

Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V.

zur leistungsrechtlichen Zuständigkeit der Krankenkassen für die Adaptionphase bei Abhängigkeitserkrankungen (Phase II der medizinischen Rehabilitation)

Präambel:

Vor dem Hintergrund des Urteils des Bundessozialgerichtes vom 26.06.2007 (B 1 KR 36/06 R) nimmt der Fachverband Sucht e.V. (FVS) grundsätzlich Position zur leistungsrechtlichen Einordnung der Adaptionphase bei Abhängigkeitserkrankungen. Der Fachverband Sucht e.V. vertritt grundsätzlich die Auffassung, dass es sich bei diesem Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG) um eine Einzelfallentscheidung handelt. Gleichwohl kritisiert er, dass die angeführten Entscheidungsgründe des BSG-Urteils nicht mit einem modernen Rehabilitationsverständnis, welches dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) zugrunde liegt, übereinstimmen.

Entsprechend der Verfahrensabsprache der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger zur Adaptionphase bei Abhängigkeitserkrankungen (vom 8. März 1994) handelt es sich bei der Adaptionphase um die Phase II der Entwöhnungsbehandlung. Damit ist sie Bestandteil der medizinischen Rehabilitation. Von daher sieht der Fachverband Sucht e.V. vom Grundsatz her die Zuständigkeit der Krankenkassen für die Adaption - sofern die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen - weiterhin als gegeben an. Dies wird im weiteren näher begründet.

1. Grundlagen zur Adaptionphase bei Abhängigkeitserkrankungen

1.1 Verfahrensabsprache zur Adaptionphase vom 08.03.1994

Laut der Verfahrensabsprache zur Adaptionphase bei Abhängigkeitskranken vom 08.03.1994, welche zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger getroffen wurde, verständigte man sich auf folgende Aussagen:

1. „Als Adaption ist die letzte Phase einer stationären Entwöhnungsbehandlung zu verstehen. Dementsprechend ist sie integraler Bestandteil medizinischer Rehabilitation i. S. der Suchtvereinbarung.
2. Die Adaptionphase kann sowohl in der Entwöhnungseinrichtung als auch in einer Einrichtung, die zwar räumlich getrennt von der Entwöhnungseinrichtung ist, aber in Kooperation mit dieser steht (Kooperationseinrichtung), stattfinden.
3. Die Dauer der Entwöhnungsbehandlung wird durch die Adaptionphase nicht verlängert. In der Regel soll die Entwöhnungsbehandlung einschließlich der Adaptionphase eine Dauer von 12 Monaten nicht überschreiten.
4. Die Inhalte der Adaptionphase, die in von der Entwöhnungseinrichtungen räumlich getrennten Einrichtungen (Kooperationseinrichtungen) durchgeführt werden, müssen sich deutlich von Maßnahmen im Rahmen des betreuten Wohnens in Übergangseinrichtungen abgrenzen und werden in den Klinikkonzepten der Entwöhnungseinrichtungen deutlich beschrieben.
5. Die in dieser Form zu finanzierende Adaptionphase bezieht sich grundsätzlich auf die Entwöhnungsmaßnahmen für Drogenabhängige.“

Im Handbuch Sucht (Kapitel 11.15, Seite 1, herausgegeben von Gerkens, Meyer, Wimmer, Asgard-Verlag) wird ergänzend darauf hingewiesen, dass es für den Bereich der Alkohol- und Medikamentenabhängigen keine generelle Aussage zur

Kostenübernahme im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung für die Adaptionphase gibt. Vielmehr soll in diesem Falle die Entscheidung, ob eine Adaption in Betracht kommt, - im Unterschied zu Drogenabhängigen - im Einzelfall getroffen werden. Hierzu werden folgende Kriterien als Orientierungshilfe genannt:

1. Der Versicherte hat eine stationäre Entwöhnungsbehandlung erfolgreich abgeschlossen.
2. Er ist zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung ohne weitere Hilfen noch nicht in der Lage.
3. Er verfügt weder über einen Arbeitsplatz noch eine Wohnung (Zusätzliche Anmerkung des FVS: bzw. lebt in unsicherer Wohnsituation).
4. Langjährige Suchterkrankungen mit schweren psychosozialen Störungen liegen vor.

Den Inhalten und Zielen der Verfahrensabsprache kann aus fachlicher Sicht zugestimmt werden. Sie bildet eine tragfähige Grundlage für die weitere Entwicklung dieses Behandlungssegments mit den beiden Formen der externen und internen Adaptionphase.

1.2 Konzeptionelle Grundlagen der Adaptionphase

Dieser Verfahrensabsprache zwischen den Spitzenverbänden der Kranken- und Rentenversicherungsträger lag das Rahmenkonzept für die Adaptionphase des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger zugrunde. Im weiteren werden zentrale Aspekte des Rahmenkonzeptes wiedergegeben, welches bis heute richtungsweisend für die Adaptionphase ist.

In diesem Rahmenkonzept werden

1. Begriffe, Aufgaben, Inhalt und Dauer
2. Konzeption
3. Anforderungen an die Einrichtungen der Adaptionphasen
4. Verfahren

geregelt.

Demnach reicht bei Drogenabhängigen in aller Regel, bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen je nach Lage des Einzelfalls zur Erreichung der Rehabilitationsziele eine rein suchtklinisch ausgestaltete medizinische Leistung zur Rehabilitation (Phase I) aufgrund der spezifischen Auswirkungen und Folgen der Abhängigkeitskrankheit nicht aus. Im Rahmen der Adaption soll durch die allmähliche Verringerung der Therapie und Betreuung der Patient stabilisiert und verselbständigt werden. Der Patient soll in dieser Phase lernen, im gewissen Umfang sein Leben und seine Zeit selbständig zu gestalten bzw. einzuteilen. Diese Phase umfasst

- Öffnung nach außen
- Anregungen, den Tagesablauf selbst zu strukturieren
- Bewährung und Erprobung der Fähigkeiten des Versicherten unter Alltagsbedingungen
- Erarbeitung einer eigenverantwortlichen Lebensführung mit begleitenden Hilfen
- Abnahme der bisherigen vorrangigen Gruppen- und Einzeltherapie zu nunmehr eher begleitenden und ergänzenden therapeutischen Leistungen

Dargestellt ist die Adaptionphase eingebettet in das Gesamtleistungssystem für Abhängigkeitskranke. „In aller Regel schließt die Adaptionphase nahtlos an die Behandlungsphase als zweiter Bestandteil der medizinischen Leistung zur Rehabilitation (Entwöhnung) an.“ (Zitat aus dem Rahmenkonzept).

Unterschieden werden des weiteren konzeptionell zwei Einrichtungstypen, auf welche auch in der Verfahrensabsprache von 1994 (s.o.) Bezug genommen wird: „Die Adaptionphase wird in der Praxis teilweise in derselben Einrichtung durchgeführt, in der auch die erste Phase der medizinischen Leistung zur Rehabilitation, nämlich die Behandlungsphase, stattfindet, teilweise aber auch in einer zweiten Einrichtung, die speziell der Durchführung der Adaptionphase dient.“ (Zitat s.o.). Damit verbunden sind entsprechende Anforderungen an die Konzeption. Hierzu wurde Folgendes festgelegt:

1. Wird die Adaptionphase in derselben Einrichtung durchgeführt wie die Behandlungsphase, liegt der Leistung zur medizinischen Rehabilitation regelmäßig ein entsprechendes Gesamtkonzept zugrunde.

2. Wird die Adaptionphase in einer gesonderten Einrichtung durchgeführt, zeigt die Konzeption der Einrichtung dieser Phase die Einfügung in ein Gesamtkonzept auf. Letzteres kann dadurch sichergestellt werden, dass der Träger der Adaptionseinrichtung entsprechende konzeptionelle Absprachen mit den Trägern der Behandlungsphase darlegt, aus denen er Versicherte übernimmt. In diesem Zusammenhang ist der Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den jeweiligen therapeutischen Teams zu gewährleisten.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass es keine Voraussetzung insbesondere für die Belegung einer externen Adaptionseinrichtung ist, dass ein Vertrag nach § 111 SGB V vorliegt, damit diese belegt werden kann. Diese Sichtweise wird auch durch das Urteil des Bundessozialgerichts vom 26.06.2007 gestützt. So wird unter den Entscheidungsgründen hierzu unter dem Aspekt „Erstattungsanspruch“ ausgeführt: „Ein Erstattungsanspruch darf - entgegen der Ansicht des SG - nicht bereits von vornherein daran scheitern, dass die Maßnahme in einer Einrichtung durchgeführt wurde, mit der die Krankenkasse keinen Versorgungsvertrag (§ 111 SGB V) geschlossen hat, obwohl § 40 Abs 2 SGB V in seiner hier maßgeblichen Fassung den Anspruch Versicherter auf die Gewährung stationärer medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen davon abhängig macht, dass mit der Rehabilitationseinrichtung ein Vertrag nach § 111 SGB V besteht. Das entspricht einem allgemeinen Grundsatz des Erstattungsrechts zwischen Leistungsträgern. Dementsprechend hat es die Rechtsprechung sogar stets als unerheblich angesehen, dass der erstattungspflichtige Leistungsträger kein eigenes Ermessen hinsichtlich der Auswahl ausüben konnte. Andernfalls würde der Erstattungsanspruch zweckwidrig über Gebühr eingeschränkt.“

Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass wie bei der Entwöhnungsbehandlung (Phase I) der federführende Hauptleistungsträger der Adaptionseinrichtungen in der Regel ein Rentenversicherungsträger ist, mit dem die Konzeption, personelle und räumliche Ausstattung, das Behandlungsprogramm etc. abgestimmt werden. Eine einrichtungsübergreifende aktuelle Erhebung des FVS ergab folgende Verteilung hinsichtlich der Leistungsträgerschaft bei Adaptionbehandlungen: Rentenversicherung 85,6 %, Krankenversicherung 4,7 %, Sozialhilfe/Jugendhilfe/Sonstige 9,6 %. Von daher empfiehlt der FVS, dass sich die Leistungsträger mit einem geringen Belegungsanteil der Beurteilung des federführenden bzw. Hauptleistungsträgers hinsichtlich Konzeption, personelle Anforderungen, Ausstattung etc. anschließen.

1.3 Stellungnahme des MDK zur Adaptionphase vom 15.09.1993

Die Spitzenverbände der Krankenkassen hatten im Vorfeld des Abschlusses einer Verfahrensabsprache zur Adaptionphase bei Abhängigkeitserkrankungen den MDK um eine Stellungnahme gebeten. In der Stellungnahme des MDK Hessen vom 15.09.1993 wird der grundsätzlichen Frage nachgegangen, ob es sich bei der Adaptionphase um eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation handelt. Hierzu stellt der MDK Hessen zusammenfassend fest: „Die Adaptionphase ist beim überwiegenden Teil der Drogen-Langzeittherapie-Einrichtungen ein integraler Bestandteil der Behandlung. Eine mit Hilfe definitorischer Begriffe herbeigeführte Abtrennung von der vorherigen Phase der Langzeittherapie ist inhaltlich nicht zu begründen. Bei Einrichtungen, wo dies nicht so deutlich auf der Hand liegt, weil die Adaptionphase räumlich von der vorherigen Therapie getrennt ist, verhält es sich letztlich nicht anders. Auch hier bestehen feste inhaltliche Verknüpfungen. Erst das Durchlaufen der gesamten Therapie ergibt einen therapeutischen Sinn.“

Damit bestätigte der MDK zum einen, dass es sich bei der Adaptionphase um eine medizinische Rehabilitationsleistung handelt und des weiteren, dass diese in einer internen oder externen Adaptionseinrichtung durchgeführt werden kann.

2. Unterschiedliche Verfahrensweisen bei der Bewilligung und daraus resultierende Konsequenzen

Die Aufnahme in eine Adaptionseinrichtung bedarf der vorherigen Bewilligung und Kostenzusage durch den zuständigen Leistungsträger. Hierbei können sich allerdings unterschiedliche Vorgehensweisen der Leistungsträger hinsichtlich der Bewilligung einer Leistung, abhängig davon, ob diese in einer internen oder externen Adaptionseinrichtung durchgeführt wird, ergeben. So kann ein Leistungsträger vor Beginn der Behandlungsphase einen einheitlichen Bewilligungsbescheid erteilen, der beide Phasen (Entwöhnungs- und Adaptionphase) umfasst. In diesem Fall genügt eine Mitteilung der Einrich-

tung über den Wechsel in die Adaptionphase, und es ist kein zweiter Bewilligungsbescheid erforderlich. Regelhaft bei externen Adaptionseinrichtungen - aber auch bei der internen Adaptionphase vorkommend - umfasst der Bewilligungsbescheid hingegen nicht beide Phasen. Von daher muss im Rahmen der Entwöhnungsphase ein Antrag des Versicherten auf die Bewilligung des Aufenthalts in der Adaptionphase beim Leistungsträger gesondert gestellt werden. Hierbei ist eine Begründung der Einrichtung der Behandlungsphase (Phase I) erforderlich, aus der sich ergibt, dass die Ziele der medizinischen Rehabilitation erst mit Abschluss der Adaptionphase erreicht werden können.

Der Fachverband Sucht e.V. hält es für unangemessen, wenn aufgrund dieser unterschiedlichen Bewilligungsverfahren eine unterschiedliche leistungsrechtliche Beurteilung der Adaptionphase durch einzelne Krankenkassen vorgenommen wird. Bei extern und intern durchgeführter Adaption handelt es sich um eine medizinische Rehabilitationsleistung. Deshalb muss auch sichergestellt sein, dass entsprechend der Verfahrensabsprache (siehe 1.1) die Adaption weiterhin in einer internen oder externen Adaptionseinrichtung durchgeführt werden können muss.

3. Personelle und inhaltliche Anforderungen an die Einrichtungen der Adaptionphase vor dem Hintergrund eines modernen Rehabilitationsverständnisses

Im Rahmenkonzept für die Adaptionphase (s.o.) werden folgende Eckwerte für die personelle Besetzung einer Adaptionseinrichtung genannt:

- „Ein Arzt muss in der Einrichtung verantwortlich mitarbeiten.“
- Die Einrichtung muss über qualifizierte Sozialarbeiter/Sozialpädagogen verfügen, die die Betreuung sicherstellen.
- Die Einrichtung muss entsprechendes Fachpersonal für die begleitenden einzel- und gruppentherapeutischen Leistungen vorhalten.
- Die Einrichtung muss für diejenigen Versicherten, die nicht an einem externen Programm (Arbeitspraktikum) teilnehmen, über einen Arbeitstherapeuten verfügen.
- Der Bereich „Verwaltung“ muss personell abgedeckt sein.“

Durch die personelle Ausstattung in der Adaptionphase muss gewährleistet sein, dass die im SGB IX genannten Rehabilitationsziele erreicht werden können. Als grundsätzliche Ziele werden in § 4 SGB IX „Leistungen zur Teilhabe“ genannt: „Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern
3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbst bestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.“

Ein modernes Rehabilitationsverständnis, wie es dem SGB IX zugrunde liegt, steht in Übereinstimmung mit der wegweisenden Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation. Unkritisch dürfte sein, dass dieses Verständnis für alle Rehabilitationsträger (siehe § 6 SGB IX) - und damit auch die Krankenkassen - maßgebend ist. So heißt es im Vorwort der „Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation“ des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen vom Oktober 2005, „Die kurative Medizin allein reicht immer weniger aus, um den Folgen chronischer Krankheiten entgegenzuwirken. Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sind erforderlich, um Krankheiten vorzubeugen, die Auswirkungen von Krankheiten zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten und insbesondere die Teilhabe der Betroffenen an Arbeit, Beruf und Gesellschaft zu ermöglichen oder zu sichern.“ Ausführlich wird in der Begutachtungs-Richtlinie im weiteren das bio-psycho-soziale Modell der ICF, die

verschiedenen Komponenten der Gesundheit und deren Wechselwirkungen erläutert. Diese Position steht in Übereinstimmung mit den Rehabilitationsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16.03.2004. Im § 8 der Rehabilitationsrichtlinien heißt es: „Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- voraussichtlich nicht nur vorübergehend alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder
- Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und
- über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.“

Im Einklang damit stehen diese Ausführungen mit der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ (vom 04.05.2001) von den Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern. Die darin formulierten Ziele der Entwöhnungsbehandlung (medizinische Rehabilitation) bestehen gemäß § 2 darin, eine dauerhafte Abstinenz zu erreichen und zu erhalten, körperliche und seelische Störungen weitgehend zu beheben oder auszugleichen sowie die möglichst dauerhafte (Wieder-) Eingliederung in Arbeit, Beruf, Schule und Gesellschaft zu erhalten bzw. zu erreichen.

Von daher handelt es sich bei der medizinischen Rehabilitation um eine Komplexleistung, die sich aus verschiedenen Bestandteilen zusammensetzt. Aufgrund des umfassenden Rehabilitationsverständnisses heißt es in § 26 SGB IX „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ in Absatz 3 ausdrücklich:

„Bestandteil der Leistungen nach Absatz 1 sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen (...), insbesondere

1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,
4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, u.a. durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.“

Des Weiteren werden hinsichtlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in § 26 Abs. 2 SGB IX auch genannt: Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung, Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie, Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

Von daher werden in § 26 Abs 2 und 3 SGB IX wesentliche Behandlungsbestandteile der medizinischen Rehabilitation genannt, die in der Adaptionsphase von zentraler Bedeutung sind.

Gerade bei Abhängigkeitserkrankungen in der Adaptionsphase sind die in § 26 Abs 3 SGB IX genannten „Hilfen zur seelischen Stabilisierung zur Förderung der sozialen Kompetenz“, das „Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten“, der „Umgang mit Krisensituationen“ wie auch das „Training lebenspraktischer Fähigkeiten“ von besonderer Bedeutung, um einem Rückfall vorzubeugen und damit die chronische Krankheit abzuwenden und deren Verschlimmerung zu verhüten.

Dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 26.06.2007 muss somit aus fachlicher Sicht entgegengehalten werden, dass diesem kein modernes Rehabilitationsverständnis entsprechend dem SGB IX zugrunde liegt. Entgegen den oben genannten Ausführungen zum SGB IX wird dort insbesondere auf eine fachlich-medizinische Ausrichtung der Behandlung abgehoben. Diese einseitige Hervorhebung steht nicht nur im Gegensatz zur Philosophie des SGB IX, sondern auch zu den Behandlungsleitlinien substanzbezogene Störungen. Auch diese betonen für die so genannte Postakutbehandlung (hier: medizinische Rehabilitation), dass vor dem Hintergrund eines bio-psycho-sozialen Bedingungsgefüges der Entstehung und Aufrechterhaltung alkoholbezogener Störungen motivationsfördernde und kompetenzerhöhende Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Abstinenz, zur Verringerung des Konsums bei schädlichem Gebrauch und zur Linderung oder Behebung psychischer und

somatischer Störungen sowie sozialer Folgen indiziert sind (vgl. Schmidt, Gastpar et al.: Evidenzbasierte Suchtmedizin - Behandlungsleitlinie substanzbezogene Störungen, Köln 2006, S. 57). Von daher liegt einem modernen Rehabilitationsverständnis ein umfassender Behandlungsauftrag zugrunde, der nur durch ein interdisziplinär besetztes Behandlungsteam unter Berücksichtigung der in § 26 SGB IX genannten Bestandteile der Leistungen realisiert werden kann. Im § 4 Abs. 2 der Rehabilitationsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses heißt es dazu: „Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stützen sich inhaltlich auf die rehabilitationswissenschaftlichen Erkenntnisse und Definitionen von Zielen, Inhalten, Methoden und Verfahren der ambulanten und stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach den Prinzipien Finalität, Komplexität, Interdisziplinarität und Individualität.“

Von daher müssen ärztliche Leistungen keineswegs im Vordergrund stehen, vielmehr sind diese eingebettet in einen am Einzelfall orientierten Gesamtbehandlungsplan.

Schlusswort:

Auf der Grundlage der genannten Ausführungen halten wir es für wichtig, dass die Verfahrensabsprache der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger zur Adaptionphase bei Abhängigkeitskranken vom 8. März 1994 weiterhin Bestand hat. Abschließend heben wir in diesem Zusammenhang hervor, dass laut unseren Erhebungen eine Leistungsträgerschaft der Krankenversicherung für Adaptionleistungen aufgrund der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen lediglich in ca. 5 % der Fälle gegeben ist.

Auch aus ökonomischen Gründen lohnt sich die Adaptionphase - und dies insbesondere für die Krankenkassen, da die Folgekosten einer weiteren Chronifizierung der Abhängigkeitserkrankung, verbunden mit den damit in Zusammenhang stehenden somatischen Folgeerkrankungen sowie „Drehtüreffekten“ (z.B. durch wiederholte Entzugsbehandlungen) die Behandlungskosten für die medizinische Rehabilitationsleistung bei weitem übersteigen.