhalte werden fortlaufend alle behandlungsrelevanten Informationen, Therapiefortschritte und -ergebnisse unter Kennzeichnung des Behandlungssettings in das [Modulare Berichtswesen](#) eingepflegt.
12. Am Ende der Modularen Kombinationsbehandlung – die Anzahl der realisierten Module variiert dabei im individuellen Fall – wird innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss der Reha-Maßnahme das [Modulare Berichtswesen](#) als gemeinsamer Abschlussbericht der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover zugesendet.

Prüfung und Freigabe Datum / Unterschrift	Bearbeitet von: AG Devianz Uni Oldenburg	Version	Datum der Erstellung	Seiten
19.06.07/Sarstedt-Hülsmann		01	19.6.2007	4 2 - 4

5. Flussdiagramm



**Querverweise und mitgeltende Unterlagen**

AB 10.2 Beratung

AB 10.6.1 Ambulante Rehabilitation

AB 10.6.2 Tagesrehabilitation

AB 10.6.3 Stationäre Rehabilitation

[VA Belastungserprobungsgruppe \(BEG\)](#)

[VA Case - Management](#)

[VA Modulares Berichtswesen](#)

[VA Qualitätszirkel IntraVision](#)

[VA Übergabegespräche](#)

[VA Prospektive Therapieplanung](#)

[FB Prospektive Therapieplanung](#)

[FB Wechselmitteilung für alle Einrichtungen](#)

[Moko - Entlassbericht](#)

[Manual zum Moko - Entlassbericht](#)

[Vorlage Sozialbericht](#)

[Checkliste Übergabegespräch ambulant – stationär](#)

[Checkliste Übergabegespräch stationär – ambulant](#)

[Synopsis zum Übergabemanagement](#)

[Checkliste Formblätter Moko - LWS](#)

[CM-Prozessverlaufsbogen](#)

---

Prüfung und Freigabe Datum / Unterschrift	Bearbeitet von: AG Devianz Uni Oldenburg	Version	Datum der Erstellung	Seiten
19.06.07/Sarstedt-Hülsmann		01	19.6.2007	4 - 4

### 3. Kooperationsvereinbarung

Verbundarbeit und die Durchführung von Kombinationsbehandlungen bedürfen eingangs den Abschluss einer Kooperationsvereinbarung, in der die grundlegenden Modalitäten der Kooperation festgelegt sind. Das hier abgebildete Beispiel stellt die formelle Arbeitsgrundlage im regionalen Therapieverbund der Lukas Werk Suchthilfe gGmbH und ihrer externen Kooperationspartner dar.

Kooperationsvereinbarung zwischen den stationären/tagesklinischen und ambulanten  
Rehabilitationseinrichtungen/Fachstellen für Sucht und Suchtprävention  
zur Durchführung von Entwöhnungsbehandlungen

#### **§ 1 Grundsätze der Zusammenarbeit**

1. Die Parteien stimmen die Therapiekonzepte durch Fachgespräche so aufeinander ab, dass durch die Schnittstellen ambulant-stationär für die Patienten keine nennenswerten Brüche im Therapieprozess entstehen. Das schließt auch Absprachen zu Diagnostik und therapeutischen Verfahren mit ein. Verständnis und Akzeptanz der jeweils angewandten Verfahren sind hierbei wesentliche Voraussetzung.
2. Die Parteien arbeiten im Hinblick auf eine effiziente Erbringung der Rehabilitations- und Betreuungsleistungen eng zusammen. Zur Einzelfallbesprechung und zur Abstimmung von Behandlungsprozessen im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung finden regelmäßig in der Fachklinik Erlengrund, optional in den Fachstellen, alle 6 bis 8 Wochen Qualitätszirkel statt. Die Abrechnung der Qualitätszirkel erfolgt über die Fachstelle.
3. Sämtliche Mitarbeiter der beteiligten Einrichtungen werden im Rahmen von Teambesprechungen, Fortbildung bzw. Supervision über die Leistungsformen fortlaufend informiert.
4. Die Parteien verpflichten sich zur Reflexion der Leistungsformen und fördern die gegenseitige Hospitation zur persönlichen Kontaktaufnahme.
5. Es wird vereinbart, sich zur besseren Abstimmung und Nutzung vorhandener Ressourcen über Fortbildungen gegenseitig zu informieren und eine wechselseitige Teilnahme zu ermöglichen.
6. Einmal pro Jahr findet ein Austausch über die Erfahrungen mit der Kooperation statt. Die gewonnenen Erfahrungen und der Stand der therapeutischen Erkenntnisse werden ausgewertet und weiterentwickelt.

#### **§ 2 Rahmenbedingungen**

Aufgrund des differenzierten Krankheitsbildes und der zu beachtenden Krankheitsfolgen ist es erforderlich, die ambulanten, ganztags ambulanten und stationären Bausteine unter Beteiligung der Patienten im Sinne eines Case-Management (siehe § 3) individuell zusammenzustellen. Dabei müssen unkomplizierte und nahtlose Übergänge von der einen zur anderen Therapieform möglich sein. Folgende Eckpunkte sollen eine Orientierung erleichtern:

- a) Ambulante Rehabilitation mit Vermittlung in Nachsorge/Selbsthilfegruppe (6 – 18 Monate)
- b) Stationäre Rehabilitation ( 8 – 16 Wochen) mit ambulanter Weiterbehandlung oder Adaptionsphase  
Entsprechend dem Leistungsprofil der Fachklinik Erlengrund können PatientInnen der vermittelnden Einrichtungen bei entsprechender Indikationsstellung in der Klinik angemeldet werden – unter Beachtung des Entscheidungsrechtes des Rentenversicherungsträgers.  
Das betrifft folgende Indikationsschwerpunkte:
  - Wohnortnahe Behandlung
  - Einbindung des sozialen Umfeldes (Familie, Arbeitgeber usw.)
  - Arbeitsbezogene Maßnahmen (externe und interne Arbeitserprobung/ Belastungserprobung und Berufsorientierungsmaßnahmen, EDV-Training usw.)
  - Therapieerfahrene PatientInnen
  - Sucht und Depression
  - Patienten mit internistischen und psychischen/psychiatrischen Begleiterkrankungen (ICD-10 = F 0, F 3, F 4, F 6)
  - Rückfall-Auffangbehandlung
  - Krisenintervention

- c) ambulante Tagesbehandlung (12 Wochen) mit ambulanter Weiterbehandlung. Berücksichtigt werden muss, dass die Tagesklinik in ca. 45 Min. erreichbar sein muss.
- d) Modulare Kombinationsbehandlung (52 Wochen)  
Je nach Indikationsstellung erfolgen innerhalb von 52 Wochen Gesamtbehandlungszeit abwechselnd stationäre, unter 13 (+2) Wochen, ambulante (80 Einheiten) und/oder teilstationäre (unter 12 Wochen), Behandlungsphasen. Bei Abweichungen von der prospektiven Therapieplanung erfolgt ein Änderungsantrag an den Leistungsträger mit Zwischenbericht.
- e) Bei besonderen Indikationen (z.B. Rückfall, Therapiewiederholer) kann die Adaptionbehandlung auch für sich allein oder im Anschluss an ein stationäres Setting beantragt werden.

**§ 3 Behandlungswechsel / Casemanagement bei Modularer Kombinationsbehandlung**

- 1) Die Rehabilitationsplanung wird vor dem Wechsel einer Behandlungsform zwischen PatientIn, den stationären/tagesklinischen und ambulanten Mitarbeitenden vor Beendigung jedes Behandlungsabschnitts abgestimmt.  
Der Wechsel erfolgt mit Zustimmung durch den Leistungsträger, der über den Wechsel schriftlich informiert wird. Innerhalb der Modularen Kombinationsbehandlung wird dem Leistungsträger der Wechsel möglichst 10 - 14 Tage vorher mit einer Änderungsmitteilung angezeigt. Bei Krisen kann dies auch kurzfristig mit Telefax erfolgen.
- 2) Die vermittelnde Einrichtung informiert die andere Stelle über die Therapieplanung und stimmt den Verlegungszeitpunkt ab.
- 3) Das Übergabegespräch im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung ist frühzeitig zwischen PatientIn und den stationären/tagesklinischen/ambulanten MitarbeiterInnen zu terminieren. Die Durchführung der Übergabegespräche soll sich an dem Leitfaden (siehe Anlage) orientieren.
- 4) Bei entsprechender Indikation und Angebot nimmt die PatientIn an Belastungserprobungsgruppen in der Fachstelle teil.
- 5) Die fortlaufende Dokumentation einschließlich Anlagen ist bei Modularer Kombinationsbehandlung der weiterbehandelnden Stelle zeitnah – d.h. grundsätzlich spätestens 14 Tage nach Beendigung der Behandlungsphase – zukommen zu lassen. Die zuletzt behandelnde Stelle schließt die Dokumentation in Form eines Entlassungsberichtes ab und stellt diesen einschließlich der erforderlichen Anlagen dem Leistungsträger und den übrigen Leistungserbringern zu.
- 6) Die Modulare Kombinationsbehandlung sieht ein zusätzliches personales Case-Management vor. Ein Case-Manager (Fallbegleiter) ist Ansprechpartner, Rückmelder und Ablaufverantwortlicher für alle Beteiligten (Leistungsträger, Leistungsanbieter und Versicherten). Es wird darauf geachtet, dass Case-Manager und Bezugstherapeut nicht identisch sind. Voraussetzung für eine reibungslose Arbeit eines Case-Managers ist die Möglichkeit, auf gut dokumentierte und laufend fortgeschriebene Therapieunterlagen zurückgreifen zu können. In der Regel stellt die Beratungsstelle den Casemanager und nennt diesen in der prospektiven Therapieplanung.
- 7) Im Regelfall erfolgen bei Modularen Kombinationsbehandlungen bis zu 6 Übergabegespräche. Für diese wird folgendes Prozedere vereinbart:  
Das Übergabegespräch erfolgt in der Regel in der Fachklinik Erlengrund oder Tagesklinik, optional auch in den Fachstellen, während der stationären oder tagesklinischen Phase. Die Fachstelle rechnet entsprechend des gültigen Vergütungssatzes mit dem Leistungsträger ab.

Diese Vereinbarung tritt am \_\_\_\_\_ in Kraft.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Suchtberatungsstelle

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Fachklinik

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Tagesklinik

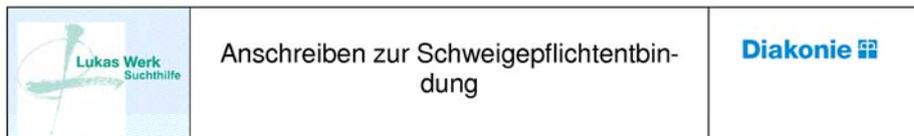
Anlagen

## 4. Datenschutzunterlagen

Eine Grundlage für die Durchführung von Kombinationsbehandlungen ist die Kooperation und Zusammenhang verschiedener am Behandlungsprozess beteiligter Personen. Insofern kann es notwendig sein, eigens auf die Besonderheiten der Kombinationsbehandlung zugeschnittene Datenschutzunterlagen zu konzipieren.

### 4.1 Anschreiben zur Schweigepflichtentbindung

Diese Vorlage dient dem Informationsaustausch zwischen der aktuell behandelnden Rehabilitationseinrichtung und externen BehandlerInnen oder in den Therapieprozess einzubeziehenden weiteren Personen. Mit diesem Schreiben wird die Schweigepflichtentbindung der Klientin/des Klienten übermittelt.



An  
Frau Dr. Martina Mustermann  
Überallstraße 88  
  
88888 Jedestadt

Vorname, Name:  
Geburtsdatum:

Anschrift:

#### Übersendung von ärztlichen Unterlagen

Sehr geehrte Frau Dr. Mustermann,

hiermit erhalten Sie eine Schweigepflichtentbindung von dem / der o.g. Klient/in, der / die derzeit in unserer Einrichtung eine Modulare Kombinationsbehandlung durchführt,

- mit der Bitte um Zusendung der Arzt-/Therapieberichte
- zu Ihrer Information.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage

## 4.2 Datenschutzerklärung zur Nachbefragung/Katamnese

Diese Vorlage informiert die Klientin/den Klienten über die Modalitäten der katamnestischen Nachbefragung ein Jahr nach Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme. Die Klientin/der Klient kann per Unterschrift das Einverständnis zur Teilnahme an dieser Befragung erklären.

	<b>Datenschutzerklärung zur Nachbefragung/Katamnese</b>	
---	---	---

### Sehr geehrte Klientin, sehr geehrter Klient

Ab dem Jahre 2005 sind alle Einrichtungen, die Suchtbehandlungen durchführen, gesetzlich zu einer Nachbefragung der KlientInnen durch einen kurzen Fragebogen ein Jahr nach Beendigung der Therapie verpflichtet. Diese Nachverfolgung der Behandlungsergebnisse nennt sich Katamnese.

Die Katamnese dient dem Vergleich der verschiedenen Einrichtungen und der Verbesserung der Behandlung.

Zur Durchführung der Katamnese werden in unseren Einrichtungen unter Berücksichtigung des Datenschutzes persönliche Daten von Ihnen gespeichert und gemeinsam mit den Angaben im Fragebogen in anonymer Form an eine bundesweit zuständige zentrale Auswertungsstelle übermittelt.

Die Teilnahme an der Katamnese ist freiwillig. Bei Nichtteilnahme entstehen Ihnen keinerlei Nachteile und eine Verweigerung hat keinen Einfluss auf Ihre Beratung und Behandlung.

Bei Teilnahme haben Sie jederzeit einen Anspruch auf Auskunft über die von Ihnen erhobenen Daten und Ihre Einwilligung zur Teilnahme können Sie jederzeit widerrufen. Außerdem können Sie der Speicherung Ihrer Daten für die Zukunft widersprechen und die Daten werden daraufhin in personenbezogener Form gelöscht.

Für uns ist es allerdings sehr wichtig, dass möglichst jeder Klient an der Erhebung teilnimmt, da sich dadurch die Aussagekraft erheblich verbessert. Da wir Sie nach einem Jahr anschreiben müssen, ist es notwendig, dass Sie uns unbedingt benachrichtigen, wenn sich Ihre Adresse ändern sollte.

Für die Teilnahme an der Nachbefragung wären wir Ihnen sehr dankbar und bitten Sie um Ihre Einverständniserklärung.

Einrichtung: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

### Einverständniserklärung

Ich erkläre mich hiermit bereit, unter den oben aufgeführten Bedingungen an dieser Befragung teilzunehmen, den Fragebogen auszufüllen und an die angegebene Anschrift zurückzusenden.

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------

XXXXXXX, den .....

.....  
Unterschrift XXXXXX XXXXXX, geb. XX.XX.XXXX

### 4.3 Schweigepflichtentbindung für die Modulare Kombinationsbehandlung

Dieses Dokument informiert über die datenschutzrelevanten Arbeitsfelder und die Zusammenarbeit der BehandlungspartnerInnen im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung wie auch mit externen Personen oder Einrichtungen. Die Klientin/der Klient kann die entsprechenden Beteiligten per Unterschrift wechselseitig von der Schweigepflicht entbinden.

	<b>Schweigepflichtentbindung für die Modulare Kombinationsbehandlung</b>	
---	--	---

#### Entbindung von der Schweigepflicht/Einverständniserklärung

Name ..... Geburtsdatum .....

Im Rahmen der Durchführung meiner Modularen Kombinationsbehandlung ist die Übersendung von schriftlichen Unterlagen wie z.B. Sozialbericht, Entlassungsbericht, Lebenslauf, ärztliche Befundberichte erforderlich.

Darüber hinaus ist es unerlässlich, dass sich die direkt an meinem Behandlungsprozess Beteiligten über meinen Behandlungsverlauf telefonisch oder persönlich austauschen (z.B. in Übergabegesprächen, Teambesprechungen, zur Vorbereitung einzelner Therapiemodule wie Belastungserprobungsgruppen etc.)

Hierfür entbinde ich die folgenden, an meinem Behandlungsprozess beteiligten Personen / Einrichtungen wechselseitig von der Schweigepflicht:

Der wechselseitigen Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen / Einrichtungen	... stimme ich zu	...stimme ich <u>nicht</u> zu
Fachambulanz in XXXX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachklinik XXXXXXXX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagesklinik in XXXXX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adaptionseinrichtung in XXXXX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein behandelnder Hausarzt XXXXX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Um die Qualität der Modularen Kombinationstherapie zu verbessern, kommen die TherapeutInnen der ambulanten und der stationären Phase im Rahmen der Intra-vision und Qualitätssicherung zusammen. Bei diesen Sitzungen werden ohne Nennung von Namen Einzelfälle besprochen. Hierbei kann es vorkommen, dass trotzdem einzelne TherapeutInnen den einzelnen Klienten/ die einzelne Klientin identifizieren können. Ich bin dennoch damit einverstanden, dass mein Therapieverlauf ohne Nennung meines Namens bei der Intra-vision und Qualitätssicherung vorgestellt und besprochen wird.

Der Vorstellung meines Therapieverlaufes im Rahmen der Intra-vision und Qualitätssicherung...	
...stimme ich zu. <input type="checkbox"/>	...stimme ich <u>nicht</u> zu. <input type="checkbox"/>

Zur Sicherung der Qualität der Behandlung führt mein Behandlungsteam innerhalb der einzelnen Behandlungsabschnitte unter Einbeziehung einer externen Fachkraft Fallbesprechungen (Supervision) auch unter Nennung von persönlichen Daten durch.

Der Vorstellung meines Therapieverlaufes im Rahmen der Supervision...	
...stimme ich zu. <input type="checkbox"/>	...stimme ich <u>nicht</u> zu. <input type="checkbox"/>

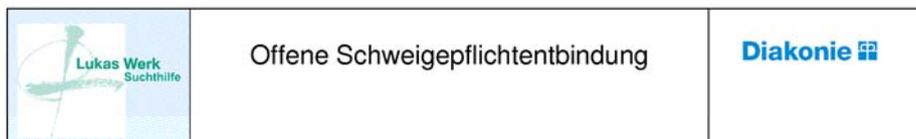
#### Recht zum Widerruf

Die oben getroffenen Vereinbarungen kann ich ohne Angabe von Gründen jederzeit widerrufen.

XXXX, den ..... Unterschrift .....

## 4.4 Entbindung von der Schweigepflicht/Einverständniserklärung

Diese Vorlage dient – vorbehaltlich der vorherigen Absprache mit der Klientin/dem Klienten – der Entbindung weiterer, insbesondere behandlungsexterner Personen oder Instanzen von der Schweigepflicht. In diesem Dokument können – ergänzt zu der in der Schweigepflichtentbindung für die Modulare Kombinationsbehandlung (siehe vorherige Seite) geregelten Zusammenarbeit – den Einzelfall betreffende Modalitäten des Datenaustausches festgelegt werden.



### Entbindung von der Schweigepflicht/Einverständniserklärung

Name ..... Geburtsdatum .....

Ich stimme zu, dass

.....  
von dem Klienten/ der Klientin handschriftlich einzutragen, z.B. Arbeitgeber/ Arbeitgeberin, nahe Verwandte etc.

folgende Informationen nach vorheriger Absprache mit mir

- in mündlicher
- in schriftlicher Form erhalten:

.....  
von dem Klienten/ der Klientin handschriftlich einzutragen, z.B. beruflicher Werdegang, Stand der Therapie, Entlassungsbericht etc.

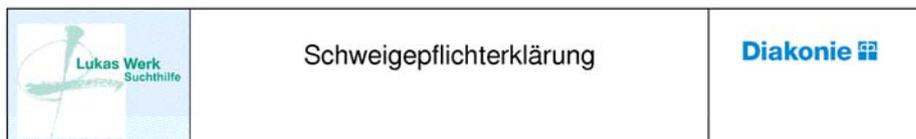
#### **Recht zum Widerruf**

Die oben getroffenen Vereinbarungen kann ich ohne Angabe von Gründen jederzeit widerrufen.

XXXX, den ..... Unterschrift .....

## 4.5 Erklärung zur Einhaltung der Schweigepflicht

Mit diesem Schreiben erklärt die Klientin/der Klient die eigene Einhaltung der Schweigepflicht bezüglich ihr/ihm bekannt werdender persönlicher Daten und behandlungsrelevanter Informationen anderer TeilnehmerInnen der Rehabilitationsmaßnahme.



### Erklärung zur Einhaltung der Schweigepflicht

Name ..... Geburtsdatum .....

Im Rahmen meiner Rehabilitation werden mir persönliche bzw. vertrauliche Informationen über meine MitpatientInnen bekannt. Die Namen aller anderen TherapieteilnehmerInnen, alle Aussagen und das Erlebte, insbesondere in der Gruppentherapie, sind als streng vertraulich anzusehen. Mitteilungen über Inhalt und Verlauf der Therapie können nur mit dem Einverständnis des betreffenden Teilnehmers/der betreffenden Teilnehmerin erfolgen.

Hiermit versichere ich, dass ich mich mit der Teilnahme an der Therapie zur **absoluten Verschwiegenheit** gegenüber Personen verpflichte, die nicht der Gruppe angehören. Namen anderer Personen und Informationen, die ich in der Gruppe erhalte, werde ich nicht aus der Gruppe heraustragen. Mir ist bekannt, dass eine Verletzung der Schweigepflicht meinerseits zu einem Abbruch der Behandlung führen kann.

XXXX, den ..... Unterschrift .....

## 4.6 Therapievereinbarung über eine medizinische Rehabilitation – Erklärung der/des Versicherten

Die Therapievereinbarung informiert die Klientin/ den Klienten über die für die medizinische Rehabilitation geltenden Voraussetzungen und Bedingungen.. Mittels Unterschrift erklärt sie ihr/er sein Einverständnis zu den Anforderungen.

	<p>Therapievereinbarung über eine medizinische Rehabilitation Sucht zwischen der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH und</p> <p>Frau/Herrn ..... geb. am .....</p>	
---	--	---

### Erklärung der/des Versicherten

Ich erkläre mich hiermit mit folgenden Voraussetzungen und Bedingungen einverstanden:

- Behandlungsgrundlage/Motivation**  
Ich habe mich **freiwillig** für die **Behandlung** entschieden und verpflichte mich, die **jeweilige Hausordnung einzuhalten**.

Ich lebe **von Suchtmitteln** (Alkohol/Medikamente/illegale Drogen/auch pathologisches Spielen) **abstinert**. Ich habe den **Wunsch nach dauerhafter Suchtmittelabstinenz** und den Willen, mich mit den Hintergründen meiner Suchterkrankung auseinanderzusetzen.
- Ärztliche Verantwortung**  
Während meiner stationären Therapie liegt die Verantwortung für meine medizinische Rehabilitation bei den für die jeweilige Einrichtung tätigen Ärzten/Ärztinnen. Die **Einbeziehung weiterer Ärzte/Ärztinnen** (Hausarzt/Hausärztin oder Facharzt/Fachärztin) kann für meine Behandlung wichtig sein, z.B. für die Erhebung von Laborwerten. **Die Hausarzt- und Facharztbehandlungen sowie jegliche Medikamenteneinnahme** spreche ich mit den Ärzten/ Ärztinnen in der jeweiligen Einrichtung ab.
- Verbindlichkeit der Behandlungsmaßnahmen**  
Die mit mir verabredeten und im Behandlungsplan festgelegten therapeutischen **Maßnahmen sind verbindlich**. Ich verpflichte mich, den vereinbarten **Therapieterminen Vorrang** in meiner Zeitplanung einzuräumen. Falls ich einen Termin nicht einhalten kann, gebe ich dies möglichst einen Tag vorher bekannt. Wenn ich in der ambulanten Rehabilitation **dreimal in Folge unentschuldigt** fehle, muss gemeinsam mit meinen TherapeutInnen überprüft werden, ob und wie die Therapie fortgeführt wird.
- Rückfall**  
Ich nehme zur Kenntnis, dass bei einem **Rückfall** im Einzelfall entschieden wird, ob und wie die Therapie fortzuführen ist. Fällt ein Rückfall so intensiv aus, dass eine stationäre Entgiftungsbehandlung erfolgen muss, wird hierüber der Leistungsträger informiert, der dann über die Fortführung der Rehabilitationsmaßnahme entscheidet.
- Einbeziehung weiterer Personen**  
Die **Einbeziehung der primären Bezugspersonen** (Ehe- und LebenspartnerInnen, nahe Angehörige) ist wichtiger Bestandteil der Therapie. Das Gleiche gilt für die **möglicherweise notwendige Einbeziehung des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin**. Im Falle einer Kontaktaufnahme werde ich jeweils vorab informiert.

Der Einbeziehung meiner Angehörigen .....	
....stimme ich zu <input type="checkbox"/>	....stimme ich <b>nicht</b> zu <input type="checkbox"/>
....stimme ich mit <b>Ausnahme folgender angehöriger Person(en)</b> zu <input type="checkbox"/>	
Name(n) vom Patienten handschriftlich einzutragen	

	<p style="text-align: center;">Therapievereinbarung über eine medizinische Rehabilitation Sucht zwischen der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH und</p> <p>Frau/Herrn ..... geb. am .....</p>	
---	--	---

<b>Der Einbeziehung meines Arbeitgebers/meiner Arbeitgeberin .....</b>	
...stimme ich zu <input type="checkbox"/>	...stimme ich nicht zu <input type="checkbox"/>

**Arbeits- und Belastungserprobungen**

- Die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ist ein wesentlicher Auftrag in der Behandlung. Aus diesem Grunde werden in einigen Einrichtungen **auch externe/interne Arbeitserprobungen bzw. Belastungserprobungen** durchgeführt oder vermittelt.

Ich erkläre hiermit meine Bereitschaft zur Teilnahme.	
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

- Selbsthilfegruppe**  
Zu jedem planmäßigen Verlauf einer Therapie gehört das Kennenlernen einer Selbsthilfegruppe bzw. die **Vermittlung in eine Selbsthilfegruppe**.

Ich erkläre hiermit meine Bereitschaft zur Teilnahme.	
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

XXXX, den .....

Unterschrift .....

## 4.7 Therapievereinbarung über eine medizinische Rehabilitation – Erklärung der leistungserbringenden Einrichtung

Die Therapievereinbarung gibt die für die medizinische Rehabilitation geltenden Verpflichtungen der Behandlungseinrichtung gegenüber der Patientin/ dem Patienten wieder.

	<p>Therapievereinbarung über eine medizinische Rehabilitation Sucht zwischen der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH und</p> <p>Frau/Herrn ..... geb. am .....</p>	
---	--	---

### Erklärung der leistungserbringenden Einrichtung

- Zentrale Ziele der medizinischen Rehabilitation sind Ihre gesundheitliche Stabilisierung und die soziale Wiedereingliederung. Mithilfe rehabilitativer Maßnahmen soll Ihre Einschränkung der Erwerbsfähigkeit dauerhaft überwunden werden, um Ihre weitgehende Unabhängigkeit und Selbstbestimmung zu sichern. Die zur Durchführung der medizinischen Rehabilitation entsprechend qualifizierten MitarbeiterInnen der Einrichtung verpflichten sich alles zu tun, was Ihrer individuellen Förderung, Ihrem Genesungsprozess und ihrer sozialen Stabilisierung dienlich ist.
- Wir bieten Ihnen die jeweils erforderlichen therapeutischen Maßnahmen nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und Qualitätsstandards. Dazu gehören u.a. Gruppen-, Einzel-, Paar- und Angehörigengespräche.
- Wir verpflichten uns, Ihnen unsere Fähigkeiten und Erfahrungen auf dem Weg in die Suchtmittelfreiheit zukommen zu lassen. Hierzu besprechen wir Ihren Therapieverlauf ggf. mit einem externen Supervisor/einer externen Supervisorin.
- Wir sichern Ihnen die Beachtung der Schweigepflicht zu.
- Wir sichern Ihnen zu, dass wir Sie vor einer Kontaktaufnahme mit Ihren Angehörigen oder dem Arbeitgeber/der Arbeitgeberin informieren.
- Sollten Ihre Angehörigen uns mit oder ohne Ihr Wissen über einen Rückfall von Ihnen in Kenntnis setzen, werden wir Sie sofort darauf ansprechen. Den Angehörigen wird von uns mitgeteilt, dass wir mit dieser Information Ihnen gegenüber offen umgehen müssen.

XXXX, den .....

Unterschrift .....

## 5. Checkliste zum Verwaltungsverfahren in der Modularen Kombi-Behandlung

Die Checkliste gibt einen Überblick über die im Verwaltungsverfahren der Modularen Kombinationsbehandlung durchzuführenden Aufgaben und zu berücksichtigenden Dokumente und kann als Orientierungshilfe Verwendung finden.

### Checkliste „Verwaltungsablauf Modulare Kombinationsbehandlung“

**Perspektive der Ablauffliste:** ambulant-stationär/ganztägig ambulante Behandlung!

<b>Antragstellung an die Rentenversicherung für eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) in der Fachambulanz</b>			
<b>Nr.</b>	<b>Arbeitsschritte / Bezeichnung des Formblattes</b>	<b>Ggf. Nummer des Formblattes</b>	<b>Erläuterung</b>
1.	Diagnose, Indikationsstellung, Behandlungsplanung münden in den Antrag auf Entwöhnungsbehandlung und in der Prospektiven Therapieplanung (indikationsgeleiteter Antrag) incl. Festlegen der Person des zukünftigen Cas-Managers	Vorlage „Prospekt. Therapieplanung“	<i>Zu klären ist:</i> – ambulanter Beginn? – wie viele Wochen stationär? – welche Einrichtungen? Wichtig: Die Prospektive Therapieplanung bzw. diesbezüglich erfolgte Änderungen sind nach Bewilligung durch die DRV an alle beteiligten BehandlerInnen weiterzugeben.
2.	Antrag auf Leistungen zur Teilhabe	G100	
3.	„Information zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation“	G103	der/dem Versicherten aushändigen
4.	„Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“	G110	siehe „Information zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation“
5.	„AUD-Beleg“	G0120	siehe „Information zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation“
6.	„Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung“	11-1180	
7.	„Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung“	z.Zt. T2600 in Kürze G160+G161	siehe „Information zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation“
8.	„Sozialbericht“ bzw. Modulares Berichtswesen	SB1	Bei Verwendung des modularen Berichtswesens ist zum Zeitpunkt der Antragstellung der so genannte Pflichtteil (siehe * und Normalschrift) auszufüllen.
9.	Anlage des Sozialberichts „Erklärung des Betreuten“	SB 2	muss vom Versicherten unterzeichnet werden
10.	„MDK-Gutachten, sonstige Gutachten, Krankenhaus-Entlassungsbericht“	<i>Kein Formblatt!</i>	
11.	„Erklärung für ambulante und stationäre Entwöhnungsbehandlung“	IV 1913 – 10/2005	muss vom Versicherten unterzeichnet werden
12.	Schweigepflichtentbindung für Fallbesprechungen im Rahmen der QZ/Intravisionssitzungen.		muss vom Versicherten unterzeichnet werden
13.	Unterlagen auf Vollständigkeit überprüfen, ggf. weitere Anlagen (z.B. ärztliche Befunde) beifügen und an die DRV senden		
<b>Ggf. ambulante Reha-Eingangsphase</b>			
14.	Bewilligung durch Schreiben der DRV an die/den Versicherten	Bescheid	
15.	Fachambulanz erhält von der DRV die medizinischen Unterlagen des Versicherten	Gutachtenheft (GA-Heft)	GA-Heft geht immer an die erste behandelnde Stelle, es ist spätestens nach 14 Tagen an die Rentenversicherung zurückzusenden, bei einem Folge-Bescheid wird das GA-Heft erneut versandt.

16.	Einsetzung des Case-Managers, fortlaufende Informationsweitergabe an CM	<i>Vorlage „CM/Prozessbegleitung“</i>	jenach Arbeitsaufwand bis zu 12 * 46,00 € im Gesamtbehandlungszeitraum
17.	Abrechnung von ambulanter Reha und CM im Rahmen der Modularen Kombi-Behandlung	Abrechnungsbogen aus Bewilligungsmitteilung	Abrechnung erfolgt während der ambulanten Reha vierteljährlich. Kürzel CM verwenden!
18.	Ggf. Aufnahmeplanung mit der Klinik	<i>Kein Formblatt!</i>	Aufnahmetermin abstimmen sowie Übergabegespräch terminieren
19.	Prospektive Therapieplanung prüfen	Vorlage „Prospektive Therapieplanung“	Prüfen, ob diese Bestand hat oder geändert werden muss. Ggf. Änderung an die DRV und das CM melden.
20.	Prospektive Therapieplanung	Vorlage „Prospektive Therapieplanung“	Aktuelle Planung (ggf. nach Bewilligung durch die DRV) an die (tages-)klinischen Behandler weiterleiten.
21.	Ambulanter Zwischenbericht bzw. Sozialbericht auf Papier und Diskette oder über die Serverfarm an (Tages-)Klinik übergeben	<i>aktuelle Vorlage</i>	FA muss behandlungsrelevante Informationen, die vorliegen bzw. erarbeitet wurden, an (Tages-)Klinik weitergeben. Übermittlung sollte zeitnah, spätestens mit der Aufnahme bzw. im Übergabegespräch erfolgen. Umfang richtet sich nach Dauer und Informationsgewinn in ambulanter Reha
22.	Mitteilung der Fachambulanz über den Wechsel der Behandlungsform an die DRV	Wechselmitteilung	
23.	„Rehabilitations-Entlassungsbericht – Blatt 1“	Blatt 1	an die DRV leiten
24.	„Rehabilitations-Entlassungsbericht – Blatt 1a“ an die DRV	Blatt 1a	
25.	„Rehabilitations-Entlassungsbericht – Blatt 1b“ an die DRV	Blatt 1b	
26.	„Rehabilitations-Entlassungsbericht – Blatt 2“	Blatt 2	
27.	Aufnahmeplanung mit der Fachambulanz	<i>Kein Formblatt!</i>	Aufnahmetermin abstimmen sowie Übergabegespräch terminieren
28.	Übergabegespräch im Rahmen der Modularen Kombi-Behandlung	<i>Checkliste für das Übergabegespräch</i>	
29.	Abrechnung des persönlichen Übergabemanagements durch die Klinik. Beteiligte Fachambulanz richtet zeitnah Rechnung über 46 € an die Klinik.		Vergütung des Übergabemanagements für Klinik und Fachambulanz
30.	Mitteilung über den Wechsel der Behandlungsform an die DRV	Wechselmitteilung	Die sofortige Mitteilung ist dringend erforderlich! Insbesondere wenn die stationäre Maßnahme vorzeitig beendet wird, sollte unverzüglich der Leistungsträger informiert werden, damit Übergangsgeldzahlungen fristgerecht eingestellt werden können!
31.	Beendigungsmitteilung für das Modul übersenden	Vordruck aus der Bewilligungsmitteilung	

<b>Stationäre oder ganztägig ambulante Maßnahme</b>			
32.	Aufnahmemitteilung der (Tages-)Klinik an DRV	Vordruck aus der Bewilligungsmitteilung	
33.	Information des Case-Managers über (tages-) klinischen Behandlungsbeginn sowie fortlaufend über weitere Behandlungsprozesse	<i>Kein Formblatt!</i>	Aufnahmemitteilung der (Tages-) Klinik (siehe oben) in Kopie an CM.
34.	(Tages-)Klinik erhält von der DRV die medizinischen Unterlagen des Versicherten	Gutachtenheft (GA-Heft)	GA-Heft ist spätestens nach 14 Tagen an die Rentenversicherung zurückzusenden
35.	Prospektive Therapieplanung prüfen	Vorlage „Prospektive Therapieplanung	Prüfen, ob diese Bestand hat oder geändert werden muss. Ggf. Änderung an die DRV und das CM melden.
36.	Prospektive Therapieplanung	Vorlage „Prospektive Therapieplanung“	Aktuelle Planung (ggf. nach Bewilligung durch die DRV) an die (tages-) klinischen Behandler weiterleiten.
37.	Übergabegespräch im Rahmen der Modularen Kombi-Behandlung	<i>Checkliste für das Übergabegespräch</i>	(für die Befragung: Dauer der Anfahrt zum Übergabegespräch)
38.	Abrechnung des persönlichen Übergabemanagements durch die Klinik. Beteiligte Fachambulanz richtet zeitnah Rechnung über 46 € an die Klinik.		Vergütung des Übergabemanagements für Klinik und Fachambulanz
39.	Abrechnung der BEG	Abrechnungsbogen aus Bewilligungsmitteilung	Abrechnung über „Formblatt ambulante Reha im Rahmen der Modularen Kombi-Behandlung“ durch die FA. Kürzel BEG verwenden.
40.	Abrechnung der QZ-/Intravisionssitzungen	Abrechnungsbogen aus Bewilligungsmitteilung	Abrechnung optional für FA oder (Tages-)Klinik. Kostenerstattung für die FA über „Formblatt ambulante Reha im Rahmen der Modularen Kombi-Behandlung“ Kürzel QZ/Intravision verwenden, Fahrtkosten anteilig für die besprochenen Fälle ausweisen. Abrechnungen aus der Klinik getrennt von der Tageskostensatzrechnung einreichen
41.	Prospektive Therapieplanung prüfen	Vorlage „Prospektive Therapieplanung	Prüfen, ob diese Bestand hat oder geändert werden muss. Ggf. Änderung an die DRV und das CM melden.
42.	Prospektive Therapieplanung	Vorlage „Prospektive Therapieplanung“	Aktuelle Planung (ggf. nach Bewilligung durch die DRV) an die (tages-)klinischen Behandler weiterleiten.
43.	Fertigstellung des stationären Entlassungsberichts und Weiterleitung an die Fachambulanz	<i>aktuelle Berichtsvorlage fortschreiben (MOKO-EB)</i>	(Tages-)Klinik muss behandlungsrelevante Informationen, die vorliegen bzw. erarbeitet wurden, an FA weitergeben. Übermittlung sollte zeitnah, spätestens mit der Aufnahme bzw. im Übergabegespräch erfolgen.
44.	„Rehabilitations-Entlassungsbericht – Blatt 1“	Blatt 1	an die DRV leiten
45.	„Rehabilitations-Entlassungsbericht – Blatt 1a“ an die DRV	Blatt 1a	

© AG Devianz - Stand: 29. November 2007

3

46.	„Rehabilitations-Entlassungsbericht – Blatt 1b“ an die DRV	Blatt 1b	
47.	„Rehabilitations-Entlassungsbericht – Blatt 2“	Blatt 2	
48.	Aufnahmeplanung mit der Fachambulanz	<i>Kein Formblatt!</i>	Aufnahmetermin abstimmen sowie Übergabegespräch terminieren
49.	Übergabegespräch im Rahmen der Modularen Kombi-Behandlung	<i>Checkliste für das Übergabegespräch</i>	
50.	Abrechnung des persönlichen Übergabemanagements durch die Klinik. Beteiligte Fachambulanz richtet zeitnah Rechnung über 46 € an die Klinik.		Vergütung des Übergabemanagements für Klinik und Fachambulanz
51.	Mitteilung über den Wechsel der Behandlungsform an die DRV	Wechselmitteilung	Die sofortige Mitteilung ist dringend erforderlich! Insbesondere wenn die stationäre Maßnahme vorzeitig beendet wird, sollte unverzüglich der Leistungsträger informiert werden, damit Übergangsgeldzahlungen fristgerecht eingestellt werden können!
52.	Beendigungsmitteilung für das Modul übersenden	Vordruck aus der Bewilligungsmitteilung	
<b>Poststationäre ambulante Behandlungsphase</b>			
53.	Aufnahmemitteilung der Fachambulanz an DRV	Vordruck aus der Bewilligungsmitteilung	Die sofortige Mitteilung ist dringend erforderlich!
54.	Fachambulanz erhält von der DRV die medizinischen Unterlagen des Versicherten	Gutachtenheft (GA-Heft)	GA-Heft ist spätestens nach 14 Tagen an die Rentenversicherung zurückzusenden
55.	Information des Case-Managers über ambulanten Behandlungsbeginn sowie fortlaufend über weitere Behandlungsprozesse	<i>Vorlage „CM/Prozessbegleitung“</i>	
56.	Abrechnung von ambulanter Reha und CM im Rahmen der Modularen Kombi-Behandlung	Abrechnungsbogen aus Bewilligungsmitteilung	Abrechnung erfolgt während der ambulanten Reha vierteljährlich. Kürzel CM verwenden!
57.	Beendigungsmitteilung für das Modul übersenden	Vordruck aus der Bewilligungsmitteilung	
58.	Fertigstellung des Entlassungsberichts für die Modulare Kombi-Behandlung	<i>aktuelle Berichtsvorlage fortschreiben</i>	

## 6. Prospektive Therapieplanung

Das Formblatt „Prospektive Therapieplanung“ ist Teil des Antrages auf Modulare Kombinationsbehandlung. In der Vorlage sind die beteiligten Behandlungsstellen, die geplante Abfolge und der Umfang der Module im Rahmen der kombinierten Rehabilitationsmaßnahme zu erfassen.

Prospektive Therapieplanung	Stand: 16.03.2007
VSNR: _____	Case-Manager: (Name, Telefonnr.) _____
Name: _____	Berater/ambulanter Bezugstherapeut: (Name, Telefonnr.) _____

### Prospektive Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund

mit anliegendem Antrag wird modulare Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund für

Drogenabhängige  
 Alkohol- oder Medikamentenabhängige

beantragt.

**Behandlungsstellen:**

ambulant: \_\_\_\_\_

ambulant  
ganztägig: \_\_\_\_\_

stationär: \_\_\_\_\_

**Der voraussichtliche Therapieumfang von insgesamt 52 Wochen, gliedert sich in folgende Behandlungsabschnitte:**

1. Modul stationär / ambulant / ganztägig ambulant \_\_\_\_\_ Wochen \_\_\_\_\_ Therapieeinheiten

2. Modul stationär / ambulant / ganztägig ambulant \_\_\_\_\_ Wochen \_\_\_\_\_ Therapieeinheiten

3. Modul stationär / ambulant / ganztägig ambulant \_\_\_\_\_ Wochen \_\_\_\_\_ Therapieeinheiten

4. Modul stationär / ambulant / ganztägig ambulant \_\_\_\_\_ Wochen \_\_\_\_\_ Therapieeinheiten

Bei Abweichung im laufenden Reha-Verfahren ist eine erneute prospektive Therapieplanung nebst Zwischenbericht zu übersenden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Stempel der Suchtberatungsstelle

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Versicherten

## 7. Verfahrensanweisung für die Prospektiven Therapieplanung

Die Verfahrensanweisung erläutert den Prozess der Prospektiven Therapieplanung in der Modularen Kombinationsbehandlung unter Berücksichtigung der Erfordernisse des Qualitätsmanagements. Neben der Festlegung der Rahmenbedingungen verdeutlichen ein Flussdiagramm sowie eine inhaltliche Darstellung die Realisierung der Prospektiven Therapieplanung.



### Verfahrensanweisung VA 10-10 Prospektive Therapieplanung in der Modularen Kombinationsbehandlung



#### 1. Ziel und Zweck

Die Prospektive Therapieplanung ist Teil des Antrages auf Modulare Kombinationsbehandlung und gibt einen Überblick über den zeitlichen Umfang der geplanten Behandlung sowie die Abfolge der einzelnen Module. Als vorläufiger Therapieplan ist sie eine Art Richtschnur für die gesamte Modulare Kombinationsbehandlung. Bei Bedarf und nach Prüfung durch die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover kann die Prospektive Therapieplanung geändert werden, um eine individuell angepasste Behandlung zu ermöglichen.

#### 2. Geltungsbereich

Ambulante, ganztagsambulante und stationäre Suchttherapieeinrichtungen der Lukas Werk Suchthilfe gGmbH

#### 3. Verantwortliche Funktionsbereiche

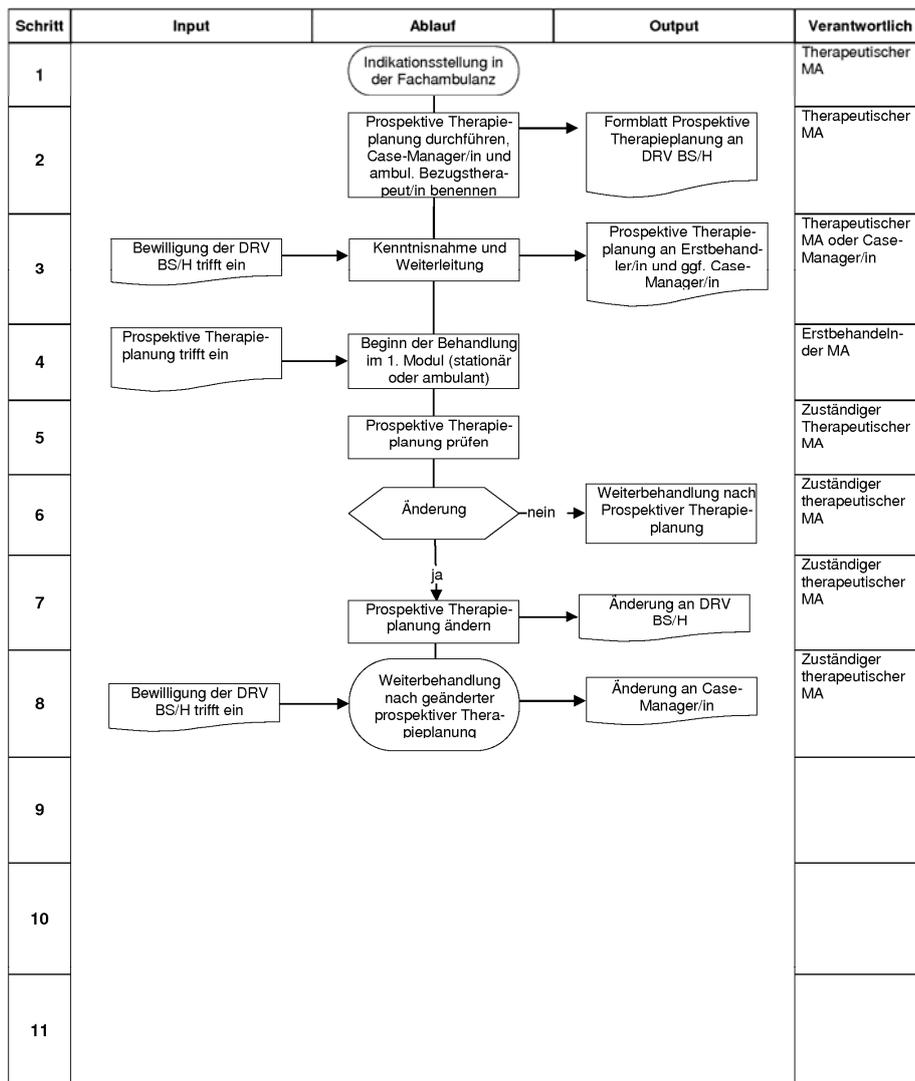
Zuständige Berater/innen bzw. behandelnde ambulante, ganztagsambulante und stationäre Therapeut/innen der Patient/innen in der Modularen Kombinationsbehandlung

#### 4. Kriterien zur Messung der Prozessleistung

Das Case-Management übernimmt vor Übersendung der Unterlagen an die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover die Kontrolle auf Vollständigkeit.

Prüfung und Freigabe Datum / Unterschrift	Bearbeitet von: AG Devianz Uni Oldenburg	Version	Datum der Erstellung	Seiten
19.06.07/Sarstedt-Hülsmann		01	19.06.2007	3 1 von 3

5. Flussdiagramm



## 6. Prospektive Therapieplanung

1. Im Rahmen der Beratungsphase erfolgt in der Fachambulanz die Prüfung der Indikation für die Modulare Kombinationsbehandlung.
2. Teil des Antrages auf Modulare Kombinationsbehandlung ist die **Prospektive Therapieplanung**. Auf dem entsprechenden Formular (siehe unten) werden im Einvernehmen mit dem Patient/der Patientin die individuellen Behandlungsmodule – die Anzahl der ambulanten, tagesklinischen und stationären Module ist unter Berücksichtigung der maximalen Behandlungszeit prinzipiell frei zu wählen – in ihrer Reihenfolge und Dauer geplant. Auf dem Vordruck sind gleichzeitig der Case-Manager/ die Case-Managerin sowie der künftige ambulante Bezugstherapeut (ggf. vorläufig) zu benennen. Zusammen mit den herkömmlichen Unterlagen (siehe unten) erfolgt dann die Antragstellung auf Modulare Kombinationsbehandlung bei der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover.
3. Nach Eingang der Bewilligung wird die Prospektive Therapieplanung an die im Behandlungsprozess Beteiligten (Erstbehandler/in, ggf. Case-Manager/in) weitergeleitet.
4. Die für jede Patientin/jeden Patient individuell aufeinander folgenden Behandlungsmodule werden gemäß Prospektiver Therapieplanung realisiert.
5. In jedem Modul erfolgt eine Prüfung der Prospektiven Therapieplanung.
6. Sofern von den geplanten Abläufen abgewichen werden muss, ist die Prospektive Therapieplanung entsprechend zu ändern.
7. Die modifizierte Prospektive Therapieplanung ist zur Kenntnisnahme an die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover zu richten.
8. Sofern die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover keine Einwände formuliert, wird die Modulare Kombinationsbehandlung gemäß geänderter Prospektiver Therapieplanung fortgesetzt. Die geänderte Prospektive Therapieplanung wird dem Case-Manager/ der Case-Managerin übermittelt.

## 7. Querverweise und mitgeltende Unterlagen

[VA 10-07 Belastungserprobungsgruppe \(BEG\)](#)

[VA 10-08 Case-Management](#)

[VA 10-09 Modulares Berichtswesen](#)

[VA 10-11 Qualitätszirkel IntraVision](#)

[VA 10-12 Übergabegespräche](#)

[FB Prospektive Therapieplanung](#)

[Checkliste Formblätter Moko-LWS](#)

---

Prüfung und Freigabe Datum / Unterschrift	Bearbeitet von: AG Devianz Uni Oldenburg	Version	Datum der Erstellung	Seiten 3
19.06.07/Sarstedt-Hülsmann		01	19.06.2007	3 von 3

## 8. Case-Management (CM)/ Prozessverlauf

Die Vorlage CM/Prozessverlauf dient der Dokumentation aller behandlungsrelevanten Informationen im individuellen Rehabilitationsverfahren. Auf diese Weise kann der Case-Manager kontinuierlich und umfassend gegenüber den BehandlungspartnerInnen oder dem Leistungsträger Auskunft über den Stand der Therapie einer Patientin/eines Patienten der Modularen Kombinationsbehandlung geben.

*Code-Nr.*

*Name des Trägers*

*Name der Fachambulanz*

### Case-Management / Prozessverlauf

**Case-Management:** xxxx

**Therapeut/in ambulant:** Hr. xxxxx, Fr. xxxxx

**Therapeut/in Tagesklinik:** Hr. xxxxxxxxxxx, Fr. xxxxxxxxxxx

**Therapeut/in Fachklinik:** Hr. xxxxxxxxxxx, Fr. xxxxxxxxxxx

**Klient/in:**

**VSNR:**

**Kostenträger:**

Max Mustermann

59 202059 M 504

DRV-BSH

|

**Code-Nr.**

**Besonderheiten und Kontaktanlässe zwischen  
Case-Management und Therapeut/in bzw. DRV**

Der folgende Katalog enthält eine Auswahl an Formulierungen, die exemplarisch Beispiele und -hilfen für die Dokumentation der Besonderheiten und Kontaktanlässe bieten. Er soll die Erfassung der Tätigkeiten im Rahmen des Case-Managements sowie die Anlässe für Kontakte zu BehandlerInnen und zum Leistungsträger erleichtern und strukturieren.

Eine Ergänzung und Konkretisierung ist individuell möglich und gewünscht.

Es sollte stets auch vermerkt werden, wer den Kontakt initiiert hat, bspw. „Anfrage der RV zur Aufnahmeplanung“ oder „Anfrage der Fachambulanz zur Antragsverlängerung“.

- Unklarheiten im Antragsverfahren – Zuständigkeit der DRV Braunschweig-Hannover, Umwandlung in einen Moko-Antrag, Antragsberechtigung, Unvollständigkeit von Unterlagen
- Gründe gegen die oder Änderungen der prospektiven Therapieplanung
- Aufnahmeplanung
- Nicht-Antritt der Behandlung
- Aufenthaltsort der KlientInnen
- therapeutische Frage
- Abrechnungsmodalitäten
- Stand der bewilligten und in Anspruch genommenen Therapieeinheiten bzw. Therapiezeiten
- Planung der BEG
- Übergabemanagement – Planung des Behandlungswechsels, Organisation und Terminfindung für Übergabegespräche
- Antragsverlängerung
- versicherungsrechtliche Frage
- das MOKO-Rahmenkonzept betreffende Frage
- externe Anfragen, z.B. des Arbeitgebers, der Agentur für Arbeit
- Vorbereitung des QZ/Intravision
- Abbruch der Behandlung
- Verwaltungsseitiger Abschluss der Behandlung – Schluss der Patientenakte, Abschlussbericht
- ...

**Bitte senden Sie zu Beginn jedes neuen Behandlungsabschnittes  
unter Angabe der MOKO-Code-Nummer in der Kopfzeile  
die folgenden Seiten per Email an die Projektgruppe der AG Devianz.**

Code-Nr.

**Erfassung von Kontakten mit TherapeutInnen**

Prozess- verlauf	Datum	Kontakt mit TherapeutInnen				Kontaktanlass/ Besonderheiten
		telefo- nisch <input type="checkbox"/>	schrift- lich <input type="checkbox"/>	persön- lich <input type="checkbox"/>	Zeit- auf- wand in Minu- ten	
Antragstellung						
ambulantes Modul						
tagesklinisches/ stationäres Modul						
ambulantes Modul						
tagesklinisches/ stationäres Modul						
ambulantes Modul						
Abschluss der Maßnahme						

**Erfassung von Kontakten mit der DRV**

Prozess- verlauf	Datum	Kontakt mit DRV			Kontaktanlass/ Besonderheiten
		telefo- nisch <input type="checkbox"/>	schrift- lich <input type="checkbox"/>	Zeitauf- wand in Minuten	
Antragstellung					
ambulantes Modul					
tagesklinisches/ stationäres Modul					
ambulantes Modul					
tagesklinisches/ stationäres Modul					
ambulantes Modul					
Abschluss der Maßnahme					

**Code-Nr.**

**Abrechnungsmodalitäten**

<b>Prozess- verlauf</b>	<b>Datum</b>	<b>Case-Management</b>	<b>QZ/Intravison</b>
Antragstellung			
ambulantes Modul			
tagesklinisches/ stationäres Modul			
ambulantes Modul			
tagesklinisches/ stationäres Modul			
ambulantes Modul			
Abschluss der Maßnahme			

## 9. Verfahrensanweisung für das Case-Management

Die Verfahrensanweisung erläutert den Prozess des Case-Managements in der Modularen Kombinationsbehandlung unter Berücksichtigung der Erfordernisse des Qualitätsmanagements. Neben der Festlegung der Rahmenbedingungen verdeutlichen ein Flussdiagramm sowie eine inhaltliche Darstellung die Realisierung des Case-Managements.



### Verfahrensanweisung VA 10-08 Case-Management



#### 1. Ziel und Zweck

Während der gesamten Behandlungszeit der Modularen Kombinationsbehandlung steht ein Case-Manager/eine Case-Managerin (CM) als Ansprechpartner/in für die Organisation und Verwaltung des Therapieablaufs zur Verfügung. Der Case-Manager/die Case-Managerin dokumentiert die Daten zum Behandlungsprozess (Behandlungsbeginn, -nichtantritt, -wechsel und/oder -abbruch) und hat Übersicht über die patientenbezogenen Verwaltungsabläufe. Der/die i.d.R. im ambulanten Bereich angesiedelte Case-Manager/-in gibt bei Bedarf entsprechende Informationen an die an der Behandlung Beteiligten bzw. die Rentenversicherung weiter. Er/Sie ist somit Ansprechpartner/in, Rückmelder/in und Ablaufverantwortliche/r für alle Beteiligten. Das Case-Management dient der einrichtungsübergreifenden Abstimmung der Maßnahmen und dem inhaltlichen Ineinandergreifen des ambulant-stationären (inkl. Adaption)/ganztäglich ambulanten Behandlungsprozesses.

#### 2. Geltungsbereich

Ambulante Suchttherapieeinrichtungen der Lukas Werk Suchthilfe gGmbH; Verwaltung

#### 3. Verantwortliche Funktionsbereiche

Verwaltungsfachkräfte (Case-Manager/innen) sowie zuständige ambulante und stationäre (inkl. Adaption)/ganztäglich ambulante Therapeut/innen des Patienten/der Patientin in der Modularen Kombinationsbehandlung

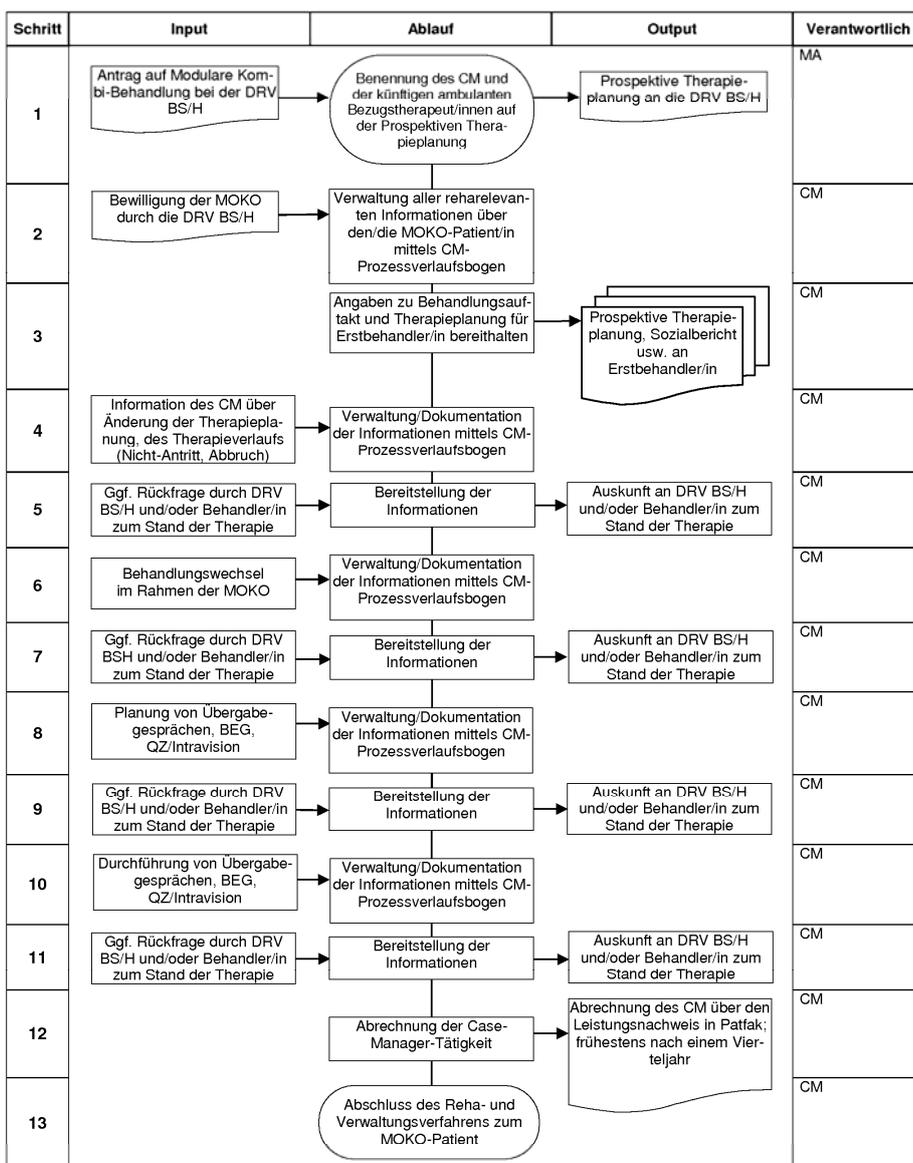
#### 4. Kriterien zur Messung der Prozessleistung

Die Prozessleistung ist daran zu messen, dass der Case-Manager/ die Case-Managerin dauerhaft und unmittelbar über alle behandlungs- und patientenrelevanten Informationen verfügt und mögliche Anfragen zum Stand der Therapie umgehend beantworten kann.

---

Prüfung und Freigabe Datum / Unterschrift	Bearbeitet von: AG Devianz Uni Oldenburg	Version	Datum der Erstellung	Seiten 3
19.06.07/Sarstedt-Hülsmann		01	19.6.2007	1 von 3

5. Flussdiagramm



## 6. VA Case-Management

1. Zum Zeitpunkt der Antragstellung wird ein/ eine Case-Manager/in bestimmt, der/ die für die gesamte Behandlungszeit eines Klienten/einer Klientin der Modularen Kombinationsbehandlung Ansprechpartner/-in für die Dokumentation und Verwaltung des Behandlungsablaufes ist.  
Das Case-Management wird i.d.R. von einer Verwaltungskraft ausgeübt und ist auf dem Formblatt Prospektive Therapieplanung (siehe unten) anzugeben.
2. Mit Beginn der Modularen Kombinationsbehandlung (Bewilligung) verwaltet der/die Case-Manager/in fortlaufend alle reharelevanten Informationen unter Verwendung des CM-Prozessverlaufsbogen (siehe unten).
3. Der Case-Manager/ die Case-Managerin hält die für den Behandlungsauftritt notwendigen Informationen für die erstbehandelnde Einrichtung bereit, er/ sie übermittelt die Prospektive Therapieplanung und den Sozialbericht.
4. Der Case-Manager/ die Case-Managerin wird fortlaufend über alle (verwaltungsseitigen) Entwicklungen oder Veränderungen der Behandlung informiert und dokumentiert diese Angaben.
5. Der Case-Manager/ die Case-Managerin gibt auf Rückfrage gegenüber der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover oder der beteiligten Behandlungspartnerinnen Auskunft.
6. Bei Behandlungswechseln dokumentiert und verwaltet der Case-Manager/die Case-Managerin die entsprechenden Informationen.
7. Der Case-Manager/ die Case-Managerin gibt auf Rückfrage gegenüber der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover oder der beteiligten Behandlungspartnerinnen Auskunft.
8. Geplante Übergabegespräche, BEG und QZ/Intravisionen dokumentiert und verwaltet der Case-Manager/die Case-Managerin.
9. Der Case-Manager/ die Case-Managerin gibt auf Rückfrage gegenüber der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover oder der beteiligten Behandlungspartnerinnen Auskunft.
10. Durchgeführte Übergabegespräche, BEG und QZ/Intravisionen dokumentiert und verwaltet der Case-Manager/die Case-Managerin.
11. Der Case-Manager/ die Case-Managerin gibt auf Rückfrage gegenüber der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover oder der beteiligten Behandlungspartnerinnen Auskunft.
12. Für das Case-Management können bis zu 12-mal 46 € analog einer Therapieeinheit gegenüber der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover in Rechnung gestellt werden.  
Die Abrechnung des Case-Managements erfolgt unter Angabe des Kürzels „Case-Management“ über den Leistungsnachweis in Patfak. Eine Vergütung ist frühestens nach dem ersten Vierteljahr der Behandlung möglich.
13. Das Case-Management endet mit Abschluss des Rehabilitations- bzw. Verfahrens des Klienten/der Klientin.

## 7. Querverweise und mitgeltende Unterlagen

[VA 10-07 Belastungserprobungsgruppe \(BEG\)](#)

[VA 10-09 Modulares Berichtswesen](#)

[VA 10-10 Prospektive Therapieplanung](#)

[VA 10-11 Qualitätszirkel Intravision](#)

[VA 10-12 Übergabegespräche](#)

[FB Prospektive Therapieplanung](#)

[Vorlage Sozialbericht](#)

[Checkliste Formblätter Moko-LWS](#)

[CM-Prozessverlaufsbogen](#)

Prüfung und Freigabe Datum / Unterschrift	Bearbeitet von: AG Devianz Uni Oldenburg	Version	Datum der Erstellung	Seiten
19.06.07/Sarstedt-Hülsmann		01	19.6.2007	3 von 3

## 10. Verfahrensanweisung für die Belastungserprobungsgruppe (BEG)

Die Verfahrensanweisung erläutert den Prozess der BEG in der Modularen Kombinationsbehandlung unter Berücksichtigung der Erfordernisse des Qualitätsmanagements. Neben der Festlegung der Rahmenbedingungen verdeutlichen ein Flussdiagramm sowie eine inhaltliche Darstellung die Realisierung der BEG.



### Verfahrensanweisung VA 10-07 Belastungserprobungsgruppe (BEG)



#### 1. Ziel und Zweck

Die Belastungserprobungsgruppe zielt während des stationären oder ganztägig ambulanten Settings auf die Anbindung an die weiterbehandelnde Fachambulanz (ggf. auch Adaptionseinrichtung). Sie dient der Aufrechterhaltung des Kontaktes zu möglichen vorherigen Behandler/innen und/oder der Vorbereitung der Patient/innen auf die Behandlung in einem weiteren Modul. Die Patientinnen und Patienten können während der stationären oder ganztägig ambulanten Reha im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung bis zu 6-mal am Behandlungsangebot der für sie künftig zuständigen Einrichtung (Fachambulanz, Adaptionseinrichtung) teilnehmen. Für die Patient/innen besteht so die Möglichkeit, während der stationären/ganztägig ambulanten Phase weiterhin Kontakt zum ambulanten Therapeuten/zur ambulanten Therapeutin zu halten bzw. sich auf die nachfolgende Behandlung vorzubereiten. Die BEG ist damit Teil des Schnittstellenmanagements und ermöglicht einen möglichst krisenarmen Übergang vom stationären ins ambulante Setting oder in die Adaption.

#### 2. Geltungsbereich

Ambulante, ganztagsambulante und stationäre (inkl. Adaption) Suchttherapieeinrichtungen der Lukas Werk Suchthilfe gGmbH

#### 3. Verantwortliche Funktionsbereiche

Abgebende/r und aufnehmende/r Therapeut/in des Patienten/der Patientin in der Modularen Kombinationsbehandlung

#### 4. Kriterien zur Messung der Prozessleistung

Die Prozessleistung ist daran zu messen, dass die Teilnahme an den BEG die Kontinuität der Behandlung fördert, der Patient/die Patientin auf die ambulante Behandlung vorbereitet wird und der Übergang vom stationären in das ambulante Modul gelingt.

Prüfung und Freigabe Datum / Unterschrift	Bearbeitet von: AG Devianz Uni Oldenburg	Version	Datum der Erstellung	Seiten 3
19.06.07/Sarstedt-Hülsmann		01	19.6.2007	1 von 3

5. Flussdiagramm

Schritt	Input	Ablauf	Output	Verantwortlich
1		stationäres Modul		
2		Übergabegespräch: Info an MA stationär, wann BEG möglich		MA ambulant oder der Adaptions-einrichtung
3		Entscheidung für BEG indikativ/optional bis zu 6 Mal		MA stationär
4		Information an das Case-Management über BEG-Termin		MA stationär
5		Teilnahme des Patienten/der Patientin an Gruppenangebot der Fachambulanz oder in der Adaption		MA ambulant oder der Adaptions-einrichtung
6		Information an das Case-Management über erfolgte BEG		MA ambulant oder der Adaptions-einrichtung
7		Fachambulanz oder Adaption rechnet BEG mit der DRV BS/H ab, Fahrtkosten des Patienten rechnet Fachklinik ab	Abrechnung der BEG über Leistungsnachweis in Patfak Abrechnung der Fahrtkosten über Pflegekostenabrechnung mit Ausgabebeleg	CM/Verwaltung, Fachambulanz oder Adaption, Fachklinik
8		krisisnamer Übergang in das nächste Modul		MA stationär/ambulante oder der Adaptions-einrichtung
9		weiteres Modul		MA ambulant oder der Adaptions-einrichtung
10				
11				
12				

## 6. VA Belastungserprobungsgruppe (BEG)

1. BEG können optional während des stationären Moduls im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung erfolgen.
2. Im Übergabegespräch erhält der Therapeut (stationär) vom Therapeuten (ambulant oder aus der Adaptionseinrichtung) Informationen, wann Termine für die Belastungserprobungsgruppe zur Verfügung stehen.
3. Die Entscheidung über die Durchführung von BEG wird unter therapeutischen Gesichtspunkten im stationären/ganztäglich ambulanten Setting getroffen.
4. Ist die Teilnahme an der Belastungserprobungsgruppe indiziert, realisieren der/die stationär behandelnde Therapeut/in mit dem Case-Manager/der Case-Managerin die Termine für die Teilnahme des Patienten/der Patientin am regulären Behandlungsangebot der Fachambulanz (Gruppentherapie) bzw. in der Adaptionseinrichtung. Der Case-Manager/die Case-Managerin informiert den/die entsprechende Therapeut/in über die geplanten BEG.
5. Der Patient/die Patientin fährt zum vereinbarten Termin aus der Fachklinik in die Fachambulanz oder in die Adaptionseinrichtung und nimmt dort am Behandlungsangebot teil.
6. Der Case-Manager/die Case-Managerin ist über die durchgeführten BEG zu informieren.
7. Die Fachambulanz oder Adaptionseinrichtung rechnet unter Angabe des Kürzels BEG über den Leistungsnachweis in Patfak je BEG 46 € mit der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover ab. Die Fahrtkostenerstattung für den Patienten/die Patientin erfolgt in der Fachklinik. Die Abrechnung hierfür wird mit der Pflegekostenabrechnung (Ausgabebeleg beilegen) vorgenommen. Die Modulare Kombinationsbehandlung sieht bis zu 6 BEG vor.
8. Die BEG bereitet den krisenarmen Übergang in das nächste Behandlungsmodul im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung vor.
9. Die Durchführung von BEG endet, wenn der Klient/ die Klientin in das nächste Modul gewechselt ist.

## 7. Querverweise und mitgeltende Unterlagen

[VA 10-08 Case-Management](#)

[VA 10-09 Modulares Berichtswesen](#)

[VA 10-10 Prospektive Therapieplanung](#)

[VA 10-11 Qualitätszirkel IntraVision](#)

[VA 10-12 Übergabegespräche](#)

[Checkliste Formblätter Moko-LWS](#)

[AA x-xx Wochenplan BS-HE-GS \(FKE\)](#)

[AA x-xx Wochenplan B-SZ \(FKE\)](#)

[AA x-xx Wochenplan Indikationsgruppen \(FKE\)](#)

[AA x-xx Wochenpläne \(FA\)](#)

Prüfung und Freigabe Datum / Unterschrift	Bearbeitet von:	Version	Datum der Erstellung	Seiten
19.06.07/Sarstedt-Hülsmann	AG Devianz Uni Oldenburg	01	19.6.2007	3 von 3

## 11.      **Verfahrensanweisung für die Qualitätszirkel (QZ)/Intravision**

Die Verfahrensanweisung erläutert den Prozess der QZ/Intravision der Modularen Kombinationsbehandlung unter Berücksichtigung der Erfordernisse des Qualitätsmanagements. Neben der Festlegung der Rahmenbedingungen verdeutlichen ein Flussdiagramm sowie eine inhaltliche Darstellung die Realisierung der QZ/Intravision.



**Verfahrensanweisung**  
VA 10-11 Qualitätszirkel (QZ)/ Intravision im  
Rahmen der Modularen Kombinationsbe-  
handlung

**1. Ziel und Zweck**  
Der Qualitätszirkel (QZ)/die Intravision dient als Forum des Schnittstellenmanagements zum Einen der Einzelfallbesprechung, zum Zweiten der Abstimmung von Behandlungsprozessen und zum Dritten der Optimierung der Kooperation und Konzeption. Alle 8 Wochen kommen die Therapeut/innen des Verbundes in diesem Rahmen zusammen, die aktuell Patient/innen im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung behandeln.

**2. Geltungsbereich**  
Ambulante, ganztagsambulante und stationäre (inkl. Adaption) Suchttherapieeinrichtungen der Lukas Werk Suchthilfe gGmbH

**3. Verantwortliche Funktionsbereiche**  
Zuständige Therapeut/innen der Patient/innen in der Modularen Kombinationsbehandlung

**4. Kriterien zur Messung der Prozessleistung**  
Die Prozessleistung ist daran zu messen, dass über die Einzelfallbesprechung, die Abstimmung von Behandlungsprozessen sowie die Kooperation der Therapeut/innen eine Abstimmung des individuellen Behandlungsprozesses, eine an den subjektiven Bedarfen orientierte Therapie und Schnittstellenmanagement ermöglicht werden.

---

Prüfung und Freigabe Datum / Unterschrift	Bearbeitet von: AG Devianz Uni Oldenburg	Version 01	Datum der Erstellung 19.6.2007	Seiten 3 1 von 3
--	--	---------------	-----------------------------------	---------------------

5. Flussdiagramm

Schritt	Input	Ablauf	Output	Verantwortlich
1	Patient/in in der MOKO	QZ/Intra-vision des Therapieverbundes		ambulante und stationäre (inkl. Adaption) MA
2		Planung der Sitzung durch Meldung der zu besprechen- den Fälle an die Fachklinik	Fax mit Namen und Ge- burtsdaten der zu bespre- chenden Fälle an Klinik	ambulante MA stationäre (inkl. Adaption) MA
3		Jeden 1. Mittwoch eines geraden Monats findet der QZ/Intra-vision in der Fachklinik Erlengrund statt		ambulante MA und stationäre (inkl. Adaption) MA
4		Einzelfallbesprechung im Therapeutenteam	Protokoll zum QZ/Intra-vision mit anonymisierter Angabe des/der besprochenen Patienten/in	Bezugstherapeu- ten des MOKO- Klient/in
5		Optimierung der Kooperation und Konzeption	Protokoll über Inhalte der Qualitätsentwicklung	ambulante und stationäre (inkl. Adaption) MA
6		Information an das Case- Management zu QZ Intra- vision des/der Patient/in		ambulante und stationäre (inkl. Adaption) MA
7		Verwaltung und Dokumen- tation der Informationen mittels des CM- Prozessverlaufsboogens		CM
8		Abrechnung von QZ/Intra-vision	Abrechnung von QZ/Intra-vision über Leis- tungsnachweis in Patfak	CM
9		Abschluss der MOKO des/der Patienten/in		MA
10				

**6. Qualitätszirkel/ Intra-vision**

1. Die QZ/Intra-vision dient der Einzelfallbesprechung und der Abstimmung von Behandlungsprozessen in der Modularen Kombinationsbehandlung. Therapeut/innen des Verbundes, die aktuell einen/eine oder mehr Patienten/ Patientinnen in der Modularen Kombinationstherapie behandeln, nehmen an den QZ/Intra-visionen teil (siehe unten).
2. Im Vorfeld der Sitzung übermitteln die BehandlerInnen, aktuelle Fälle, die sie besprechen wollen. Per Fax (Datenschutz) werden Namen und Geburtsdaten an die Fachklinik geschickt, damit die Sitzung koordiniert werden kann.
3. Die Qualitätszirkel/Intra-visionen finden alle zwei Monate – am ersten Mittwoch des geraden Monats – in der Fachklinik Erlengrund statt.
4. Im Rahmen der QZ/Intra-visionen werden individuelle Dynamiken und das weitere therapeutische Vorgehen im individuellen Fall besprochen. Die in der Fallkonferenz besprochenen Patient/innen sind in anonymisierter Form in einem Protokoll zu erfassen. Die Patient/innen werden unter Zuordnung zu ihrer aktuellen Behandlungseinrichtung bzw. des/der zuständigen Therapeuten/in mit dem ersten Buchstaben des Vor- und Zunamens und des Geburtsdatums aufgelistet.
5. Im Rahmen der QZ/Intra-visionen stehen außerdem Fragen der Umsetzung der Verbundarbeit und Qualitätsentwicklung auf der Tagesordnung. Die thematisierten Aspekte der Optimierung von Kooperation und Konzeption sind in einem Protokoll zu erfassen.
6. Der Case-Manager/ die Case-Managerin ist durch den Behandler/die Behandlerin über die Durchführung der Fallbesprechung zu jeder Patientin/jedem Patienten zu informieren.
7. Der Case-Manager/ die Case-Managerin dokumentiert und verwaltet die Informationen zur Durchführung der QZ/Intra-visionen für die PatientInnen mittels des CM-Prozessverlaufsboogens.
8. Der Case-Manager/ die Case-Managerin stellt die Durchführung der QZ/Intra-visionen unter dem Kürzel „QZ/Intra-vision“ gegenüber der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover in Rechnung. Für die Fallbesprechung im Rahmen der QZ/Intra-vision können pro Versichertem/Versicherter 23 € zzgl. Fahrtkosten für die Therapeut/innen abgerechnet werden. Die anfallenden Fahrtkosten sind anteilig auf die besprochenen Fälle umzulegen. Lediglich die Fallbesprechung/Intra-vision zzgl. Fahrtkosten kann als Leistung in Rechnung gestellt werden.
9. Die QZ/Intra-visionen enden je Patient/je Patientin mit Abschluss der Modularen Kombinationsbehandlung.

**7. Querverweise und mitgeltende Unterlagen**[VA 10-07 Belastungserprobungsgruppe \(BEG\)](#)[VA 10-08 Case-Management](#)[VA 10-09 Modulares Berichtswesen](#)[VA 10-10 Prospektive Therapieplanung](#)[VA 10-12 Übergabegespräche](#)[Checkliste Formblätter Moko-LWS](#)[CM-Prozessverlaufsbogen](#)

---

Prüfung und Freigabe Datum / Unterschrift	Bearbeitet von: AG Devianz Uni Oldenburg	Version	Datum der Erstellung	Seiten
19.06.07/Sarstedt-Hülsmann		01	19.6.2007	3 von 3

## 12. Wechselmitteilung

Die Vorlage „Wechselmitteilung“ dient der Anzeige des Behandlungswechsels der PatientInnen gegenüber dem Leistungsträger. Das Dokument ist jeweils zum Ende eines Behandlungsmoduls der Modularen Kombinationsbehandlung an die Rentenversicherung zu übersenden.

Wechselmitteilung	Stand: 17.02.2006	
(Stempel der Einrichtung)	<input type="checkbox"/> 30875 Laatzen, Tel.: 0511-829-0; Fax 0511-829-2197 <input type="checkbox"/> 38102 Braunschweig, Tel.: 0531-7006-0; Fax 0531-7006-425	
Per Fax		
Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover		
(Name, Vorname)	(Versicherungsnummer)	
Im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung wird der Patient/die Patientin entsprechend der prospektiven Therapieplanung am		
_____ in das stationäre / ganztägig ambulante / ambulante*		
Behandlungsmodul in der		
(bitte Anschrift eintragen)		
wechseln.		
Die Entwöhnungsbehandlung endet voraussichtlich am:		
Wir bestätigen hiermit, dass o.g. Patient/in sich heute noch in unserer stationären / ganztägig ambulanten / ambulanten* Behandlung befindet.		
(Ort)	, den _____ (Datum)	(Unterschrift u. Stempel der Behandlungsstätte)
* nicht zutreffendes bitte streichen		

## 13. Checklisten für die Übergabegespräche

### 13.1 Checkliste „Übergabegespräch ambulant-stationärer Wechsel“

Die Checkliste „Übergabegespräch ambulant-stationärer Wechsel“ dient der Durchführung des Übergabegesprächs beim Wechsel der PatientInnen von der Fachambulanz in die (Tages-)Klinik. Der Gesprächsleitfaden soll helfen, ein klar strukturiertes Übergabegespräch zu führen und alle für den Behandlungsprozess relevanten Aspekte anzusprechen.

Checkliste Übergabegespräch ambulant-stationär	Stand 02.05.2006
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"><p>Checkliste <b>„Übergabegespräch ambulant-stationärer Wechsel“</b> im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung</p></div>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Klärung wichtiger Punkte, die vor der Aufnahme in der (Tages-)Klinik die aktuelle Lebenssituation betreffen</li><li>• Vorbereitung auf und Begleitung während der Entgiftungsbehandlung</li><li>• Vorgehensweise in der Entwöhnungstherapie<ul style="list-style-type: none"><li>z.B. – Klinikkonzept (Ablauf etc.)</li><li>– Hausordnung</li></ul></li><li>• Individuelle, soziale und medizinische Bedingungen der Suchtkrankheit</li><li>• erste Auseinandersetzungen mit der Krankheitsentwicklung</li><li>• Entwicklung einer Idee von Krankheitsakzeptanz</li><li>• Differenzierung zwischen Fremd- und Eigenmotivation</li><li>• Aufbau von alternativen Bewältigungsstrategien in Belastungssituationen während der ganztägig ambulanten / stationären Therapiephase (Abbruch-/Rückfallprophylaxe)</li><li>• Entwicklung einer ersten Vorstellung für ein suchtmittelfreies Leben</li><li>• Beziehungsaspekt ambulante/r TherapeutIn und PatientIn</li> <li>• <i>(für die Begleitforschung: Dauer der Anfahrt zum Übergabegespräch)</i></li></ul>	
	

## 13.2 Checkliste „Übergabegespräch stationär-ambulanter Wechsel“

Die Checkliste „Übergabegespräch stationär-ambulanter Wechsel“ dient der Durchführung des Übergabegesprächs beim Wechsel der PatientInnen von der (Tages-)Klinik in die Fachambulanz. Der Gesprächseifaden soll helfen, ein klar strukturiertes Übergabegespräch zu führen und alle für den Behandlungsprozess relevanten Aspekte anzusprechen.

Checkliste Übergabegespräch stationär-ambulant

Stand 02.05.2006

Checkliste

### „Übergabegespräch stationär-ambulanter Wechsel“

im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung

#### 1. Informationen über die aktuelle soziale Situation (Beruf, Partnerschaft, Wohnung, Schulden)

- Wie sieht die Situation bezüglich Beruf, Partnerschaft, Wohnung und Schulden aus?
- Wie gehen die PatientInnen mit ihrem näheren und weiteren Umfeld, auch ihrer Therapiegruppe, um?
- Welche Ressourcen und Defizite bestehen im sozialen Kontakt?
- Welche Behandlungseffekte ergaben sich während der stationären Therapie?
- Welche Behandlungsvorschläge ergeben sich für die ambulante Weiterbehandlung?

#### 2. Informationen über Defizite und Ressourcen bezüglich sozialer Situation (Beruf, Partnerschaft, Wohnung, Schulden)

- Wie aktiv ist der/die Patient/in bezüglich seiner/ihrer beruflichen Wiedereingliederung? Was hat sie/er unternommen?
- Welche aktuellen Probleme gab es am Arbeitsplatz? (medizinisches Leistungsbild beachten bzw. sozialmedizinische Beurteilung!)
- Welche Vorschläge zur beruflichen Wiedereingliederung werden gemacht?
- Wie wurden die vorhandenen Informationsquellen bzw. Unterstützer genutzt? (Arbeitsamt, Reha-Berater, Internet etc.)
- Wie aktiv war der/die Patient/in bezüglich der Regulierung seiner/ihrer Partnerschaft? Was hat sie/er unternommen? Welche aktuellen Probleme gab es? Welche Vorschläge zur Konfliktlösung wurden gemacht? Welche Unterstützung und welche Ressourcen wurden genutzt?
- Wie aktiv ist der/die Patient/in bezüglich der Lösung seiner/ihrer Wohnungsfrage? Was hat sie/er unternommen? Welche Vorschläge zur Wohnungsfrage wurden gemacht? Welche Unterstützung, welche Informationsquellen wurden genutzt?
- Wie aktiv war der/die Patient/in bezüglich seiner/ihrer Schuldenregulierung? Was hat sie/er unternommen? Welche aktuellen Probleme gab es bezüglich der Schulden? Welche Vorschläge zur Schuldenregulierung wurden gemacht? Wie wurden die vorhandenen Informationsquellen bzw. Unterstützer genutzt?

#### 3. Wichtige Probleme und individuelle Risiken (Rückfall)

- Welche Konflikte liegen vor?
- Welche Rückfallgefahren sind bekannt?
- Welche coping-Strategien beherrscht der/die Patient/in?
- Welche soziale/berufliche/finanzielle Unterstützung/Förderung erhält der/die Patient/-in?

#### 4. Beziehungsaspekte (interaktionell u. a. bezüglich des Übergabegesprächs)

- Wie sehen die jeweiligen Beziehungen zwischen ambulantem/r, stationärem/r TherapeutIn und PatientIn aus?
- In welchem Zusammenhang steht dies mit den vorherrschenden Abwehrmechanismen?
- Gibt es besondere Übertragungsphänomene?
- (für die Begleitforschung: Dauer der Anfahrt zum Übergabegespräch)

## 14. Synopse zum Übergabemanagement

Die Synopse zum Übergabemanagement dient der Abrechnung der Übergabegespräche im regionalen Therapieverbund der Lukas Werk Suchthilfe gGmbH und ihrer externen Kooperationspartner. In der Übersicht sind die Distanzen und die entsprechende Vergütungspauschale zwischen den Einrichtungen des Therapieverbundes festgelegt, so dass zur Abrechnung gegenüber dem Leistungsträger auf die hier einmalig ermittelten Beträge zurückgegriffen werden kann

03.03.2006

### Synopse zum Übergabemanagement im Rahmen der Modularen Kombi-Behandlung

Distanzen zwischen den Einrichtungen des regionalen Therapieverbundes der LWS und den externen Kooperationspartnern

(Angaben basieren auf Berechnungen des Routenplaners [www.falk.de](http://www.falk.de) unter Auswahl der schnellsten Strecke und eines mittleren PKW)

**Vergütungssätze nach Rahmenkonzept „Modulare Kombinationsbehandlung“ (vgl. Präsentation der Kick-off-Veranstaltung, Juli 2005):**

- \* 46 € zzgl. Fahrtkosten bei Entfernungen bis 40 km zwischen den beteiligten Einrichtungen,
- \* 69 € zzgl. Fahrtkosten bei Entfernungen zwischen 40 und 60 km zwischen den beteiligten Einrichtungen,
- \* In Ausnahmefällen, in denen keine räumlich engere Vernetzung möglich ist:  
92 € zzgl. Fahrtkosten bei Entfernungen ab 60 km zwischen den beteiligten Einrichtungen

Vor diesem Hintergrund ergeben sich für den LWS-plus-Externe-Verbund folgende Modalitäten für die Abrechnung von Übergabegesprächen:

	Tagesklinik Lukas-Werk (km/Std)		Fachklinik Erlengrund (km/Std)	
Fachambulanz Braunschweig			39,4 km / 0:40 Std.	46 €
Fachambulanz Wolfenbüttel	12,4 km / 0:15 Std.	46 €	30,2 km / 0:40 Std.	46 €
Fachambulanz Goslar	45,7 km / 0:47 Std.	69 €	18,4 km / 0:28 Std.	46 €
Fachambulanz Helmstedt	49,3 km / 0:37 Std.	69€	84,2 km / 01:05 Std.	92 €
Fachambulanz Northeim	84,6 km / 0:54 Std.	92 €	54,4 km / 0:52 Std.	69 €
Fachambulanz Wolfsburg	40,5 km / 0:35 Std.	69 €	75,4 km / 1:03 Std.	92 €
Fachstelle Hannover, Burgstraße (DW)	70,9 km / 0:57 Std.	92 €	63,7 km / 1:01 Std.	92 €
Fachstelle Hannover, Gruppenstraße (Caritas)	70 km / 0:56 Std.	92 €	75,4 km / 0:59 Std.	92 €
Suchtberatung für Frauen Hannover (DW)	70,9 km / 0:57 Std.	92 €	63,7 km / 1:01 Std.	92 €
Fachstelle Garbsen (Caritas)	80,4 km / 0:53 Std.	92 €	84,8 km / 1:03 Std.	92 €

## 15.      **Verfahrensanweisung für die Übergabegespräche**

Die Verfahrensanweisung erläutert den Prozess der Übergabegespräche in der Modularen Kombinationsbehandlung unter Berücksichtigung der Erfordernisse des Qualitätsmanagements. Neben der Festlegung der Rahmenbedingungen verdeutlichen ein Flussdiagramm sowie eine inhaltliche Darstellung die Realisierung der Übergabegespräche.



**Verfahrensanweisung**  
VA 10-12  
Übergabegespräche im Rahmen der  
Modularen Kombinationsbehandlung

**1. Ziel und Zweck**  
Persönliche Übergabegespräche als Dreierkonferenz (Patient/in, aufnehmende/r und weiter behandelnde/r Therapeut/in) begleiten den Behandlungswechsel und dienen dabei der Umsetzung der individuell ausgerichteten Therapie. In den Übergabegesprächen soll der bisherige Therapieverlauf und die weitere Therapieplanung reflektiert werden, um einen krisenarmen Wechsel der Behandlungsmodule und die an den persönlichen Bedürfnissen orientierte Therapie zu unterstützen.

**2. Geltungsbereich**  
Ambulante, ganztagsambulante und stationäre (inkl. Adaption) Suchttherapieeinrichtungen der Lukas Werk Suchthilfe gGmbH

**3. Verantwortliche Funktionsbereiche**  
Abgebende/r und aufnehmende/r Therapeut/in der Patient/innen in der Modularen Kombinationsbehandlung

**4. Kriterien zur Messung der Prozessleistung**  
Die Prozessleistung ist daran zu messen, dass die Übergabegespräche einen krisenarmen Wechsel der Behandlungsmodule sowie eine an den persönlichen Bedürfnissen orientierte Therapie ermöglichen und die Kooperation aller Beteiligten gewährleisten.

---

Prüfung und Freigabe Datum / Unterschrift	Bearbeitet von: AG Devianz Uni Oldenburg	Version	Datum der Erstellung	Seiten
19.06.07/Sarstedt-Hülsmann		01	19.6.2007	3 1 von 3

5. Flussdiagramm

Schritt	Input	Ablauf	Output	Verantwortlich
1		Zum Ende des Moduls X oder der Beratungsphase Planung des Übergabegespräch		Abgebende/r Therapeut/in
2		Terminkoordination mit Patient/in und Folgetherapeut/in		Abgebende/r Therapeut/in
3		Terminmitteilung an Case-Manager/in		Abgebende/r Therapeut/in
4	Checklisten für die Durchführung der Übergabegespräche	Übergabegespräch in der Fachambulanz durchführen		Abgebende/r Therapeut/in, aufnehmende/r Therapeut/in und Patient/in
5		Information zur Durchführung des Übergabegesprächs an Case-Manager/in		Aufnehmende/r oder Abgegebende/r Therapeut/in; CM
6		Fachambulanz stellt der Klinik für jedes persönliche Übergabegespräch 46 € in Rechnung	Rechnung mittels Formblatt "Verrechnung Moko" an die Fachklinik	CM
7		Fachklinik rechnet Übergabegespräche mit der DRV BS/H ab	Abrechnung an DRV BS/H	Verwaltung Klinik
8		Beginn Modul Y oder Beginn Modul 1		Aufnehmende/r Therapeut/in
9				
10				

## 6. Übergabegespräche im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung

1. Bei jedem Behandlungswechsel im Rahmen der MOKO ist ein Übergabegespräch durchzuführen. Das 1. Übergabegespräch muss persönlich erfolgen, bei den weiteren muss jedes 2. persönlich erfolgen. In Ausnahmefällen sind telefonische Übergabegespräche als 3er-Konferenz möglich. Die Ausnahme ist gegenüber dem Leistungsträger zu begründen.  
Das erste Übergabegespräch kann bereits erfolgen, wenn der Patient/die Patientin aus der Beratungs- und Motivationsphase der auch im weiteren Verlauf zuständigen Fachambulanz zum Reha-Auftakt in das 1. Modul wechselt.  
Wird das Kontingent der maximal sechs Übergabegespräche nicht ausgeschöpft, können die übrigen Termine im Verlauf der Behandlung bei Bedarf als persönlich zu führende Krisengespräche genutzt werden.
2. Der/die abgebende Therapeut/in koordiniert mit dem Patienten/der Patientin und dem aufnehmenden Therapeuten/der aufnehmenden Therapeutin einen Termin für das Übergabegespräch.  
Das Übergabegespräch ist im Zeitraum von einer Woche vor bzw. nach Wechsel des Behandlungssettings durchzuführen.
3. Der Case-Manager/ die Case-Managerin ist über das geplante Übergabegespräch zu informieren.
4. Das persönliche Übergabegespräch erfolgt in Form einer Dreierkonferenz. Teilnehmende Personen sind der Patient/die Patientin, der/die abgebende sowie weiter behandelnde Therapeut/in. In dem Übergabegespräch wird der bisherige Therapieverlauf bewertet und der weitere Ablauf abgestimmt. Zur Unterstützung des Gespräches dienen die Checklisten zur Durchführung der Übergabegespräche (siehe unten).  
In der Regel reist der/die Therapeut/in der Fachklinik zur Durchführung des Übergabegesprächs an. Abweichende Verfahren sind im individuellen Fall möglich (bspw. bei Verknüpfung mit weiteren Terminen) zu vereinbaren.
5. Der Case-Manager/ die Case-Managerin ist über das durchgeführte Übergabegespräch zu informieren.
6. Die beteiligte Fachambulanz stellt mit dem [Formblatt "Verrechnung Moko"](#) der Fachklinik für den ihrerseits geleisteten Aufwand im Rahmen der persönlichen Übergabe 46 € in Rechnung. Die Belege werden in Fachklinik geprüft und dann an die Buchhaltung weitergeleitet, wo dann die Zahlung mittels interner Umbuchung vorgenommen wird.
7. Die Fachklinik rechnet das Übergabegespräch entsprechend der in der Synopse (siehe unten) festgelegten Pauschale inkl. der Fahrtkosten unter Verwendung des Kürzels „Übergabemanagement“ formlos mit der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover ab, telefonische Übergaben als 3er-Konferenz werden mit 15 € vergütet.
8. Das nächste Modul im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung wird durchgeführt.

## 7. Querverweise und mitgeltende Unterlagen

[VA 10-07 Belastungserprobungsgruppe \(BEG\)](#)

[VA 10-08 Case-Management](#)

[VA 10-09 Modulares Berichtswesen](#)

[VA 10-10 Prospektive Therapieplanung](#)

[VA 10-11 Qualitätszirkel IntraVision](#)

[Checkliste Übergabegespräch ambulant – stationär](#)

[Checkliste Übergabegespräch stationär – ambulant](#)

[Synopse zum Übergabemanagement](#)

[Checkliste Formblätter Moko-LWS](#)

[Formblatt "Verrechnung Moko"](#)

---

Prüfung und Freigabe Datum / Unterschrift	Bearbeitet von: AG Devianz Uni Oldenburg	Version 01	Datum der Erstellung 19.6.2007	Seiten 3 3 von 3
--	--	---------------	-----------------------------------	---------------------

## 16. Verfahrensanweisung für das MOKO-Berichtswesen

Die Verfahrensanweisung erläutert den Prozess des Modularen Berichtswesens in der Modularen Kombinationsbehandlung unter Berücksichtigung der Erfordernisse des Qualitätsmanagements. Neben der Festlegung der Rahmenbedingungen verdeutlichen ein Flussdiagramm sowie eine inhaltliche Darstellung die Realisierung des MOKO-Berichtswesens.



### Verfahrensanweisung VA 10-09 Modulares Berichtswesen



#### 1. Ziel und Zweck

Das Modulare Berichtswesen dient der Erstellung eines einheitlichen gemeinsamen Entlassberichts zur Modularen Kombinationsbehandlung. Es zielt auf eine abgestimmte Vorgehensweise, die hilft, Doppelarbeiten bei kombiniert ambulant-stationären/ganztägig ambulanten Rehabilitationsverläufen zu vermeiden, bereits vorliegende Informationen zwischen den Behandler/innen auszutauschen und damit Ressourcen besser zu nutzen. Aufbauend auf den Inhalten des im Rahmen der Antragstellung formulierten Sozialberichtes werden fortlaufend alle behandlungsrelevanten Informationen, Therapiefortschritte und -ergebnisse unter Kennzeichnung des Behandlungssettings in das Berichtswesen eingepflegt. Am Ende der Modularen Kombinationsbehandlung wird der gemeinsame Abschlussbericht, i.d.R. durch die ambulante Weiterbehandlungsstelle nach stationärer und/oder tagesklinischer (ggf. auch adaptiver) Rehabilitation, der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover zugesendet.

#### 2. Geltungsbereich

Ambulante, ganztagsambulante und stationäre (inkl. Adaption) Suchttherapieeinrichtungen der Lukas Werk Suchthilfe gGmbH

#### 3. Verantwortliche Funktionsbereiche

Zuständige ambulante, ganztagsambulante und stationäre (inkl. adaptive) Therapeut/innen der Patient/innen in der Modularen Kombinationsbehandlung

#### 4. Kriterien zur Messung der Prozessleistung

Die Prozessleistung ist daran zu messen, dass das Modulare Berichtswesen eine vereinfachte bzw. weniger zeit- und ressourcenbindende Abschlussberichterstellung ermöglicht.

Prüfung und Freigabe Datum / Unterschrift	Bearbeitet von: AG Devianz Uni Oldenburg	Version	Datum der Erstellung	Seiten 3
19.06.07/Sarstedt-Hülsmann		01	19.6.2007	1 von 3

5. Flussdiagramm

Schritt	Input	Ablauf	Output	Verantwortlich
1		Antrag auf Modulare Kombi-Behandlung		MA - Beratung
2		Sozialbericht erstellen		MA - Beratung
3	Bewilligung der MOKO durch DRV BS/H	Sozialbericht an Erstbehandler/in leiten	Sozialbericht	CM
4	Bewilligung des 1. Moduls der MOKO	Übertrag relevanter Aspekte aus dem Sozialbericht in das Modulare Berichtswesen		MA - Bezugstherapeut/in
5		Beginn des Reha-Verlaufsberichtes		Alle beteiligten MA
6	Bewilligung des 2./nächsten Moduls der MOKO	Modulares Berichtswesen als Reha-Zwischenbericht verfassen		MA - Bezugstherapeut/in, Berichtverantwortliche/r
7		Modulares Berichtswesen an Weiterbehandler/in übermitteln	Modulares Berichtswesen	MA - Bezugstherapeut/in, Berichtverantwortliche/r
8	Bewilligung des 3./nächsten Moduls der MOKO	Fortschreiben des Reha-Verlaufsberichtes		MA - Bezugstherapeut/in, Berichtverantwortliche/r
9		Erstellen des gemeinsamen Abschlussberichtes zur MOKO		MA - Bezugstherapeut/in, letzte/r Berichtverantwortliche/r
10		Abschlussbericht an DRV BS/H senden	Modulares Berichtswesen	MA - Bezugstherapeut/in, letzter Berichtverantwortliche/r
11				
12				

## 6. VA Modulares Berichtswesen

1. Mit der Antragstellung auf Modulare Kombinationsbehandlung werden Informationen erhoben, die für die Berichtserstellung von Relevanz sind.
2. Der Sozialbericht zur Antragstellung stellt unter der Perspektive eines Modularen Berichtswesens den ersten formellen Informationsträger in einer Rehabilitationsmaßnahme dar.
3. Mit Beginn der Modularen Kombinationsbehandlung (Bewilligung) leitet der Case-Manager/die Case-Managerin den Sozialbericht an den/die Erstbehandler/in.
4. Die Vorlage Modulares Berichtswesen (siehe unten) wird als Dokumentationsinstrument für den gemeinsamen Abschlussbericht verwendet.  
Für jede Patientin/jeden Patienten der Modularen Kombinationsbehandlung wird eine entsprechende Datei mit der Berichtsstruktur angelegt.  
Der/die Erstbehandler/in überträgt aus dem Sozialbericht (siehe unten), der im Rahmen der Antragstellung verfasst wurde, in einem ersten Schritt wichtige Angaben, z.B. persönliche Daten und berufsanamnestische Aspekte, entsprechend der Kopieranweisungen in die Vorlage.
5. Im Behandlungsverlauf dokumentieren alle an der Therapie beteiligten Behandler/innen behandlungsrelevante Informationen ihres Behandlungsabschnittes in dieser Datei.
6. Vor jedem Wechsel in ein anderes Behandlungsmodul ist – im Sinne eines Reha-Zwischenberichts für die Weiterbehandelnden – das Rehabilitationsergebnis des durchgeführten Moduls sowie ein Behandlungsauftrag für das nächste Modul zu formulieren.  
Im Verlauf mehrerer Module sind Ergänzungen oder Widersprüche zu bisherigen Informationen, Entwicklungen oder Veränderungen im Ablauf der Gesamtbehandlung mit einem Hinweis auf das entsprechende Setting kenntlich zu machen.  
Auf der Zeichnungsseite am Ende des Modularen Berichtswesens sind die jeweils berichtsverantwortlichen Behandler/innen einzutragen sind.
7. Das Modulare Berichtswesen ist bei Behandlungswechsel an die Nachbehandelnden weiterzuleiten.
8. Im folgenden Behandlungsmodul wird das Modulare Berichtswesen als Reha-Verlaufsbericht fortgeschrieben.
9. Der oder die Letztbehandler/in, i.d.R. der/die ambulante Therapeut/in, schließt das Modulare Berichtswesen als gemeinsamen Entlassungsbericht zur Modularen Kombinationsbehandlung ab und unterzeichnet das Dokument abschließend.
10. Der gemeinsame Entlassungsbericht zur Modularen Kombinationsbehandlung wird innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss der Reha-Maßnahme an die Rentenversicherung übermittelt.

## 7. Querverweise und mitgeltende Unterlagen

[VA 10-07 Belastungserprobungsgruppe \(BEG\)](#)  
[VA 10-08 Case-Management](#)  
[VA 10-10 Prospektive Therapieplanung](#)  
[VA 10-11 Qualitätszirkel IntraVision](#)  
[VA 10-12 Übergabegespräche](#)  
[FB Prospektive Therapieplanung](#)  
[Moko - Entlassbericht](#)  
[Manual zum Moko - Entlassbericht](#)  
[Vorlage Sozialbericht](#)  
[Checkliste Formblätter Moko-LWS](#)

Prüfung und Freigabe Datum / Unterschrift	Bearbeitet von: AG Devianz Uni Oldenburg	Version	Datum der Erstellung	Seiten
19.06.07/Sarstedt-Hülsmann		01	19.6.2007	3 von 3

## 17. Frequently Asked Questions (FAQ)

Der Modulare Kombinationsbehandlung liegt ein in Teilen offen abgefasstes Rahmenkonzept zugrunde, welches eine Ausgestaltung im eigenen regionalen Therapieverbund ermöglicht oder aber erforderlich macht.

Wesentliche Aspekte, die die Durchführung der Kombi-Behandlung betreffen, sind jedoch verbindlich und allgemeingültig geregelt. In der folgenden Übersicht wurden deshalb die „häufigsten Fragen rund um die MOKO“ zusammengestellt.

### 1. Ist die Prospektive Therapieplanung veränderbar?

Die Prospektive Therapieplanung ist im Lauf der Behandlung – je nach Stand bzw. Fortschritt der Therapie – veränderbar. Dem Leistungsträger ist der Vordruck der Prospektiven Therapieplanung in geänderter Form zu übersenden.

### 2. Müssen mehrere (teil-)stationäre Module geplant werden?

Die Planung und Durchführung von mehreren (teil-)stationären Modulen im Rahmen der Modulare Kombinationsbehandlung ist keine Auflage, sondern im individuellen Fall eine Option. Beachtet werden muss, dass die (teil-)stationäre (Gesamt-)Behandlungszeit unter der Dauer einer Langzeitmaßnahme liegt. Bei der Planung des ersten stationären Moduls sollte bedacht werden, dass eine mögliche stationäre Krisenintervention als zweites stationäres Modul nur noch möglich ist, wenn die maximale Gesamtbehandlungsdauer für diese Therapieform noch nicht erreicht ist.

### 3. Was ist der „kleinste gemeinsame Nenner“ der Modulare Kombinationsbehandlung (MOKO)?

Die Modulare Kombinationsbehandlung kann auch mit einem optionalen stationären Modul beantragt werden. Wenn Versicherte selbst nur ausschließlich ambulant behandelt werden möchten, dies jedoch von den TherapeutInnen als nicht indiziert angesehen wird, so besteht die Möglichkeit einen Antrag zu stellen, in dem das stationäre Modul optional bleibt. Dieses optionale Modul wird in der Prospektiven Therapieplanung angegeben / konkret eingeplant und der Sachverhalt gegenüber der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover in den Antragsunterlagen unter dem Stichwort „kleinster gemeinsamer Nenner“, auf den der Versicherte sich einlassen konnte, knapp erläutert. Der Patientin/ dem Patienten ist zu erklären, dass das stationäre Modul nicht wahrgenommen werden muss, sofern es nicht erforderlich ist. Solltes es zu einer Krise kommen, ist der Versicherte verpflichtet, dass stationäre Modul anzutreten. Im Rahmen dieser – bis auf weiteres – rein ambulanten MOKO ist auch ein Case-Manager einzusetzen. Dieser ist bis zu dem Zeitpunkt abrechenbar, an dem klar ist, dass das stationäre Modul nicht genutzt wird. Hierüber ist eine Rückmeldung an den Kostenträger – spätestens im letzten

Behandlungsdrittel – zu geben. Die weiteren Sondermodule der MOKO können nicht beansprucht/abgerechnet werden.

#### **4. Welche Bedeutung hat der Case-Manager im Rahmen der MOKO?**

Das Case-Management dient in erster Linie der Steuerung der Verwaltungsprozesse im Rahmen der Modularen Kombinationsbehandlung. Die/der Case-ManagerIn steht während der gesamten Behandlungszeit als Ansprechpartner/in für die BehandlerInnen wie auch den Leistungsträger zur Verfügung. Für therapeutische Entscheidungen und Prozesse ist die/der Case-ManagerIn nicht zuständig, wohl aber liegen ihr/ihm die entsprechenden Informationen dazu permanent vor.

#### **5. Wie erfolgt die Vergütung des Case-Managers?**

Das Case-Management ist im Gegensatz zu den anderen Sondermodulen der Modularen Kombinationsbehandlung nicht stichtagsbezogen, sondern zeitraumbezogen in Rechnung zu stellen. Die Abrechnung der maximal 12 Case-Management-Einheiten ist frühestens nach 3 Monaten und prinzipiell auch dann möglich, wenn der Klient sich aktuell nicht in der Einrichtung aufhält, in der das Case-Management angesiedelt ist. Die Anzahl der jeweils zu buchenden Einheiten ist am geleisteten Aufwand zu orientieren und kann sich auch auf einen längeren Zeitraum beziehen.

#### **6. Ist eine Unterbrechung der MOKO möglich?**

Unterbrechungen sind – sofern therapeutisch indiziert – bis max. 8 Wochen möglich und kommen in der Regel nur im ambulanten Setting vor. Im stationären Setting ist eine Unterbrechung mit der Einstellung von Übergangsgeldzahlungen verbunden. Unterbrechungen der MOKO sind möglich bei (Akut-)Erkrankungen, Urlaub oder Rückfall, sofern das Reha-Ziel aus TherapeutInnensicht noch erreicht werden kann. Die vereinbarte Therapiepause (Urlaub) ist vor deren Beginn in der Prospektiven Therapieplanung anzuzeigen. Unterbrechungen sind der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover unmittelbar zu melden, die Therapieplanung ist anzupassen.

Die Unterbrechung hat keine Auswirkung auf die bewilligten ambulanten Therapieeinheiten, wird jedoch auf den Behandlungszeitraum von 52 Wochen angerechnet. Sofern die Behandlung nach einem Jahr noch nicht abgeschlossen ist, muss unmittelbar vor Ende des Behandlungszeitraums die Verlängerung um den Zeitraum der Unterbrechung beantragt werden.

Eine Fortsetzung der MOKO nach einer außerplanmäßigen Entlassung aus einem Modul ist innerhalb von 7 Tagen möglich. Sofern therapeutisch indiziert, kann bspw. nach irregulärem Behandlungsabschluss in der (Tages-)Klinik die MOKO in der Fachambulanz fortgesetzt werden.

## **7. Kann eine stationäre Langzeitmaßnahme in eine MOKO umgewandelt werden?**

Eine bewilligte stationäre Langzeitmaßnahme kann in MOKO umgewandelt werden, sofern der Versicherte die MOKO-Indikationen erfüllt und bis zum Aufnahmetag im Rahmen von Aufnahmegesprächen durch die Fachstelle betreut wird. Zur Umwandlung ist die Erstellung einer prospektiven Therapieplanung nebst Begründung für die Umwandlung der Therapieform an den Leistungsträger zu richten.

## **8. Ist eine Durchführung der MOKO außerhalb des eigenen regionalen Therapieverbundes möglich?**

Der Antrag auf MOKO kann in Ausnahmefällen auch in Abweichung vom regionalen Therapieverbund erfolgen. Sofern therapeutisch indiziert (besonderes indikatives Angebot; Wartezeiten, die eine cleane Behandlungsaufnahme gefährden könnten), ist es möglich den eigenen Kooperationsverbund zu verlassen und eine andere Einrichtung zu wählen. Gegenüber dem Leistungsträger ist diese Abweichung explizit zu begründen.

## **9. Kann ein Übergabemanagement auch beim Wechsel von der Beratungsphase in die medizinische Rehabilitation abgerechnet werden?**

Ein Übergabemanagement kann zum Auftakt der MOKO durchgeführt werden, sofern die Bewilligung vorliegt und die Beratungsphase und Antragstellung in einer Einrichtung des Therapieverbundes erfolgte.

## **10. Muss jedes Übergabegespräch persönlich und als 3er-Konferenz erfolgen?**

Persönliche Übergabegespräche unter Beteiligung der abgebenden und aufnehmenden TherapeutInnen sowie des Patienten (3er-Konferenz) sind stets anzustreben. Telefonische Übergabegespräche als 3er-Konferenz sind im Ausnahmefall und unter Angabe der Begründung möglich.

Grundsätzlich muss das 1. Übergabegespräch persönlich erfolgen, bei weiteren Übergabegesprächen muss mindestens jedes 2. persönlich erfolgen.

Sofern im Behandlungsverlauf nicht alle 6 maximal möglichen Übergabegespräche beansprucht werden, können diese auch als Krisengespräche während eines Behandlungsmoduls genutzt werden.

Krisengespräche, i.d.R. als persönliche Gespräche und 3er-Konferenz durchzuführen, ergänzen die Übergabegespräche, sie ersetzen sie nicht.

## **11. Können telefonische Übergabegespräche abgerechnet werden?**

Ein telefonisches Übergabegespräch ist abzurechnen, sofern das Gespräch als Dreierkonferenz stattgefunden hat. Für diese Besprechung sind 15 € zu veranschlagen.

## **12. Was bedeutet die Intravision im Rahmen der MOKO?**

Die Intravision ist ein Sondermodul, das im Rahmen der Qualitätszirkel-Arbeit (QZ) des Therapieverbundes durchgeführt wird. Die Intravision dient der Fallbesprechung im TherapeutInnenteam (ambulante und stationäre TherapeutInnen) der PatientInnen. Gleichzeitig verbindet sich damit ein allgemeiner Austausch zu den Behandlungsprozessen in MOKO.

## **13. Wie häufig können Intravisionen abgerechnet werden?**

Intravisionen sind fallbezogen abzurechnen, d.h. eine Vergütung kann immer dann erfolgen, wenn der Versicherte/ die Versicherte in der QZ-Sitzung thematisiert und besprochen wurde. Eine Fallbesprechung ist dabei in jedem Behandlungssetting zu jeder Zeit grundsätzlich möglich. Für die Fallbesprechung im Rahmen der QZ/Intravision können pro Versichertem/Versicherter 23 € zzgl. Fahrtkosten für die TherapeutInnen mit der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover abgerechnet werden. Der QZ sollte alle 6-8 Wochen stattfinden. Ein hochfrequenterer Austausch ist nicht abrechenbar.

## **14. Kann im Anschluss an die MOKO eine Nachsorge beantragt werden?**

Im Anschluss an die MOKO kann in begründeten Ausnahmefällen eine Nachsorgebehandlung bewilligt werden. Der Bewilligungsumfang enthält sechs Monate Therapie inklusive 20 Therapieeinheiten für die Versicherten und vier Bezugspersoneneinheiten.

Im Antragsverfahren sind die gleichen formalen Voraussetzungen, die auch für die ambulante Weiterbehandlung gelten, zu berücksichtigen: zur Prüfung einzureichen sind ein Antrag (Kurzantrag mit Vordruck 1912) und der Entlassungsbericht aus der Modularen Kombinationsbehandlung.

Nicht verbrauchte Therapieeinheiten aus der vorangegangenen MOKO verfallen und können nicht in der Nachsorge genutzt werden.

## 18. Öffentlichkeitsarbeit

### Wege aus der Sucht

Evangelische Zeitung 13.11.2005

#### Ambulant und stationär

## Wege aus der Sucht

Oldenburg/Wolfenbüttel. In einem nüchternen Augenblick hat Horst C. das Ultimatum endlich verstanden: Noch einen Tropfen Alkohol, und er verliert endgültig seine Frau, seine Kinder und seinen Job. Gerade der drohende Verlust des Arbeitsplatzes lässt ihn vor einer langfristigen stationären Therapie zurückschrecken. Eine neue von Oldenburger Wissenschaftlern entwickelte Kombi-Therapie mit kürzeren Klinikaufenthalten könnte dem 37-jährigen Vater jetzt helfen.

„Kern des neuen Konzeptes ist die optimale Kombination von stationärer und ambulanter Therapie“, sagt Kerstin Ratzke von der Oldenburger Carl-von-Ossietzky-Universität. Zusammen mit anderen Kollegen hat sie das neue System entwickelt, das in den kommenden zwei Jahren in der Lukas-Werk-Suchthilfe der Diakonie in Wolfenbüttel erprobt werden soll.

Der große Vorteil für den Patienten ist Ratzke zufolge die flexible Gestaltung der Therapie. Je nach Bedarf wird der Klient in einer stationären Klinik oder in einer Therapiegruppe ambulant behandelt. Er kann zwischen den stationären Phasen weiterarbeiten und die ambulante Therapie auf die Zeit nach Feierabend verlegen.

Selbst bei

Rückfällen muss nicht erst eine neue Therapie beantragt werden. Im Extremfall könnten Suchtkranke sogar eine Therapie machen, ohne dass der Arbeitgeber davon Kenntnis bekommt.

Besonders kritisch sind die Übergänge zwischen der stationären und der ambulanten Therapie. Hier gibt es bislang die meisten Abbrecher, berichtet die Sozialforscherin. In der Kombi-Therapie werden die Klienten vom jeweils behandelnden Therapeuten zur nächsten Station begleitet. Dort angekommen, wird der Fall gemeinsam mit beiden Therapeuten und dem Klienten besprochen und der weitere Behandlungsverlauf geplant. „So geht keine für die Behandlung wichtige Information verloren“, betont Ratzke.

„Durch diese enge Zusammenarbeit können die stationären Aufenthalte in den Kliniken verkürzt und die Erfolgsquote kann deutlich gesteigert werden“, sagt die Sozialforscherin. Das erleichtere den Patienten den Ausstieg aus der Sucht und spare den Rentenversicherungen erhebliche Summen.

Eine vergleichbare Pilot-Studie im Oldenburger Land war so erfolgreich, dass sie dort inzwischen der Regelfall in der Suchtherapie ist. „Bei 70 Prozent der Behandelten ist der Übergang von der Klinik in die ambulante Therapie und in eine Selbsthilfegruppe gelungen“, erläutert Ratzke. Wiederum 70 Prozent von diesen Patienten lebten einer Umfrage zufolge drei Monate nach Abschluss der Behandlung abstinenz. „Diese Quote ist nur mit der einer rein stationären Therapie mit sehr viel höheren Kosten zu vergleichen“, sagt Ratzke. *Jörg Nielsen*

Seesener Beobachter v. 26.01.2006

## Suchtkranke: Neue Wege in der Rehabilitation

Individuell zugeschnittene Behandlung

Die Lukas-Werk Suchthilfe, die nicht nur in der Kreisstadt Goslar, sondern auch in den Außenstellen Seesen und Bad Harzburg Aktivitäten freisetzt, bietet ab sofort eine auf jeden Patienten individuell zugeschnittene Behandlung in ihrem regionalen Therapieverbund an.

Seesen/Goslar (bo). Der Prozess der Suchtbehandlung, so heißt es in einer Presseverlautbarung der Einrichtung, könne effektiv und patientengerecht dadurch gesteuert werden, dass der jeweilige Kostenträger der Behandlungsmaßnahme einen Gesamtrahmen festlege, in dem je nach Bedarf des Patienten die unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten flexibel miteinander kombiniert werden könnten. Die einzelnen miteinander kombinierbaren Behandlungsmodulare setzen sich aus stationärer, ganztags ambulanter und ambulanter Behandlung zusammen.

Roswitha Kiel, Leiterin der Fachambulanz der Lukas-Werk Suchthilfe in Goslar, wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass ein Großteil der Menschen, die auf Grund ihrer Alkoholprobleme sich hilfesuchend an sie und ihre Mitarbeiter wenden würden, Angst davor hätten, für viele Monate aus ihrem gewohnten Umfeld herausgerissen zu werden und irgendwo „weit weg von zu Hause“ eine Entwöhnungstherapie machen zu müssen. Dieses weit verbreitete Gerücht, dass Menschen mit Alkoholproblemen für viele Monate in eine Klinik abgeschoben würden, entspreche überhaupt nicht den heutigen Tatsachen. Seit vielen Jahren laute in der Suchthilfe der Grundsatz

„ambulant vor stationär“ – im Klartext: Mit jedem Hilfesuchenden werde individuell ein Behandlungsplan aufgestellt, der in Quantität und Qualität so effektiv wie möglich auszusehen habe. Das neu eingeführte Regelbehandlungsmodell, in dem die einzelnen Behandlungsmodulare miteinander kombiniert werden könnten, biete somit für jeden Menschen, der mit Hilfe einer Rehabilitationsmaßnahme zu einem alkoholabstinenten Leben finden möchte, eine große Chance. Die Gesamtdauer einer Suchtbehandlung liege regulär bei 52 Wochen. Im Rahmen dieser Zeit könnten neben der ambulanten Rehabilitationsphase je nach Bedarf



auch ganztags ambulante oder stationäre Behandlungssegmente vom Patienten in Anspruch genommen werden.

Dieser neue Weg in der Rehabilitation von Suchtkranken, betonte Roswitha Kiel, werde von der Universität Oldenburg

wissenschaftlich begleitet. Den Auftrag dazu habe die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover und die Lukas-Werk-Suchthilfe erteilt. – Hilfesuchende können sich zu den Suchthilfeangeboten ausführlich beraten lassen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachambulanz Goslar stehen für telefonische Terminvereinbarungen im „Weißen Haus“ der Diakonie, Lindenplan 1 in Goslar, unter der Telefonnummer (05321) 393620 zur Verfügung. Auch halten sie jeweils einmal wöchentlich ein Beratungsangebot in den Außenstellen in Bad Harzburg und Seesen vor. Die Termine für die Außenstellen können über die gleiche Telefonnummer vereinbart werden.

## Neue Therapieangebote für Suchtkranke

Goslarsche Zeitung 24.02.2006

Goslarsche Zeitung, Freitag 24.2.06

# Neue Therapieangebote für Suchtkranke

Individuelle Zusammenstellung von Behandlungsmodulen – Lukas-Werk berät

GOSLAR. Das Lukas-Werk geht neue Wege bei der Rehabilitation von Suchtkranken. Es bietet eine auf jeden Patienten individuell zugeschnittene Behandlung in seinem regionalen Verbund an. Dazu wird ein Gesamtkostenrahmen für die Therapie vom jeweiligen Kostenträger ermittelt. Innerhalb dieses Rahmens können unterschiedliche Behandlungsmodule von stationärer, ganztägiger und ambulanter Behand-

lung miteinander kombiniert werden. Insgesamt dauert die Suchtbehandlung 52 Wochen.

Der Vorteil einer so zusammengestellten Therapie ist, dass der Suchtkranke seine Behandlung in der gewohnten Umgebung wahrnehmen kann. Es hat sich herausgestellt, dass ambulante Angebote deshalb erfolgreich sind, weil sie bei den Betroffenen nicht die Angst vor einem einsamen Entzug hervorrufen.

Das neue Therapieangebot wird im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover und der Lukas-Werk-Suchthilfe wissenschaftlich von der Universität Oldenburg begleitet. Interessierten bietet die Goslarer Fachambulanz Beratung zu den Suchthilfeangeboten an. Unter der Telefonnummer (0 53 21) 39 56 20 können Gesprächstermine in Goslar, Bad Harzburg und Seesen vereinbart werden.

*Goslarer Zeitung, Fr. 24.02.06*

**Neue Wege in der Rehabilitation von Suchtkranken – ‚Weggesperrt‘ wird längst keiner mehr**  
 Harzer Panorama am Sonntag 26.02.06

Harzer Panorama am Sonntag, 26.2. 06

**HARZER PANORAMA** am Sonntag 26. Februar 2006

**LOKALES**

**Neue Wege in der Rehabilitation von Suchtkranken**  
**„Weggesperrt“ wird längst keiner mehr**

GOSLAR/1. Durch viele Köpfe gesteuert immer noch der Gedanke, dass Alkoholranke, wenn sie von ihrer Sucht wegkommen wollen, für viele, lange Monate in einer Anstalt - quasi wie im Knast - „weggesperrt“ werden.

„Da bleibe ich doch keine zehn Minuten, da würde ich meine

Wie jemand lernt, alkoholabstinent zu leben, wird hier nun ganz individuell aus den verschiedenen Modulen ambulant, ganztagsambulant und stationär zusammengestellt und den Bedürfnissen und den Erfordernissen des jeweiligen Suchtkranken angepasst. Alltag und Therapie werden eng verknüpft, so dass auch niemand aus der

macht zu haben. Er engagiert sich stark im „Freundeskreis für Suchtkranke und Angehörige“ in Bad Harzburg, der seit kurzem jeden Samstag ab 20 Uhr unter [www.freundeskreis-badharzburg.de.vu](http://www.freundeskreis-badharzburg.de.vu) einen offenen Chat zum Thema anbietet. Die Selbsthilfegruppe hilft trocken zu bleiben und bietet mit ihren regelmäßigen Treffen einen



Foto: Trögner

*Im lockeren Gespräch mit dem HP am Sonntag: die Leiterin der Fachambulanz der Lukas-Werk Suchthilfe Goslar, Roswitha Kiel(v.l.), aus Selbsthilfegruppen Thomas Langhans, Heike Padovan, Stefan Kaesler und der Anlaufpartner für Therapiewillige Sozialarbeiter Matthias Weißbrod.*

Tasche nehmen und weg wäre ich“, Stefan Kaesler, seit zweieinhalb Jahren „trocken“, bringt so die Befürchtungen vieler Betroffener auf den Punkt. Eine solche „Therapie“ käme für ihn nicht in Frage und muss es gottseidank heute auch nicht mehr. Er hat bei der Lukas-Werk Suchthilfe in Goslar etwas viel Besseres gefunden: die Modulare Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund (dieser neue Weg wird von der Uni Oldenburg sogar wissenschaftlich begleitet). Das hört sich im ersten Moment mindestens genauso schlimm an wie die vor Jahrzehnten praktizierten Therapien, ist es aber nicht

„anderen“ Welt einer Suchtklinik in die eigene Realität zurückkommt und in ein Loch fällt. Übergänge von einer Modul-Form in die andere werden so leichter (auch leichter mit den Kostenträgern zu vereinbaren) und man kann auf Krisensituationen schneller reagieren. Wer die Therapie dann geschafft hat, der braucht auch weiterhin Unterstützung. Auch wenn die Motivation groß ist, ohne Alkohol zu leben, ist der Alltag doch oft hart und die Versuchung groß, dem Saufdruck nachzugeben, weiß Thomas Langhans, der nach zehnjähriger Abstinenz scherzhaft seine Sucht zum Hobby ge-

Kreis Gleichgesinnter, in dem man sich wohlfühlt und aufeinander achtet. Unverzichtbar, findet auch Heike Padovan, die insbesondere Frauen Mut machen möchte, mit Hilfe der Modularen Kombinationsbehandlung mit dem Trinken aufzuhören und sich, wie sie selber, einer Selbsthilfegruppe anzuschließen.

**Die Fachambulanz des Lukas-Werkes im Lindenplan 1 in Goslar ist unter Tel. 05321/393620 zu erreichen, der „Freundeskreis für Suchtkranke und Angehörige“, Ansprechpartner Thomas Langhans, unter Tel. 05322/80689.**

**HELMSTEDT**  
Landvolk sieht Chancen  
der Landwirtschaft  
in Zukunftstechnologie

# HELMSTEDT

Freitag, 31. März 2006

## Individuelle Anpassung der Therapie

Lukas-Werk Helmstedt beschreitet mit zweijährigem Pilotprojekt in der Suchthilfe neue Wege

Von Norbert Rogoll

**HELMSTEDT.** Neue Wege werden in einem Pilotprojekt von der Suchthilfe beschritten. „Bei dieser neuen Therapieform sollen die stationären und ambulanten Phasen individuell und speziell auf den Bedarf des Klienten abgestimmt werden“, erklärt Dipl.-Sozialpädagoge Klaus Piecha, Leiter der Fach-Ambulanz Helmstedt im Lukas-Werk.

Regional begrenzt ist dieses Ende des vergangenen Jahres gestartete und auf zwei Jahre befristete Pilotprojekt einer neuartigen medizinischen Rehabilitation, die flexibel und effizient sein soll. „Die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover und die Lukas-Werk Suchthilfe Wolfenbüttel sind Auftraggeber und Finanzgeber des Projektes, an dem sich außer dem Lukas-Werk Beratungsstellen anderer Träger in verschiedenen Städten im Gebiet Hannover/Braunschweig beteiligen“, erläutert Piecha.

Wissenschaftlich begleitet wird das Pilotprojekt von der Universität Oldenburg. Dazu zählen kontinuierliche schriftliche Befragungen der Patienten und der Therapeuten, um die Effekte der Kombi-Behandlung sowie die Nachhaltigkeit des Therapieerfolges zu untersuchen. Außerdem gibt es Fallmanager, die einen



Auf erfolgreiche Ergebnisse mit der individuell zugeschnittenen Behandlung von Suchtkranken hoffen die Mitarbeiter vom Lukas-Werk Helmstedt (von links) Hiltrud Aachen, Klaus Piecha, Hedwig Boßung, Karl-Heinz Hangebruch, Melanie Magull, Kornelia Rüger und Elfriede Pattberg. Mit Fragebögen wird das Projekt begleitet. Foto: Rogoll

Überblick über die Therapie jedes Patienten behalten sollen. „Es gibt bereits einige Klienten, die nach der neuen Methode therapiert werden, wobei kontinuierlich Verbesserungen einfließen, die während der Befragungen festgestellt werden“, hebt der Fachambulanz-Leiter hervor.

Die Gesamtdauer einer Suchtbehandlung, ob Alkohol oder Drogen, betrage 52 Wochen, die vom jeweiligen Kostenträger übernommen werde. „Häufig startet die einjährige Therapie zur Entgiftung zwar mit ei-

nem vollstationären Aufenthalt, aber auch ambulante Behandlungsmodulare sind zum Auftakt denkbar“, weiß Dipl.-Psychologin Hedwig Boßung. Individuell sei die Therapie für ein Jahr planbar, ob vollstationär, in der Tagesklinik oder ambulant.

„Viele Behandlungen wurden an den Übergängen abgebrochen und oft musste dann von vorne begonnen werden“, unterstreicht Piecha. Jetzt solle diese Schnittstellenproblematik mit Übergabegesprächen

verhindert werden, die auch von der Deutschen Renten-Versicherung finanziert werden. Wichtig sei es für Klienten, dass sie nach der Suchtbehandlung noch an Gruppensitzungen in ihrem Heimatort teilnehmen. Gut sei bei der Therapie die Zusammenarbeit und Vernetzung mit dem Niedersächsischen Landeskrankenhaus Königsutter und dem Kreiskrankenhaus Helmstedt, wo auch Sprechstunden vom Lukas-Werk und spezielle Schulungen für das Personal angeboten werden.

## „Wir wollen keine Insel schaffen“

Fachklinik Erlengrund soll führende Stellung einnehmen – Dr. Jürgen Seifert neuer leitender Arzt

Von Andreas Schweiger

**RINGELHEIM.** Weil die Konsumenten von Drogen immer jünger werden, muss in Zukunft mit immer stärker abhängigen Menschen gerechnet werden.

Zugleich würden diese Menschen verstärkt unter zusätzlichen, hauptsächlich psychischen Erkrankungen leiden. Einstiegsdrogen seien nach wie vor Alkohol und Nikotin. Das ist die Einschätzung von Dr. Jürgen Seifert. Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist neuer leitender Arzt der zur Diakonie gehörenden Fachklinik Erlengrund in Ringelheim.

Dort werden 60 Suchtkranke von 40 Mitarbeitern behandelt. Das Spektrum der Sucht reicht von Alkohol über Cannabis-Konsum bis hin zur Spielsucht. Die Patienten kommen aus dem Dreieck Braunschweig, Hannover und Göttingen.

Seifert, der mit einer Gebhardshagenerin verheiratet ist und in Hannover lebt, arbeitete bis zu seinem Wechsel nach Ringelheim sieben Jahre in der Medizinischen Hochschule Hannover. Dort war er als Oberarzt und in der Suchtforschung tätig. „Ich habe eine neue Herausforderung gesucht, zudem hat mich gereizt, dass ich in Ringelheim eigene Konzepte verwirklichen und neue Forschungser-



Dr. Jürgen Seifert vor der Fachklinik Erlengrund in Ringelheim. Der Psychiater und Psychotherapeut ist dort leitender Arzt.  
Foto: Andreas Schweiger

gebnisse im Klinikbetrieb anwenden kann“, begründet der 42-Jährige seinen Wechsel und fügt an: „Mein Ziel ist es, dass die Klinik eine führende Stellung einnimmt.“

Schon jetzt übernehme Erlengrund bundesweit bei der modularen Kombinationsbehandlung, das heißt der Verknüpfung von stationärer und ambulanter Therapie, eine Pilotfunktion. Weitere Besonderheit in Ringelheim: „Wir sind eine der wenigen Kliniken, die für je-

den Patienten eine individuelle Therapie entwickelt“, sagt Seifert. Dabei komme es darauf an, die Krankheit hinter der Sucht zu finden und zu behandeln. Dies seien vor allem psychische Erkrankungen. Um dieses Konzept besser verfolgen zu können, sei eigens eine Frauenabteilung eingerichtet worden. „Frauen haben oft frühe traumatische Erfahrungen mit Männern, deshalb ist diese Trennung sinnvoll“, erläutert der Mediziner.

Ein Schwerpunkt der Klinik sei die Kunsttherapie (siehe Artikel unten). Zudem arbeite Erlengrund mit Betrieben in der Region zusammen, wo die Patienten arbeiten könnten. „Wir wollen hier keine Insel schaffen, deshalb schicken wir unsere Patienten bewusst in die freie Wirtschaft“, sagt Seifert und kündigt an, dass im Bereich der Prävention die Zusammenarbeit mit den Unternehmen verstärkt werden soll.

## Zumstein: Kunst befreit von der Einengung der Sucht

Salzgitter Zeitung 2.06.2006

### Zumstein: Kunst befreit von der Einengung der Sucht

Erlengrund gehört zu den wenigen Kliniken mit dem Schwerpunkt Kunsttherapie

**RINGELHEIM.** „Der Blickwinkel unserer Patienten ist sehr eingengt, fixiert auf die Sucht“, sagt Reinhard Laskowski, Leiter der Fachklinik Erlengrund in Ringelheim. „Alles was neu ist und fremd“, fährt er fort, „wird abgelehnt. Die meisten unserer Patien-

ten haben keinerlei Interessen.“

Um sie aus diesem Gefängnis zu befreien, sei Kunst „das ideale Mittel“. Deshalb, so Laskowski, gehöre Erlengrund zu den ganz wenigen Kliniken, die ihren Schwerpunkt auf die Kunsttherapie legen. Weil Kunst provoziere, sei sie bestens

geeignet, den Blickwinkel der Patienten zu erweitern. „Wichtig ist, dass die Patienten sich über die Kunst mit sich selbst beschäftigen, einen Standpunkt beziehen und so die Isolation überwinden.“

Um dieses Ziel zu erreichen, beschreitet die Klinikleitung zwei Wege. So erinnert das gesamte Gebäude an ein Museum. In sämtlichen Trakten hängen Werke der Patienten oder von Künstlern, die in Salzgitter zum Teil bestens bekannt sind (siehe Information). „Oft entwickeln sich vor den Bildern oder Skulpturen lebhaft Diskussionen zwischen den Patienten, die das gut finden oder ablehnen“, berichtet Laskowski. Geplant sei, die Klinik weiter zu öffnen und dort auch Konzerte oder Lesungen anzubieten.

Der zweite Weg ist die Kunsttherapie, bei der die Patienten selbst kreativ werden. „Kunst ermöglicht die Begegnung mit sich selbst, befreit von der Einengung der Sucht und fördert das Selbstbewusstsein“,

beschreibt Therapeutin Marianna Zumstein die positiven Aspekte der Therapie. Allerdings müssten von den meisten Patienten zunächst innere Hürden überwunden werden, bevor die Bereitschaft entstehe, künstlerisch aktiv zu werden. wei



Kunsttherapeutin Marianna Zumstein und Klinikleiter Reinhard Laskowski vor Werken, die der Thieder Künstler Reinhard Wessołek im Klinikgebäude ausstellt.  
Foto: Andreas Schweiger

#### INFORMATION

**Ausstellung:** In der Fachklinik sind Werke von Reinhard Wessołek, Wolfgang Spittler, Åse, Horst Freymann, Katrin Luchs, Vincent Toss, Beat Zumstein, Christa Woltmann, Hans-Georg Assmann, Marianna Zumstein und Reinhard Laskowski zu sehen. Wer sich die Ausstellung anschauen möchte, muss sich zunächst in der Klinikzentrale unter Ruf 3 00 40 anmelden.

**Lesung:** Åse und der Illustrator Klaus Bliesener stellen am Samstag, 8. Juli, ab 18.30 Uhr in der Klinik die Entstehungsgeschichte der Sage vom Drachen Ringel vor und lesen aus ihrem Buch. wei

## Probleme mit Alkohol am häufigsten

Einbecker Morgenpost 14.06.2006

Einbecker Morgenpost  
vom 14. Juni 2006

### Probleme mit Alkohol am häufigsten

Lukas-Werk Suchthilfe stellt Jahresbericht vor / Neue Kombinationsbehandlung

Unter Federführung der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover (ehemals IVA Hannover) ist das Lukas Werk an einem innovativen Projekt zur Behandlung suchtkranker Menschen beteiligt. Es handelt sich um eine bis zu zwölf Monate dauernde Kombinationsbehandlung aus ambulanten und stationären Behandlungsmodulen, die eng miteinander verzahnt sind. Der Vorteil für die Patienten liegt darin, dass die Aufenthaltsdauer in den Kliniken und damit die Trennung von Familie und Arbeitsplatz weiter verkürzt wird. Im Bedarfs- und Krisenfall kann aber jederzeit ein stationäres Behandlungsmodul in Anspruch genommen werden. Das Projekt wird derzeit von der Universität Oldenburg beforscht. Man verspricht sich eine Verbesserung der im Vergleich zu anderen Rehabilitationsmaßnahmen ohnehin schon guten Erfolgsquoten der Suchtrehabilitation.

Einbeck (oh). Die Schwerpunkteleistungen der Fachambulanz Northeim im Bereich der Beratung, Vermittlung in stationäre Behandlungen und Durchführung ambulanter Rehabilitationen auch in den Außenstellen in Einbeck und in Uslar wurden auch 2005 in hohem Maße nachgefragt. 155 Klienten hatten einen Einmalkontakt. 422 Klienten wurden längerfristig betreut und kamen aus allen Gemeinden des Landkreises. Von diesen nahmen 99 an einer ambulanten Rehabilitation in der Fachambulanz teil, sieben an der neuen Kombinationsbehandlung. 54 wurden in eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme vermittelt.

In der Rangfolge waren folgende Personen Anlass zur Aufnahme der Beratung: Alkohol zu 57 Prozent, Opiode (Heroin) zu 30 Prozent, Cannabis zu fünf Prozent, Pathologisches Spielen zu vier Prozent, Kokain zu ein Prozent. Probleme mit Medikamenten und Halluzinogenen blieben unter einem Prozent.

Die Fachambulanz versteht sich seit Jahren als integrierte Einrichtung, die Menschen mit Suchtproblemen unterschiedlichster Art berät, betreut

und für Behandlungsmaßnahmen motiviert. Auch Angehörige zählen zu den Rat und Hilfe suchenden Personen. Auch im Jahr 2005 hat die Fachambulanz ihr Angebot durch weitere Leistungen, wie die Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Suchtprävention weiter ausgebaut. Immer mehr Betriebe lassen ihre Vorgesetzten durch die Fachambulanz im Umgang mit suchgefährdeten Mitarbeitern schulen. Neu etabliert wurden 2005 Angebote zur Raucherentwöhnung. Die Zahl der aufhörwilligen Raucher nimmt spürbar zu. Viele wollen sich dabei unterstützen lassen.

Zurzeit hat die Fachambulanz sechs fest angestellte Mitarbeiter (eine Diplom-Psychologin, vier Diplomsocialpädagogen/Sozialtherapeuten und eine Verwaltungskraft). Ein Arzt arbeitet als Psychiater und Neurologe im Rahmen der ambulanten Rehabilitation auf Honorarbasis mit.

Der Leiter der Fachambulanz, Michael Orscheid, hebt die finanzielle Unterstützung der Beratungsarbeit durch den Landkreis Northeim lobend hervor, ohne die die flächendeckende Versorgung der Klienten im Landkreis in der bisherigen Qualität nicht aufrecht zu erhalten wäre. Orscheid bemängelte die weiterhin schlechte Finanzierung der psychosozialen Begleitung substituierter Drogenabhängiger durch das Land Niedersachsen im Landkreis Northeim. Bei Substituierten handelt es sich um Langzeitabhängige von Heroin, die über die ärztliche Vergabe eines Substitutionsmittels (zum Beispiel Methadon) nachweislich gesundheitlich und psychosozial stabilisiert werden können. Angesichts von derzeit über 100 substituierten Drogenabhängigen erhält die Fachambulanz nur etwa ein Sechstel der erforderlichen Summe. Damit können diese Klienten im Landkreis nicht adäquat betreut werden. Anträge auf nachhaltige Erhöhung der Finanzierung wurden bisher nur in sehr geringem Umfang bewilligt. Es gibt einen Gesamtfinanzierungsplan für diesen Bereich in Niedersachsen, der erst 2009 wieder überprüft wird.

# Diakonie: Neue Wege bei der Suchtbehandlung

Wolfsburger Allgemeine Zeitung 4.08.2006

WAZ

FREITAG, 4. AUGUST 2006

## Diakonie: Neue Wege bei Suchtbehandlung

Goethestraße: Therapie aus drei Bausteinen

Neue Wege in der Behandlung Suchtkranker geht die Beratungsstelle der Diakonie in der Goethestraße: Sie bietet nun eine einjährige Therapie an, bei der ambulante, stationäre und ganztägige Betreuung im Mix stattfindet.

Eine für alle Beteiligten gewinnbringendes Modell, wie Beratungsstellenleiterin Kornelia Andreß gestern bei einem Pressegespräch meinte. „Für den Patienten hat der Therapieplan für ein Jahr eine verbindlichere Form. Und weil es Übergabegespräche zwischen den jeweiligen Betreuungsstellen gibt, gibt es jederzeit engen Kontakt zwischen allen Beteiligten.“

Schon länger gehe der Trend weg von der stationären hin zur ambulanten Therapie. Das verfestigte sich nun

in dem neuen Dreier-Mix. Was über den praktischen Nutzen auch finanzielle Vorteile bringe – „diese Form der Therapie ist auch noch günstiger“, so Kornelia Andreß.

Gerade für Patienten, die bereits mehrfach Therapien absolviert hätten, biete die Kombinationsbehandlung viele Vorteile: „So bekommen sie feste Regeln und einen Rahmen, an dem sie sich orientieren können“, erklärt die Expertin.

Die Diakonie kooperiert mit einer Fachklinik in Salzgitter und einer Tagesklinik in Braunschweig. Kostenträger ist die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig. Wissenschaftlich begleitet wird das Projekt von der Uni Oldenburg.

Infos gibt es in der Beratungsstelle, Goethestraße 11.



Diakonie: Die Suchtberatung bietet eine neue Therapieform an.

## Neue Suchttherapie: Stationär und ambulant kombiniert

Wolfsburger Nachrichten 4.08.2006

# Neue Suchttherapie: Stationär und ambulant kombiniert

Bei Erfolg wird das Modell bundesweit eingeführt

Die Suchtgefährdetenhilfe des Diakonischen Werkes bietet Suchtkranken eine neue Therapieform an, die in Niedersachsen derzeit modellhaft für ganz Deutschland erprobt wird. In der modularen Kombinationsbehandlung werden stationäre, teilstationäre und ambulante Entwöhnung kombiniert. „Für den Patienten bedeutet die neue Behandlungsform eine größere Flexibilität und Überschaubarkeit“, erklärt Beratungsstellenleiterin Kornelia Andreß.

Das Besondere: Die Beratungsstellen der Region kooperieren eng mit der Tagesklinik in Braunschweig und der Fachklinik für den stationären Aufenthalt in Salzgitter. Die Kosten übernimmt die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover. Wissenschaftlich begleitet wird das Projekt über zwei Jahre von der Universität Oldenburg.

In Frage kämen besonders Patienten, die zwar kurzfristig abstinent leben können, aber langfristig immer wieder rückfällig werden und deshalb einen strukturierten Ablauf brauchen, erklärt Andreß. Ein individueller Behandlungsplan wird mit

dem Patienten erstellt. Ein Beispiel: Ein Patient könnte mit der stationären Behandlung von acht bis zehn Wochen beginnen, danach folgen acht bis zehn Monate ambulante Behandlung. Stationäre Anteile werden verkürzt, ambulante erweitert. Zwischendurch sind immer wieder kurze stationäre Aufenthalte oder der Besuch der Tagesklinik möglich.

Während der einjährigen Therapie wird der Suchtkranke, vor allem Alkoholabhängige, ohne Pause betreut. „Bei jedem Wechsel gibt es Übergabegespräche“, berichtet Andreß. Vermieden werden soll, dass Patienten beim Übergang von stationärer zu ambulanter Behandlung „verloren gehen“, sagt sie.

### FAKTEN

- › 2005 besuchten 114 Patienten die Suchtberatungsstelle des Diakonischen Werkes zur Nachsorge.
- › Behandelt werden 50 bis 55 Teilnehmer in vier Therapiegruppen.
- › Infos zur modularen Kombinationsbehandlung gibt Kornelia Andreß, Telefon (05361) 12808.



Jürgen Horstmann (v.l.), Kornelia Andreß und Fritz Beddig stellen eine neue Therapie für Alkoholsüchtige vor, die stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung kombiniert.

Foto: Klaus Helmke

## Neue Therapieform für Alkoholranke möglich. Kombination von ambulanter und stationärer Behandlung

Wolfsburger Kurier 13.08.2006

### *Neue Therapieform für Alkoholranke möglich*

## Kombination von ambulanter und stationärer Behandlung

**WOLFSBURG (gö).** Die ambulante Suchtberatungsstelle der Diakonie Wolfsburg bietet im Verbund mit einer Entwöhnungsfachklinik und einer Tagesklinik in Salzgitter eine neue Möglichkeit zur Alkoholentwöhnung.

Diese „modulare Kombinationstherapie“ genannte Behandlungsform kombiniert die Vorteile von ambulanter, ganztagsambulanter und stationärer Behandlung suchtkranker Menschen über einen Zeitraum von bis zu einem Jahr.

Beispielsweise könnte zu Beginn ein Klinikaufenthalt über acht bis zehn Wochen stehen, an den sich acht bis zehn Monate ambulante Behandlung anschließen, zwischendurch sind weitere Klinikaufenthalte oder solche in einer Tagesklinik möglich. Gleich zu Beginn wird zusammen mit dem Patienten ein individueller Behandlungsplan erstellt.

Allgemein ist eine Tendenz zur ambulanten Behandlung festzustellen, nicht nur aus Kosten-, sondern auch aus therapeutischen Gründen. Di-

plom-Pädagoge Jürgen Horstmann: „Die kritische Zeit ist immer, wenn der Süchtige aus der Klinik nach Hause in sein gewohntes Umfeld kommt. Mit dem neuen Modell wird das Behandlungsnetz engmaschiger und der Süchtige wird besser aufgefangen. Es gibt schon während des Klinikaufenthalts Kontakte zur späteren ambulanten Gruppe.“

Zwar schloss sich auch schon früher an die mehrmonatige Therapie in der Suchtklinik eine ambulante Nachsorge an, aber dieses Angebot war freiwillig. Oft wurde der Kontakt abgebrochen und der Therapieerfolg dadurch gefährdet. Jetzt herrscht von Anfang an eine größere Verbindlichkeit.

Ein weiterer Vorteil ist, dass es einen einheitlichen Verlaufsbericht gibt, den alle be-

teiligten Therapeuten laufend ergänzen, es muss also nicht von Null angefangen werden. Es besteht zudem die Möglichkeit, Arbeitgeber, Selbsthilfegruppen oder die ARGE mit einzubeziehen. Jeder Patient bekommt außerdem einen Fallmanager zugewiesen, der für ihn zuständig ist.

Die Leiterin der Suchtberatungsstelle, Kornelia Andreß: „Diese Behandlungsform ist besonders für Patienten geeignet, die in der Vergangenheit schon mehrfach Therapien abgebrochen haben, oder solche, die sich einen klaren strukturierten Rahmen für ihre Behandlung wünschen, Regeln brauchen und sich diesen auch gut anpassen können.“

Das Modell wird wissenschaftlich von der Universität Oldenburg begleitet und ausgewertet. Übernommen werden die Kosten bisher nur vom Rentenversicherungsträger Deutsche Rentenversicherung Braunschweig/Hannover.



Die Suchttherapeuten Jürgen Horstmann, Kornelia Andreß und Fritz Beddig stellen das neue Suchtbehandlungsmodell vor.

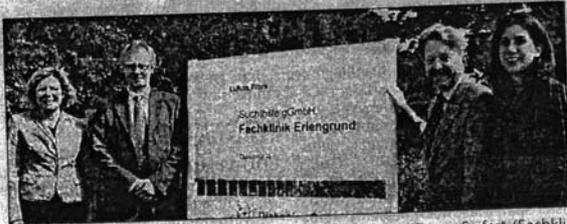
# Vorreiter in der Suchttherapie

Braunschweiger Zeitung 2.09.2006

Braunschweiger Zeitung  
2. 9. 06

## „Vorreiter in der Suchttherapie“

Lukas-Werk und Deutsche Rentenversicherung verzahnen erstmals stationäre und ambulante Behandlung



Petra Sarstedt-Hülsmann (von links, Lukas-Werk), Dr. Jürgen Seifert (Fachklinik Erlengrund in Salzgitter-Ringelheim), Georg Wiegand (Deutsche Rentenversicherung) und Kerstin Ratzke (Uni Oldenburg). Foto: Schweiger

Von Andreas Schweiger

**SALZGITTER.** Neue Wege in der Behandlung von suchtkranken Menschen beschreiten die Lukas-Werk-Suchthilfe in Braunschweig und Salzgitter gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung.

Die Patienten werden künftig bis zu 52 Wochen in einer eng verzahnten Kombination aus stationärer und ambulanter Therapie betreut. „Mit unserem Vergleich auf dem neuesten Stand wissenschaftlicher

Erkenntnisse“, sagt Georg Wiegand (Deutsche Rentenversicherung).

Bislang seien suchtkranke Menschen zunächst 16 Wochen stationär behandelt worden, anschließend ambulant. Allerdings habe es keine Abstimmung von stationärer und ambulanter Therapie gegeben.

Künftig werde der Krankenhausaufenthalt zunächst auf zehn Wochen begrenzt. Noch vor der Entlassung würden die Patienten auf die ambulante Therapie vorbereitet. Zudem gebe es einen besseren Austausch zwischen den Experten.

„Bl  
für

Anzeige



## Modulare Suchttherapie soll Erfolgsquote steigern

Ärzte Zeitung 2.11.2006

Ärzte Zeitung, 02.11.2006

### Modulare Suchttherapie soll Erfolgsquote steigern

#### Deutsche Rentenversicherung will Übergang von stationärer in die ambulante Behandlung erleichtern

**HANNOVER/SALZGITTER.** Die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig Hannover erprobt zur Zeit in 19 niedersächsischen Suchtkliniken und den kooperierenden Beratungsstellen für ihre suchtkranken Mitglieder die neue "Modulare Kombinationsbehandlung". Ziel ist es, die alkohol- und drogenabhängigen Patienten in der anschließenden ambulanten Behandlung erfolgreicher zu betreuen.

Von Christian Beneker

"Die einjährige Behandlung umfasst mehrere Therapiebausteine", erläutert Dr. Jürgen Seifert, ärztlicher Leiter der Fachklinik Erlengrund in Salzgitter; dazu gehört etwa ein persönlicher Fallmanager, Übergabegespräche mit Therapeuten beim Wechsel der Behandlungsform, in denen der Therapieverlauf bewertet und der weitere Ablauf abgestimmt wird. Außerdem gehört eine Belastungserprobungsgruppe zu dem Modell.

Hier können die Patienten die Bedingungen der ambulanten Versorgung ausprobieren, obwohl sie noch in der Klinik betreut werden. Mehrmalige Klinikaufenthalte nach ambulanten Phasen soll der Patient nicht mehr als Rückschlag erleben, sondern als natürlichen Teil der Therapie. Die einzelnen Module können frei kombiniert werden. Akute Probleme oder spezifische Bedingungen am Arbeitsplatz der Patienten können so besser berücksichtigt werden.

#### Klinikaufenthalte sollen verkürzt werden

Die modular gestaltete Behandlung soll helfen, die Rückfallquote zu senken. Die bisher langen Klinikaufenthalte von zwölf bis 16 Wochen erschwerten den Patienten bislang den Übergang in den ambulanten Bereich. Mit dem Behandlungskonzept läßt sich die Zahl der Behandlungstage reduzieren, berichtet Seifert: "Durch frühzeitige Berücksichtigung der ambulanten Nachbetreuung in der Kombinationsbehandlung ist der Patient nur noch zehn Wochen in der Klinik und danach findet er sich in der ambulanten Struktur gleich zurecht." Die Kooperation der Suchtkliniken mit den Therapeuten in Tageskliniken und ambulanten Stellen werde durch die ausführlichen Übergabegespräche wesentlich gefördert.

#### Komplette Behandlung wird pauschal vergütet

"Die komplette Behandlung wird mit einer Pauschale vergütet, deren Höhe bei der vorausschauenden Therapieplanung für alle Module festgelegt wird", sagt Seifert, "so entfallen das ständige Neubeantragen der Mittel für einen weiteren Schritt, der im Laufe der Therapie nötig wird, sowie die Wartezeiten auf die Genehmigung." Die Pauschale orientiert sich an den üblichen Sätzen für die stationäre Behandlung, laut Seifert etwa 100 Euro am Tag, und für die ambulanten Therapie-Einheiten von 46 Euro pro Einheit.

Nach Angaben der DRV werden höchstens zwölf Wochen stationärer Behandlung plus 80 ambulanter Therapie-Einheiten vergütet. Die Therapiekosten belaufen sich also je nach Tagespauschale der Klinik auf einen Betrag von etwa 4800 bis 5200 Euro. Wie teuer die Therapie des einzelnen Patienten wird, ist erst klar, wenn die ersten Süchtigen das Programm durchlaufen haben.

In Salzgitter werden derzeit 57 Patienten nach der Kombinationstherapie behandelt. Die Behandlung wird von der Uni Oldenburg wissenschaftlich begleitet. Ende des Jahres sollen die ersten Auswertungen vorliegen.

*Auskünfte über die Therapie erteilen die Suchtberatungsstellen oder Ulrike Westphal von der DRV Telefon: 0511/829 3374*

# Diakonie stellt Konzept einer neuen Suchttherapie vor

Leine Nachrichten 13.02.2007

## Diakonie stellt Konzept einer neuen Suchttherapie vor

Verbindung von stationärer und ambulanter Behandlung

VON DANIEL JUNKER

**LAATZEN-MITTE.** Eine neu entwickelte Therapie für Suchtkranke hat der Diakonieverband Hannover-Land vorgestellt. Das neue Konzept beinhaltet eine flexible Kombination aus stationärer und ambulanter Behandlung. Von der Fachstelle für Sucht und Suchtprävention der Diakonie wird die Therapie auch am Laatzenener Kiefernweg angeboten. Bis zu einem Jahr lang können Suchtkranke und Gefährdete bei der sogenannten, im Jahr 2006 eingeführten modularen Kombinati-

onstherapie behandelt werden. Die Module „stationäre Klinikbehandlung“ und „ambulante Betreuung“ können von den Therapeuten frei zusammengesetzt werden. „Dadurch sind sie in besonderer Weise miteinander verzahnt“, sagt Christian Klatt, Diakoniepastor und ehemaliger Superintendent der kirchlichen Organisation. Der Patient kann über mehrere Wochen in einer Fachklinik seine Sucht bekämpfen, anschließend wird er ambulant mit bis zu 80 Therapieeinheiten betreut. „Uns bietet sich die Möglichkeit, flexibel zu entscheiden,

ob es ausreicht, den Patienten ambulant zu behandeln. Reicht dies nicht, können wir ihn kurzfristig in eine Klinik überweisen“, sagt Sozialtherapeutin Kirsten Gesemann. Zu Weiterbehandlung kehrt er dann in die Beratungsstelle zurück. Bisherige Konzepte würden diese flexible Betreuung nicht ermöglichen. Erstellt wurde das Konzept von der Deutschen Rentenversicherung. Das Konzept soll ermöglichen, dass Suchtkranke weiterhin ihrem Beruf nachgehen können oder auf das Berufsleben vorbereitet werden. Für Gespräche mit Angehörigen sind zwölf

*Leine Nachrichten 13.02.2007*



Christian Klatt, Kirsten Gesemann und Marion Frede (von links) tauschen sich über das neue Therapiekonzept aus. Junker

Therapieeinheiten vorgesehen. Neben der eigentlichen Therapie sind Verwaltungsaufgaben im Konzept der von der Deutschen Rentenversicherung geförderten Behandlungsmethode inbegriffen. Die Flexibilität des Modells erfordert einen größeren Verwaltungsaufwand, da eine stärkere Kommunikation zwischen den Be-

handlungszentren erforderlich sei, sagt Klatt. Alle sechs Wochen würden Gespräche stattfinden, die den Behandlungsstand reflektieren. Die Diakonie hat deswegen mit Marion Frede eine neue Verwaltungskraft eingestellt.

Drei Patienten werden zur Zeit von den Beratungsstellen der Diakonie behandelt.

