

## **Position des Fachverbandes Sucht e.V. zur leistungsrechtlichen Zuständigkeit der Krankenkassen für die Adaptionphase bei Abhängigkeitserkrankungen**

### **These 1**

#### **Die Adaptionphase ist fester Bestandteil des Gesamttherapiekonzeptes, welches die stationäre Entwöhnungsbehandlung (Phase 1) und die Adaptionphase (Phase 2) umfasst.**

Die Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger haben in einer gemeinsamen Verfahrensabsprache zur Adaptionphase bei Abhängigkeitskranken vom 08.03.1994 die Voraussetzungen und Inhalte sowie die Leistungszuständigkeiten im einzelnen geregelt.

Demnach ist für Abhängigkeitskranke - dies gilt insbesondere für Drogenabhängige - im Rahmen der stationären Entwöhnungsbehandlung häufig eine Adaptionphase erforderlich, in der der Patient weiter stabilisiert werden soll. Der Patient soll in dieser Phase lernen, im gewissen Umfang sein Leben selbständig zu gestalten bzw. einzuteilen.

Die Adaptionphase umfasst

- eine Öffnung nach außen
- Anregungen, den Tagesablauf selbst zu strukturieren
- Bewährung und Erprobung der Fähigkeiten unter Alltagsbedingungen
- Erarbeitung einer eigenverantwortlichen Lebensführung mit begleitenden Hilfen
- Erlangen der Fähigkeit, im gewissen Umfang das eigene Leben selbständig zu gestalten und die Zeit einzuteilen

Die grundsätzlichen Ziele entsprechen den im § 4 SGB IX genannten Zielsetzungen der Leistungen zur Teilhabe, denn es geht darum

- die weitere Chronifizierung der Erkrankung abzuwenden, ihre Verschlimmerung zu verhüten und ihre Folgen zu mildern
- Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden
- die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechenden Neigungen und Fähigkeiten zu sichern und
- die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmende Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Die Adaptionphase steht im engen Zusammenhang mit der zuvor erfolgten Entwöhnungsbehandlung. Sie kann sowohl in einer Entwöhnungseinrichtung selbst als interne Adaption oder in einer externen Einrichtung durchgeführt werden. Die Regelungen beziehen sich grundsätzlich auf die Entwöhnungsbehandlung für Drogenabhängige, für den Bereich der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit besteht bislang keine generelle Aussage zur Kostenübernahme. Vielmehr wird hier die Entscheidung im Einzelfall getroffen. Diese unterschiedliche Beurteilung ist aus Sicht der betroffenen Menschen sowie der Behandler kritisch zu sehen, denn entscheidend für die Notwendigkeit einer Adaptionphase sollte der vorhandene

Behandlungsbedarf sein. Hierzu wurden in der Verfahrensabsprache von 1994 bereits Kriterien als Orientierungshilfe genannt.

Diese lauten:

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 (bzw. Anmerkung aus Sicht der Behandler: lebt in einer ungesicherter Wohnsituation)
4. Eine langjährige Suchterkrankung mit schweren psychosozialen Störungen liegt vor.

Diese Kriterien liegen sicherlich für Drogenabhängige eher im Regelfall vor, bei alkohol- und medikamentenabhängigen Menschen ist die Gruppe mit entsprechendem Behandlungsbedarf sicherlich deutlich kleiner.

Hingewiesen sei ferner darauf, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen bereits im Vorfeld des Abschlusses der Verfahrensabsprache zur Adaptionphase bei Abhängigkeitserkrankungen um eine Stellungnahme des MDK gebeten hatten. In dieser Stellungnahme des MDK-Hessen vom 15.09.1993 wird zum einen bestätigt, dass es sich bei der Adaptionphase um eine medizinische Rehabilitationsleistung handelt und des weiteren, dass diese in einer internen und externen Adaptionseinrichtung durchgeführt werden kann.

## **These 2**

### **Erhebungen der Adaptionseinrichtungen zeigen, dass in den Adaptionseinrichtungen die „richtigen“ Patienten mit entsprechendem Behandlungsbedarf behandelt werden.**

Eine einrichtungsübergreifende Erhebung der Adaptionseinrichtungen im Fachverband Sucht e.V. (N = 837 Patienten) des Entlassjahrgang 2007 aus 13 Adaptionseinrichtungen zeigt, dass hohe Maß der Qualifizierung der Patienten und deren erheblich belastende Lebenssituation:

- So verfügen die Patienten nur über eine geringe soziale Einbindung, 2/3 sind allein stehend.
- Lediglich 40 % hatten vor der Behandlung eine eigene Wohnung, deren Wohnsituation war jedoch oft sehr belastend und beispielsweise durch die Nähe zum Milieu rückfallgefährdend, so dass die Patienten die Wohnung und das Umfeld verlassen müssen.
- 87 % der Patienten sind arbeitslos mit ALG I- und ALG II-Bezug oder „sonstige Nichterwerbspersonen“, also in der Regel Sozialhilfeempfänger.
- Ca. 78 % sind problematisch verschuldet, bei diesen Personen ist es notwendig in der Adaption Maßnahmen zur Schuldenregulierung einzuleiten und fortzuführen.
- Über die Hälfte der Patienten sind mehr als 10 Jahre abhängig. Fast die Hälfte der Patienten hat vor der Adaption bereits drei und mehr Entzugsbehandlungen durchlaufen. Bei einem erheblichen Anteil liegen neben der Abhängigkeitserkrankungen zusätzliche psychiatrische Störungen vor.

Die Patienten werden in der Regel (ca.85 %) von den Suchtkliniken, in denen unmittelbar vorher eine Entwöhnungsbehandlung stattgefunden hat, an die Adaptionseinrichtungen vermittelt.

Somit ist davon auszugehen, dass in der Praxis die entsprechenden Kriterien, welche in der Verfahrensabsprache genannt sind, Anwendung finden.

Überwiegender Leistungsträger sind nach Erhebungen des FVS die Rentenversicherungen in 93 % der Fälle. Es folgen mit großem Abstand die Sozialhilfeträger bzw. Jugendämter und die Krankenversicherungen, deren Anteil in den verschiedenen Einrichtungen bei 3 - 5 % liegt.

### These 3

#### **Die Adaptionseinrichtungen erfüllen entsprechende personelle und konzeptionelle Anforderungen, welche aus einem modernen Rehabilitationsverständnis (s. SGB IX, ICF) abzuleiten sind.**

Ein modernes Rehabilitationsverständnis, welche die Förderung der Teilhabe in den Mittelpunkt rückt, ist auch für die Krankenkassen maßgebend. So heißt es im Vorwort der „Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation“ des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen von Oktober 2005 „Die kurative Medizin allein reicht immer weniger aus, um den Folgen chronischer Krankheiten entgegenzuwirken. Vorsorge - und Rehabilitationsleistung 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 Wechselwirkung erläutert. Auch in den Rehabilitationsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16.03.2004 finden sich entsprechende Ausführungen.

Von daher handelt es sich bei der medizinischen Rehabilitation um eine Komplexleistung, die von verschiedenen Berufsgruppen erbracht wird. Dem entsprechen auch die Anforderungen, welche hinsichtlich der personellen Besetzung einer Adaptionseinrichtung im Rahmenkonzept für die Adaptionsphase der Deutschen Rentenversicherung genannt sind:

Demnach muss

- ein Arzt in der Einrichtung verantwortlich mitarbeiten,
- die Einrichtung über qualifizierte Sozialarbeiter/Sozialpädagogen verfügen, welche die Betreuung sicherstellen,
- entsprechendes Fachpersonal für die begleitenden einzel- und gruppentherapeutischen Leistungen vorbehalten werden,
- für diejenigen Versicherten, die nicht an einem externen Programm (z.B. Arbeitsprogramm, Arbeitspraktikum) teilnehmen, ein Arbeitstherapeut vorhanden sein
- und natürlich auch der Bereich Verwaltung personell abgedeckt sein.

### These 4

#### **Das Urteil des Bundessozialgerichts vom 26.06.2007 stellt der Bewertung des Fachverbandes Sucht e.V. ein Einzelfallurteil dar, dem kein modernes Rehabilitationsverständnis entsprechend dem § SGB IX zugrunde liegt.**

Im Unterschied zum vorherigen Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz hat das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 26.02.2007 die Leistungszuständigkeit für die Adaptionsbehandlung einer heroinabhängigen Familienversicherten nicht bei der Krankenkasse, sondern beim Sozialhilfeträger gesehen. Nach Auffassung des BSG besteht die Aufgabe der GKV auch nach Inkrafttreten des § SGB IX allein in der medizinischen Rehabilitation nach Maßgabe des § SGB V, also der möglichst weitgehenden Wiederherstellung der Gesundheit und der Organfunktionen, einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolges, um ein selbstständiges Leben führen und die Anforderungen des Alltags meistern zu können. Eine darüber hinausgehende berufliche oder soziale Rehabilitation bleibt damit - so die Argumentation - Aufgabe anderer Sozialleistungssysteme. Im vorliegenden Fall habe die Versicherte im Rahmen der Adaption überwiegend Hilfen arbeits- und sozialtherapeutischer Art sowie Psychotherapie erhalten. Ärztliche Interventionen seien nicht erforderlich gewesen und es erfolgte keine Pharmakotherapie.

Dem muss aus fachlicher Sicht entgegengehalten werden, dass dieser Beurteilung kein modernes Rehabilitationsverständnis entsprechend dem § SGB IX zugrunde liegt. Denn medizinische Rehabilitation ist eine Komplexleistung, die sich aus verschiedenen Bestandteilen zusammensetzt und sich am individuellen Bedarf ausrichtet. Gerade bei Abhängigkeitserkrankungen sind die im § 26 Abs. 3 SGB IX als Bestandteil der medizinischen Rehabilitation genannten Leistungen wie „Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz“, „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. Auch in den Behandlungsleitlinien substanzbezogener Störungen wird auf die Notwendigkeit einer umfassenden Behandlung abgehoben. Dieser umfassende Behandlungsauftrag ist nur durch ein interdisziplinär besetztes Behandlungsteam zu realisieren. Von daher müssen im Einzelfall keineswegs ärztliche Leistungen im Vordergrund stehen, vielmehr sind diese eingebettet in einen am Einzelfall orientierten Gesamtbehandlungsplan.

Wir verweisen des weiteren darauf, dass es sich nach Einschätzung des Fachverbandes Sucht um ein Einzelfallurteil des BSG handelt, zumal die Versicherte aus der vorangegangenen Entwöhnungsbehandlung wohl unsachgemäß planmäßig entlassen wurde und dies im Antrag auf Bewilligung einer Adaptionleistung nicht als Wechsel der Behandlungsform bezeichnet wurde. Von daher lagen wohl keine formalen Anhaltspunkte dafür vor, dass die entsprechenden Ziele der medizinischen Rehabilitationsleistung nicht bereits in der Entwöhnungsphase bereits erreicht worden sind.

## **These 5**

### **An der Verfahrensabsprache der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger zur Adaptionphase bei Abhängigkeitserkrankungen vom 08.03.1994 sollte festgehalten werden.**

Derzeit wird die Frage der Zuständigkeit für die Adaptionphase von den verschiedenen Krankenkassen unterschiedlich bewertet. Während insbesondere der AOK Bundesverband und seine Landesverbände dem BSG-Urteil eine grundsätzliche Bedeutung zumessen, gehen der Vdek und der Bundesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen von einer Entscheidung des BSG zu einem konkreten Einzelfall aus und sehen die Adaptionbehandlung weiterhin als Bestandteil der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker an. Damit besteht derzeit eine Rechtsunsicherheit hinsichtlich des Anspruches von Versicherten innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen hinsichtlich der leistungsrechtlichen Zuständigkeit für die Adaptionphase. Der FVS geht weiterhin von einer generellen Zuständigkeit der Krankenkassen aus und empfiehlt, den Antrag zur Adaptionbehandlung an den entsprechenden Leistungsträger, der auch für die Entwöhnungsbehandlung (Phase 1) zuständig ist, zu stellen. Dieser muss nach § 14 SGB IX bei vorhandenem Rehabilitationsbedarf den Antrag, sofern er sich nicht als zuständig betrachtet, an den aus seiner Sicht zuständigen Leistungsträger weiterleiten. Dies hat innerhalb der entsprechenden Fristen zu erfolgen. Der zweitangegangene Leistungsträger hat - auch wenn er sich für nicht zuständig hält - im Rahmen der vorgegebenen zeitlichen Fristen entsprechend zu leisten. Er hat die Möglichkeit seinen Erstattungsanspruch bei dem nach seiner Sicht zuständigen Leistungsträger anzumelden. Es ist von daher zu erwarten, dass weitere gerichtliche Auseinandersetzungen hinsichtlich der Zuständigkeit der Leistungsträger folgen werden. Damit ist auch davon auszugehen, dass sich das Bundessozialgericht zukünftig mit weiteren Einzelfällen zu befassen haben wird.

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