

## **Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V. zum „Gemeinsamen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenkassen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ (Entwurf vom 14.01.2008)**

Der Fachverband Sucht e.V. begrüßt, dass die Leistungsträger einen Entwurf über ein Gemeinsames Rahmenkonzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vorgelegt haben und hierzu die Stellungnahme der Suchtfach- und Wohlfahrtsverbänden einholen. Diesem Anliegen kommen wir gerne nach und nehmen zum vorliegenden Entwurf wie folgt Stellung:

### **2.1 Medizinische und persönliche Voraussetzungen/differenzielle Indikation**

Der FVS stimmt den vorliegenden Indikationskriterien für eine ambulante Rehabilitation zu. Diese entsprechen den bereits bestehenden Voraussetzungen der Anlage 1 der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“, vom 04.05.2001. Wir schlagen vor, den letzten Satz dieses Absatzes wie folgt zu ändern:

„Die Aussagen im Ärztlichen Befundbericht und Sozialbericht, die **in der Regel** Bestandteil des Antrages sind, geben Aufschluss über die Indikationsstörung.“

### **2.2 Ausschlusskriterien**

Die Ausführungen werden vom FVS geteilt.

### **2.3 Diagnosespektrum nach ICD-10**

Zu ergänzen ist an dieser Stelle ICD-10 F 63.0 Pathologisches Spielen. Hierfür ist ein eigenes Behandlungskonzept gemäß der Empfehlung der Spitzenverbände der Leistungsträger bei Pathologischem Glücksspiel (März 2001) erforderlich. Für diskussionswürdig halten wir des weiteren die Fragestellung, wie mit pathologischen PC-Gebrauch umgegangen wird.

### **2.4 Antragsverfahren**

Hierbei würden wir empfehlen im 2. Absatz einzufügen: „Als Antragsunterlagen werden **in der Regel** grundsätzlich benötigt“.

Hier würden wir vorschlagen zu ergänzen:

- Sozialbericht der Suchtberatungsstelle bzw. eines vergleichbaren sozialen oder psychologischen Dienstes

### **2.5 Anforderungen an die Diagnostik vor Einleitung der Rehabilitation**

Der FVS begrüßt die Zielvorgabe, dass vor Einleitung der Rehabilitation die krankheitsbezogene Diagnostik/Differenzialdiagnostik der Grundkrankheit, einschließlich evtl. vorliegender Begleiterkrankungen, soweit in dieser Phase möglich, abgeschlossen sein sollte, so dass die Indikation für die geeignete Rehabilitationsform gestellt werden kann. Hierbei sind Beeinträchtigungen psychischer Funktionen, Einschränkungen bei den unterschiedlichen Aktivitäten und der Teilhabe an den diversen Lebensbereichen, einschließlich der entsprechenden Kontextfaktoren zu berücksichtigen, wie sie in der ICF beschrieben sind. Entsprechende Angaben können auch hinsichtlich der Anforderungen an das Behandlungsetting von entscheidender Bedeutung sein. Hier stellt sich allerdings die Frage, ob flächendeckend eine derartige Differenzialdiagnostik durchgeführt werden kann bzw. ob hierfür zumindest in verschiedenen Regionen spezielle Kompetenzzentren erforderlich sind. Auch sollte vermieden werden, durch eine zu umfangreiche Diagnosephase den Zugang zur Entwöh-

nungsbehandlung zu erschweren. Von daher sollten vor der Rehabilitation „schlanke“ Diagnoseverfahren eingesetzt werden, die eine grundsätzliche Orientierung erlauben. Entsprechende Ergebnisse müssen ergänzt und vertieft werden durch eine prozessorientierte Verlaufsdiagnostik. Von daher schlagen wir vor, alternativ bzw. in Ergänzung zum Sozialbericht einen Kurzfragebogen zu entwickeln, der wesentliche Informationen zur Entwicklung der Abhängigkeitserkrankung, zu Begleit- und Folgeerkrankung auf psychosomatischem und psychischem Gebiet, über Vorbehandlung und den Kontakt zur Selbsthilfegruppen, zur sozialen Situation und aktuellen Problemfeldern sowie individuellen Rehabilitationszielen gibt.

### **3. Rehabilitation**

#### **3.1 Strukturelle und konzeptionelle Anforderungen**

Der FVS weist im Zusammenhang mit den strukturellen und konzeptionellen Anforderungen darauf hin, dass derzeit noch kein externes Qualitätssicherungsprogramm für die ambulante Rehabilitation vorliegt. Darüber hinaus sollten im Rahmen des § 20 SGB IX grundsätzliche Anforderungen an das interne Qualitätsmanagement vereinbart werden, die alle Qualitätsmanagementsysteme zu erfüllen haben. Der FVS begrüßt es, dass die Rehabilitationseinrichtungen die Daten des Deutschen Kerndatensatzes erheben und an die Deutsche Suchthilfestatistik weiterleiten sollen.

Ambulante Rehabilitationseinrichtungen sollten von daher regelhaft eine Basisdokumentation durchführen, die mindestens die Daten des Deutschen Kerndatensatzes enthalten. Den Rehabilitationseinrichtungen wird ferner empfohlen, im Rahmen eines internen Qualitätsmanagements 1-Jahres-Routinekatamnesen als Totalerhebung gemäß dem ‚Deutschen Kerndatensatz Katamnese‘ durchzuführen.

Hinsichtlich des Leistungsspektrums vertritt der FVS - in Übereinstimmung mit dem § 26 SGB IX die Auffassung, dass zu den integralen Bestandteilen qualifizierter ambulanter medizinischer Rehabilitation

- die Diagnostik und Indikationsstellung
- Motivierung
- therapeutische Einzel- und Gruppengespräche
- Beteiligung der Bezugspersonen
- begleitende Hilfen in sozialen Umfeld
- Maßnahmen zur sozialen und beruflichen Reintegration und Krisenintervention

gehören.

Für diese ambulanten Reha-Leistungen ist eine angemessene Finanzierung sicherzustellen wie auch für die Organisation der Zusammenarbeit in einem Behandlungsverbund (z.B. im Rahmen der Kombinationsbehandlung).

Sofern erwartet wird, dass Prävention und Hilfe zur Selbsthilfe auch zum Leistungsbereich ambulanter Beratungs- und Behandlungseinrichtungen gehören, fallen diese Leistungen in den Aufgabenbereich der öffentlich geförderten Beratungsstellen.

Aus Sicht des FVS ist es ferner zweckmäßig, dass ambulante Rehabilitationseinrichtungen auch auf die sachlichen und personellen Ressourcen stationärer Rehabilitationseinrichtungen bzw. kooperierender ärztlicher oder psychotherapeutischer Praxen/Praxisgemeinschaften zurückgreifen können, wo immer dies möglich ist, damit Synergieeffekte fachlicher und wirtschaftlicher Art genutzt werden. Von daher begrüßt der FVS auch die Bildung von Behandlungsverbänden zur Durchführung ambulanter Rehabilitation Suchtkranker beispielsweise durch den Zusammenschluss von Rehabilitationsfachkliniken, Klinikambulanzen/ambulanter Rehabilitationseinrichtungen und Suchtberatungsstellen. Diese sollten auch - unabhängig von der Trägerschaft der jeweiligen Einrichtung - gebildet werden.

Ferner weisen wir darauf hin, dass ambulante und poststationäre ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen zudem auch als Teil von Kombinationsbehandlungen durchgeführt werden. Die Beteiligung ambulanter Einrichtungen an Kombinationsbehandlungen (Kombination von ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen) setzt die Anerkennung gemäß Anlage 1 der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 voraus

### **3.2 Rehabilitationsziele**

Die vielfältigen im Entwurf angeführten Zielsetzungen der ambulanten Rehabilitation verdeutlichen die Notwendigkeit, entsprechende Leistungen (s. § 26 SGB IX) auch zu finanzieren sowie die Erfordernis zur Zusammenarbeit der Einrichtungen in einem Behandlungsverbund (s. o.).

### **3.3 Inhalte der Rehabilitation**

Der FVS stimmt mit der Aussage überein, dass therapeutische Gruppen- und Einzelgespräche sowie die Einbeziehung von Bezugspersonen wesentliche Elemente der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker sind. Hinsichtlich der weiteren Ausführung zu begleitenden Rehabilitationsangeboten stellt sich grundsätzlich die Frage, ob diese verbindlicher oder fakultativer Bestandteil der ambulanten Rehabilitation sein sollen. Darüber hinaus sind entsprechende begleitende Leistungen auch entsprechend zu finanzieren. Zu ergänzen ist bei der Auflistung der Punkt „Koordination und Organisationsaufgaben“, hierbei geht es beispielsweise um Kontakt- und Informationsgespräche mit Vor- und Nachbehandlern sowie mit Selbsthilfegruppen oder Psychotherapeuten, oder um die Erstellung des Gesamtrehabilitationsplans gemeinsamen mit dem Patienten sowie Übergabe- und Koordinationsgespräche (z.B. im Rahmen der Kombinationsbehandlung, der ambulanten nachstationären Behandlung). Im *Anhang 1* sind Vorschläge für entsprechend abrechenbare Einheiten im Rahmen der ambulanten und poststationären ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker aufgeführt.

Es sollte ferner den ambulanten Rehabilitationseinrichtungen überlassen sein, in welcher Frequenz Einzel- und Gruppengespräche - bezogen auf den Patienten - erforderlich sind.

Wir begrüßen die Einschätzung, dass arbeitsbezogene Maßnahmen als begleitende Angebote notwendig sind. Diese sollten auch Arbeitsbelastungsproben bei arbeitslosen Patienten als Bestandteil der ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen einschließen. Bei vorhandenem Arbeitsplatz sollten Coaching-Verfahren eine Rolle spielen, des Weiteren Fertigungs- und Fähigkeitsanalysen hinsichtlich des bestehenden Arbeitsplatzes. Die berufsintegrierenden und sozialtherapeutischen Leistungen sollten allerdings entsprechend definiert und vergütet werden. Entsprechende Vorschläge befinden sich ebenfalls im *Anhang 1* dieser Stellungnahme.

### **3.4 Rehabilitationsdiagnostik und Rehabilitationsplan**

Ergänzend zu den obigen Ausführungen unter 2.5 „Anforderungen an die Diagnostik“ stellt sich die Frage, wie konsiliarische Untersuchungen finanziert werden sollen. Die Kosten können nicht Bestandteil der ambulanten medizinischen Rehabilitation sein, sondern müssten im Rahmen der Akutversorgung durch die Krankenkassen erbracht werden.

### **3.5 Rückfallbearbeitung**

Die entsprechenden Ausführungen werden vom FVS weitgehend geteilt. Bestandteil eines Rückfallkonzeptes sollte allerdings auch sein, dass ggf. eine ambulante Rehabilitation nicht ausreicht und eine stationäre Rehabilitation oder Kombinationsbehandlung erforderlich ist, damit eine günstige Rehabilitationsprognose gestellt werden kann. Hierzu sollten kurzfristige Absprachen mit den zuständigen Leistungsträger ermöglicht werden, um die erforderlichen Veränderungen kurzfristig umsetzen zu können.

### **3.6 Substitutionsgestützte Rehabilitation Drogenabhängiger**

Auf diesen Bereich wird in dieser Stellungnahme nicht im Detail eingegangen. Grundsätzlich stellt sich die Frage, inwieweit unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen eine substitutionsgestützte Rehabilitation Drogenabhängiger im ambulanten Bereich überhaupt in Anspruch genommen wird.

### **3.7 Rehabilitationsdauer und Frequenz der therapeutischen Angebote**

Grundsätzlich halten wir es für erforderlich, dass auch Probehandlungen im Rahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation mit begrenztem Leistungskontingent (z.B. zehn Therapieeinheiten) durchgeführt werden können. Des weiteren stimmen wir den grundsätzlichen Ausführungen zur Rehabilitationsdauer zu, weisen allerdings darauf hin, dass es im Einzelfall auch möglich sein sollte, eine höhere Frequenz als drei Einheiten in zwei Wochen durchzuführen. Ferner sollte auch -

falls erforderlich - eine höhere Anzahl als acht Gespräche mit Angehörigen/Bezugspersonen im Zeitraum von 12 Monaten möglich sein, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist. Auch kann im Einzelfall eine längere Unterbrechung bei fortgeschrittener ambulanter Rehabilitation als zwei Wochen (z.B. Urlaubszeiten) erforderlich sein. Auch bei nachgewiesenen interkurredienten Erkrankungen mit Akutbehandlung in einem Krankenhaus sollte die Wiederaufnahme der ambulanten Rehabilitationsbehandlung ohne Neuantrag möglich sein.

Hinsichtlich der Antragstellung bei Verlängerungen schlagen wir eine Vereinfachung des Verlängerungsverfahrens im Formularverfahren vor.

### **3.8 Beendigungskriterien**

Zu den Ausführungen gibt es von Seiten des FVS keine weiteren Anmerkungen.

Wir schlagen die Erstellung des medizinischen Reha-Entlassberichtes ausschließlich gemäß Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung für den Bereich der DRV vor.

## **4. Personelle Ausstattung**

### **4.1 Rehabilitationsteam und Qualifikation**

Hinsichtlich der Anforderung an die Berufserfahrung möchten wir darauf hinweisen, dass eine zweijährige Berufserfahrung in der Behandlung abhängigkeitskranker Menschen nicht zwingend vorgeschrieben werden sollte. Gerade bei Neueinstellungen ist eine solche Vorgabe kaum zu erfüllen.

Wir schlagen vor die Ausführung unter Arzt wie folgt zu verändern: „Die Einrichtung steht unter fachärztlicher Verantwortung. Dieser verfügt über die Gebietsbezeichnungen . . .“. Darüber hinaus sollte sichergestellt sein, dass der Bereich Psychotherapie in der Einrichtung abgedeckt ist. Dies kann dadurch sichergestellt sein, dass ein ärztlicher Psychotherapeut und/oder ein psychologischer Psychotherapeut in der Einrichtung vorhanden ist. Wenn ein Psychologischer Psychotherapeut vorhanden ist, müsste der ärztliche Stellvertreter auch nicht über eine psychotherapeutische Grundqualifikation verfügen. In diesem Zusammenhang machen wir darauf aufmerksam, dass die personelle Ausstattung einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung sich an den Gegebenheiten des Arbeitsmarktes ausrichten muss und die gesamten Personalkosten durch den vorhandenen Vergütungssatz abgedeckt werden müssen.

Vom Grundsatz her halten wir es für erforderlich, dass die Einrichtung zwar unter fachärztlicher Verantwortung steht, aber diese auch über einen leitenden Therapeuten verfügt. Hierbei sollte es sich um einen psychologischen Psychotherapeuten oder einen leitenden Therapeuten (z.B. Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagoge, Diplom-Psychologe) mit anerkannter suchttherapeutischer Weiterbildung handeln.

Der Einsatz entsprechender Berufsgruppen für begleitende Therapieangebote setzt voraus, dass die jeweilige Einrichtung vom Konzept her solche Angebote überhaupt vorhält (fakultative Angebote). Das verbindliche Vorhalten entsprechend fachlich qualifizierten Personals in der ambulanten Rehabilitation ist aufgrund der aktuellen Rahmenbedingungen unrealistisch. Nach unserer Einschätzung kann dies lediglich auf Honorarbasis geschehen bzw. es sollte ggf. auf vorhandene Angebote in der Region zurückgegriffen werden können (z.B. Nutzung entsprechender Räumlichkeiten).

Bei den aufgeführten Berufsgruppen sollte bei Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagoge eine Ergänzung „Diplom-Pädagogen mit Schwerpunkt Sozialarbeit/Sozialpädagogik“ vorgenommen werden. Diese Ergänzung könnte ggf. auch im Rahmen eine Fußnote unter „sonstige Berufsgruppen“ erfolgen.

Hinsichtlich des Verhältnisses von 1:2 bezogen auf das Verhältnis Co-Therapeuten zu Therapeuten schlagen wir vor, bei den Ärzten eine Ausnahme zu ermöglichen. Hier empfehlen wir - vor dem Hintergrund, dass beispielsweise die Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sehr lange dauert und unter Berücksichtigung des aktuellen Arbeitsmarktes - ein Verhältnis von 1:1.

#### **4.1.1 Aufgaben des Arztes**

Den ersten Satz schlagen wir vor wie folgt zu ändern:

„Die ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker steht unter Verantwortung eines Facharztes“.

#### **4.1.2 Aufgaben der Diplom-Psychologen und der Diplom-Sozialarbeiter/Sozialpädagogen**

Bei der Auflistung entsprechender Aufgaben sollte auch „Koordinations- und Organisationsaufgaben“ angeführt werden. Darüber hinaus sollte bei der spezifischen Auflistung der Leistungen von Diplom-Sozialarbeitern und Diplom-Sozialpädagogen auch der Aspekt „Sozialrechtliche Beratung“ aufgenommen werden.

#### **4.2 Personalbemessung**

Unklar ist bei der Personalbemessung, mit wie vielen Stunden der verantwortliche Arzt in der Einrichtung beschäftigt sein soll. Darüber hinaus stellt sich - wie bereits oben erwähnt - die Frage, inwieweit auch weitere Therapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Sporttherapeuten) ggf. auch medizinisches Hilfspersonal vorgehalten werden sollen bzw. entsprechende Leistungen verbindlich zu erbringen sind. Wir weisen in diesem Zusammenhang nochmals darauf hin, dass entsprechende Personalforderungen eine leistungsgerechte Vergütung erfordern.

#### **5. Räumliche und apparative Ausstattung**

Spezielle medizinische Untersuchungen sollten z.B. auch in Zusammenarbeit mit Fachärzten, welche über eine entsprechende apparative Ausstattung verfügen, durchgeführt werden können.

#### **6. Qualitätssicherung**

Nach unserer Erkenntnis liegt derzeit noch kein externes Qualitätssicherungsprogramm für den Bereich der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker vor. Wir gehen davon aus, dass für indikationsgleiche Rehabilitationsleistungen unabhängig von der Leistungsform vergleichbare Qualitätsstandards und vergleichbare externe Qualitätssicherungsprogramme erforderlich sind. Hierbei ist auf die Angemessenheit der einzusetzenden Instrumente der Qualitätssicherung zu achten. Das Qualitätssicherungsprogramm sollte partnerschaftlich von den Spitzenverbänden der Leistungsträger und Leistungserbringer entwickelt werden. Darüber hinaus sind - wie bereits erwähnt - auch entsprechende Vorgaben für das interne Qualitätsmanagement zu vereinbaren.

#### **7. Vernetzung und bedarfsgerechte Versorgung**

Auch der FVS betrachtet entsprechende Koordinations- und Organisationsaufgaben als verbindliche Leistungen der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Diese sollten in einem entsprechenden Leistungskatalog auch abgebildet werden (s. *Anhang 1*).

#### **8. Finanzierung**

Bisher werden durch den Leistungsträger nur Einzel- und Gruppengespräche im Rahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation einzelfallbezogen vergütet. Die im *Anhang 1* zu dieser Stellungnahme aufgeführten Leistungen sollten im Rahmen der Einzelfallvergütung erstattet werden. Es sollte also möglich sein, bei durch den Leistungsträger genehmigter Leistungsmenge von z. B. 80 Therapieeinheiten diese Leistungen auch im Rahmen dieses Kontingentes abrechnen zu können.

Des Weiteren ist sicherzustellen, dass die Vergütung jährlich aufgrund der aktuellen Preis- und Lohnentwicklungen angepasst wird.

## **Anhang 1**

### **zur Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V. zum „Gemeinsamen Rahmenkonzept der DRV und GKV zur ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker“**

**(Stand: 14.01.2008)**

Vorschlag für abrechenbare Einheiten im Rahmen ambulanter und poststationärer ambulanter medizinischer Rehabilitation Abhängigkeitskranker

#### **1. Grundleistungen**

Leistungseinheit	KTL-Nr.	Dauer	Therapieeinheit
Einzeltherapie in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen (auch Krisenintervention)	r98	50 Min.	1,0
Gruppenbehandlung in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen (auch indikative und psychoedukative Gruppen)	r99	100 Min.	1,0

#### **2. Berufsintegrierende und sozialtherapeutische Maßnahmen**

Leistungseinheit	KTL-Nr.	Dauer	Therapieeinheit
sozialrechtliche Beratung	h01	15 Min.	0,25
- Berufliche Situation	h01.10		
- Wohnungssituation	h01.20		
- Wirtschaftliche Sicherung	h01.30		
- Rentenfragen	h01.40		
- Klärung rechtlicher Fragen	h01.50		
- Nachteilsausgleich bei Behinderung	h01.60		
- Finanz- und Sozialrechtliche Ansprüche	h01.70		
- sonstige Fragen	h01.99		
Beratung zur beruflichen Rehabilitation (Rehabilitationsberatung)	h11	25 Min.	0,5
- Berufsklärung	h11.10		
- innerbetriebliche Umsetzung, Arbeitsplatzadaption, Kontakte zum beruflichen Umfeld	h11.20		
- Klärung der wirtschaftlichen Sicherung	h11.30		
- Arbeitsplatzbesuch	h11.40		
- sonstige relevante Fragen	h11.99		

Leistungseinheit	KTL-Nr.	Dauer	Therapieeinheit
Organisation und Monitoring externer Belastungs- erprobung	r38	50 Min.	1,0
Bilanzierungsgespräch bei externem Arbeitsplatzpraktikum	g04	50 Min.	1,0
Arbeitsplatzbesuch	g50	50 Min.	1,0
Gespräche mit Patienten und Betriebsangehö- rigen/Einzelkontakt	k05.10	25 Min.	0,5

### 3. Koordinations- und Organisationsaufgaben

Leistungseinheit	KTL-Nr.	Dauer	Therapieeinheit
Organisation weitergehender Maßnahmen: hier: Kontakt- und Informationsgespräch mit Vor- und Nachbehandlern (ambulante Gruppen, psychosoziale Dienste etc.)	h21.50	50 Min.	1,0
Organisation weitergehender Maßnahmen: hier Vor- und Nachbereitung der Teilnahme von Patienten an Selbsthilfegruppen im Rah- men des Therapieprogramms	h21.60	25 Min.	0,5
Therapeutische Einzelintervention, verhaltensthe- rapeutisch orientiert hier: Planung des Gesamtrehabilitationsplanes gemeinsam mit dem Patienten	p03	50 Min.	1,0
Einzelberatung hier: Übergabe- bzw. Koordinationsgespräch zwischen Klinik- und Ambulanzmitarbeiter gemeinsam mit dem Patienten	p01	50 Min.	1,0

### 4. Ärztliche Leistungen

Leistungseinheit	KTL-Nr.	Dauer	Therapieeinheit
Ärztliche Beratung (auch Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussuntersuchung)	k01	50 Min.	1,0
Patientenschulung bei Suchtmittelabhängigkeit (sonstige) hier: Patientenschulung durch Arzt im Rahmen der Gruppenbehandlung	k33.99	100 Min.	1,0

## 5. Weitere Leistungen

Leistungseinheit	KTL-Nr.	Dauer	Therapieeinheit
<p>Sonstige Therapieeinheiten</p> <p>Weitere Leistungen, sofern im ambulanten Teil der Kombinationsbehandlung indiziert, mit dem Leistungsträger konzeptionell vereinbart und möglichst gemäß KTL abbildbar (z. B. diagnostische Leistungen, Bezugspersonengespräche)</p> <p>Im Rahmen von Kombinationsbehandlungen Abrechnung von vier sonstigen Therapieeinheiten als Modul der Kombinationsbehandlung (sonstige Therapieeinheiten: 2 x h21.50, 1 x p01, 1 x p3).</p>	X	... Min.	z. B. 1,0
<p>Begleitende Rehabilitationsangebote</p> <p>z.B. Ergo-, Kreativtherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren, Ernährungsberatung</p>	X	... Min.	z.B. 1,0