

Adaption als Leistung der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Peter Schay, Herne

Vorbemerkung

In der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker geht es insbesondere um die Behandlung der Folgen, die die Sucht erzeugt hat. Nicht das persönliche Problem >Krankheit< steht im Fokus, sondern der Fokus ist zu legen auf die komplexe Konstellation von Umständen, von denen die meisten erst durch das soziale Umfeld geschaffen worden sind. D.h.

- die Behandlung Abhängigkeitskranker muß insbesondere Behandlungsstrategien berücksichtigen, über die der Patient seine Einstellungen und sein Verhalten hinterfragen und ändern kann.
- in der Suchtrehabilitation bestehen spezifische Erfordernisse für Patienten mit geringen beruflichen (Wieder-) Eingliederungschancen.

„Rehabilitation soll chronischen Erkrankungen vorbeugen, die Arbeitskraft chronisch Kranker soweit als möglich wiederherstellen und erhalten, Behinderungen ... durch funktionsbezogenes Training beheben oder mindern und Verhaltensstörungen oder Abhängigkeitserkrankungen u.a. durch psycho- und verhaltenstherapeutische Maßnahmen soweit beseitigen, daß den Patienten eine aktive Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben wieder möglich wird. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gehören gem. § 5 SGB IX zu den Leistungen zur Teilhabe. Rehabilitationsleistungen werden von verschiedenen Leistungsträgern erbracht. Träger der medizinischen Rehabilitation sind gem. § 6 SGB IX:

- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung
- die gesetzlichen Krankenkassen
- ...
- die Träger der Sozialhilfe“ (*Borges et al. 2006*).

Für Patienten, für die nach ihrer stationärer Entwöhnung noch eine Rückfallgefahr besteht, ist grundsätzlich eine weiterführende Behandlung (→ Adaptionphase) sinnvoll und notwendig.

Katamnestiche Untersuchungen (vgl. *Sonntag, Künzel 2000, Fischer et al. 2007*) belegen übereinstimmend, daß für den überwiegenden Teil der Patienten nach stationärer Entwöhnung eine erhebliche Rückfallgefahr gegeben ist, d.h. 46,1% werden in den ersten 4 Wochen nach Behandlungsende und 71,1% werden in den ersten 3 Monaten nach Behandlungsende rückfällig. Zufrieden sind die Patienten nach stationärer Entwöhnung mit ihrem Umgang mit Suchtmitteln und ihrem Gesundheitszustand. Stark unzufrieden sind sie mit ihrer finanziellen Situation und ihrer beruflichen/schulischen Situation.

Dies zeigt deutlich, daß für einen erheblichen Anteil der Patienten nach stationärer Entwöhnungsbehandlung die Adaptionphase eine geeignete und notwendige Maßnahme ist, um den Erfolg der medizinischen Rehabilitation sicherzustellen.

Vor diesem Hintergrund ist es mit großer Sorge zu betrachten, daß in den zurückliegenden Jahren Leistungsträger (Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, gesetzliche Krankenkassen) und Leistungserbringer (stationäre Entwöhnungseinrichtungen) in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker nicht mehr in ausreichendem Maße darauf hinwirken, daß die Patienten nach ihrer stationären Entwöhnungsbehandlung die Adaption als Phase II der medizinischen Rehabilitation für sich nutzen können.

Die Adaptionphase als Maßnahme der medizinischen Rehabilitation im Sinne der kranken- und rentenversicherungsrechtlichen Bestimmungen

Die Adaptionseinrichtungen erbringen seit Anfang der 80er Jahre Leistungen der medizinischen Rehabilitation und arbeiten unter ständiger ärztlicher Verantwortung.

Die LVA Westfalen und der Landschaftsverband Westfalen Lippe (LWL) haben sich am 09.12.87 darauf geeinigt, daß der LWL in Vorleistung tritt, Musterstreitverfahren geführt werden und eine endgültige Entscheidung über den zuständigen Leistungsträger nach dem Vorliegen einer höchst-

richterlicher Entscheidung getroffen wird und mit den Einrichtungen eine Vereinbarung gem. § 15 Abs. 2 SGB VI 1992 abgeschlossen.

Nachdem der 13. Senat des BSG nach mehreren Urteilen des 5. Senats am 23.04.92 entsprechende Urteile gefällt hat, hat die LVA Westfalen auf der Grundlage dieser Rechtsprechung ab dem 01.07.1993 die Behandlung in einer Adaptionseinrichtung als Leistung der medizinischen Rehabilitation finanziert (Az.: 13 RJ 27/91, 13 RJ 25/91, 5 RJ 76/88).

Die BFA, die regionalen Rentenversicherungsträger und die Bundesknappschaft haben diese Rechtsauffassung übernommen.

Der LWL hat die Kosten in den Fällen übernommen, wenn kein Anspruch gegenüber der Renten- und Krankenversicherung bestand.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger haben sich am 08.03.1994 ergänzt durch eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes vom 15.09.1993 darauf verständigt, daß die Adaptionsphase als letzte Phase der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation integraler Bestandteil der stationären Entwöhnung ist, in der durch eine allmähliche Verringerung der Therapie die Stabilisierung und Verselbständigung des Patienten erreicht werden soll.

Soweit die Einrichtungen in den zurückliegenden Jahren Anträge bei der zuständigen Regionaldirektion der Krankenkassen auf Abschluß eines Versorgungsvertrages gem. § 111 SGB V gestellt haben, sind diese abgelehnt bzw. bis heute noch nicht entschieden worden.

Für Einrichtungen, die bereits vor dem 01.01.1989 stationäre medizinische Leistungen für die Krankenkassen erbracht haben, gilt gem. § 109 Abs. 3 SGB V ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen.

§ 107 SGB V definiert die Voraussetzungen, die von Einrichtungen i.S. dieses Gesetzes erfüllt werden müssen. Die Kriterien gem. Abs. 2 werden von den Adaptionseinrichtungen erfüllt, da

1. die stationäre Behandlung den Patienten dient,
 - um eine Schwächung der Gesundheit zu beseitigen,
 - um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung entgegenzuwirken,
 - um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
 - den in einer Vorbehandlung erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen
 2. die Einrichtung
 - fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung steht,
 - unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dipl. Psychologe, Dipl. Sozialarbeiter/-pädagoginnen und Dipl. Pädagogen mit psychotherapeutischer/sucht-spezifischer Zusatzausbildung nach den Empfehlungen des VDR) den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte hilft
- und
3. die Patienten in der Einrichtung untergebracht und gepflegt werden.

Mit dem Gesundheitsreformgesetz vom 01.10.1989 ging es dem Gesetzgeber offenbar um eine Gleichbehandlung der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, so daß sich seit 1989 die Zahl der mit Versorgungsverträgen ausgestatteten Rehabilitationseinrichtungen deutlich erhöht hat. Bedauerlicherweise haben die Krankenkassen auch bei den Adaptionseinrichtungen, die bereits vor dem 01.01.1989 nachweisbar medizinische Leistungen für die Krankenkassen erbracht haben, den Abschluß eines Versorgungsvertrages, der nach dem Gesetzestext eigentlich als abgeschlossen gilt, bisher abgelehnt.

Wenn wir uns vergegenwärtigen, daß die Rentenversicherungsträger davon ausgehen, daß bei der Indikation „Alkohol“ der Anteil der Patienten, für die die Adaptionsphase notwendig ist, bei mind. 25 % liegt und bei der Indikation „Drogen“ der überwiegende Teil der Patienten sinnvollerweise die Phase II der medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen muß, ist es ein untragbarer Zustand, daß es die Gesundheitsminister bis heute unterlassen haben - obwohl gem. § 208 SGB V die Rechtsaufsicht bei der obersten Verwaltungsbehörde des Landes liegt -, die Krankenkassen „anzuweisen“, mit den Einrichtungen Versorgungsverträge abzuschließen und damit dafür Sorge zu tragen, daß jeder Rehabilitand alle notwendigen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen kann.

Vor dem Hintergrund der Entscheidungen des *Bundessozialgerichtes* vom 26.06.2007 und des *Landessozialgerichtes Mainz* vom 19.10.2006 wird die Situation für die Adaptionseinrichtungen

zunehmend problematisch: „... die Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung (besteht) auch nach Inkrafttreten des SGB IX allein in der medizinischen Rehabilitation, also der möglichst weit gehenden Wiederherstellung der Gesundheit ... einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolges, um ein selbständiges Leben führen und die Anforderungen des Alltages meistern zu können“ (*Bundessozialgericht* 2007). „Die somit erstrebte Sicherung des Erfolgs der Entzugsbehandlung dient letztlich der Heilung der Suchtkrankheit und wird auch in Fachkreisen als Bestandteil der medizinischen Rehabilitation gewertet. Daß darüber hinaus die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, das Training lebenspraktischer Fertigkeiten und die Planung und Einübung eines prognostisch hilfreichen aktiven Freizeitverhaltens angestrebt (werden), steht der Qualifikation als medizinische Rehabilitationsmaßnahme im krankenversicherungsrechtlichen Sinne nicht entgegen, sondern ist für eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme als interdisziplinäre Komplexmaßnahme typische“ (*Landessozialgericht Mainz* 2006).

Im Kern der Diskussion steht die Frage, ob es sich bei einer Adaptionenmaßnahme um eine aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsleistung, die der Sicherung des Erfolges der Entzugsbehandlung und damit der Heilung der Suchtkrankheit dient, und ob diese ärztlich verantwortet wird, d.h. die Einrichtung muß „in organisatorischer, institutioneller Hinsicht „fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung“ (stehen) und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet (sein), den Gesundheitszustand des Patienten „nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich ... Bewegungstherapie ... oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen. Es muß also feststellbar eine planmäßige ärztliche Behandlung erfolgen, d.h. es müssen grundsätzlich Anhaltspunkte dafür gegeben sein, daß mit der Entwöhnungsbehandlung die Ziele der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme (hier: Entwöhnung) nicht erreicht werden konnten und es im unmittelbaren Anschluß (z.B. wegen Scheiterns der Entwöhnung) unmittelbar einer weiteren medizinischen Rehabilitationsmaßnahme i.S. von § 40 SGB V bedarf, wie es § 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V fordert“ (*Bundessozialgericht* 2007).

Bereits in seinem Urteil vom 23.04.1992 hat das BSG zu der von der LVA Westfalen geforderten *ärztlichen Mitwirkung* in der medizinischen Rehabilitation ausgeführt: Die Aufgabe der Rentenversicherungsträger wird durch das Ziel definiert, die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu bessern oder wiederherzustellen. Eine Beschränkung auf bestimmte Arten von Rehabilitationsleistungen ist dabei nicht vorgesehen.

Nach dieser Rechtssprechung werden medizinische Leistungen zur Rehabilitation nicht durch einen Leistungskatalog, sondern durch das Ziel bestimmt.

Dementsprechend werden in den Adaptionseinrichtungen unter ärztlicher Verantwortung Leistungen

- zur Heilung, Besserung und Verhütung der Verschlimmerung der Krankheit,
- zur Wiederherstellung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit und
- zur sozialen Eingliederung

erbracht.

Zielgruppen

Aufgenommen werden abhängigkeitskranke Frauen und Männer aller Nationalitäten und Kulturen (deutsche Sprachkenntnisse sind erforderlich), Jugendliche, Paare, Alleinerziehende/Paare (im Einzelfall auch mit Kindern) - entsprechend der Klassifizierung nach ICD-10/DSM-IV. Im Sinne der integrierten Behandlung nehmen wir alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Patienten auf. Im Regelfall werden die Patienten im Anschluß an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung aufgenommen. Das Mindestalter beträgt 18 Jahre. Eine Altersbegrenzung nach oben gibt es nicht.

Merkmale der Patientengruppen, die im Behandlungskontext ggf. zu berücksichtigen sind:

- Soziale, persönliche und berufliche Integrationsschwierigkeiten, Defizite, Störungen, mangelnde Beziehungsfähigkeit, psychosomatische Erkrankungen, Traumatisierungen, Konflikte, niedrige Frustrationstoleranz, Impulsivität und mangelnde Steuerungsfähigkeit, reduzierte Erlebnisfähigkeit, fehlende Sinn- und Wertorientierung bei einer insgesamt instabilen und schwachen Persönlichkeitsstruktur.
- Arbeitslosigkeit, Konsumorientierung, gesellschaftliche und individuelle Orientierungs- und Perspektivlosigkeit, damit zusammenhängende Existenzängste und allgemeine Verunsicherung sowie die Kriminalitätsbelastung.
- Verdinglichung und Entfremdung als Konsequenz der Lebensbedingungen in der modernen Industriegesellschaft, Spaltung zwischen Person und Körper aufgrund komplexer Sozialisationschäden.

Grundvoraussetzungen

Grundvoraussetzung für eine Aufnahme ist neben dem Abstinenzwunsch die Motivation der Patienten, sich mit therapeutischer Unterstützung einen Rahmen für eine suchtfreie und sozial abgesicherte Zukunft zu erarbeiten und aufzubauen.

Die Patienten müssen

- über "Krankheitseinsicht" verfügen;
- die Bereitschaft haben, sich auf eine therapeutische Beziehung und eine Auseinandersetzung mit sich selbst einzulassen;
- zur vollstationären medizinischen Rehabilitation motiviert sein;
- die Grundregeln, die in Behandlungsprogramm und Hausordnung festgelegt sind, akzeptieren.

Formale Aufnahmevoraussetzungen

(1.) Der Entlassungsbericht der vorbehandelnden Einrichtung soll bei Aufnahme vorliegen, damit bereits mit Beginn der Maßnahme die spezifischen Indikationen des Patienten möglichst umfassend bekannt sind sowie (2.) die Leistungszusage des zuständigen Leistungsträgers.

Allgemeine Indikationen

Im Rahmen der Leistungen der stationären medizinischen Rehabilitation (hier: Phase 2 der medizinischen Rehabilitation) werden Patienten mit einer Abhängigkeit von legalen und illegalen Suchtmitteln (in substanzspezifischer und polytoxikomaner Ausprägung) behandelt (Erstdiagnose gem. ICD 10: F10, F11, F12, F13, F14, F15, F16, F17, F18, F19).

Kontraindikationen

1. psychiatrisch: akute Psychosen/akute Suizidgefährdung (Patienten, deren psychotische Erkrankung eine vollständige Remission (gem. ICD 10: F 20.x5) aufweisen, werden aufgenommen). Patienten mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung (F60.2), können nur aufgenommen werden, wenn die Therapiefähigkeit vom lfd. Arzt der Einrichtung festgestellt wird und keine massiven Gewalt- oder Sexualdelikte vorliegen.
2. somatisch: schwere körperliche Behinderungen und chronischen Erkrankungen, die die Teilnahme an der normalen Tagesstruktur über längere Zeiträume weitgehend ausschließt; Aids-Erkrankung im Finalstadium.
3. kognitiv: schwere Einschränkung der Wahrnehmung, der intellektuellen Fähigkeiten oder geistige Behinderung.

Spezifische Indikationen/Komorbidität

Sofern als Erstdiagnose eine unter den allgemeinen Indikationen aufgeführte Abhängigkeitserkrankung von legalen/illegalen Suchtmitteln vorliegt, ist die Einrichtung insbesondere auf die Mitbehandlung folgender Diagnosen ausgerichtet:

1. in Sonderheit (traumabedingte) Angststörungen (ICD-10: F4), Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
2. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen: in Sonderheit Dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.2), Borderline-Persönlichkeitsstörung (F60.31), Histrionische Persönlichkeitsstörung (F60.4), Ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (F60.6), Abhängige Persönlichkeitsstörung (F60.7), Narzißtische Persönlichkeitsstörung (F60.8), Kombinierte und sonstige Persönlichkeitsstörungen (F61), Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F19.71)
3. Störungen des Sozialverhaltens (ICD-10: F92.0), Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (F90.0, F98.8)

Inhalte und Ziele der Adaptionphase

(Phase II der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker)

Adaption - Regeltherapiedauer 13 (Indikation: Alkohol) bzw. 17 (Indikation: Drogen) Wochen, die nach insbesondere medizinischen Aspekten bewilligt wird, ist Bestandteil der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker gem. den Bestimmungen der SGB V, VI, IX und XII in der Leistungsträgerschaft der Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und Sozialhilfeträger.

Entsprechend § 107 Abs. 2, Pkt. 1b SGB V und der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 bestehen als Ziele, Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, bereits erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, 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.

Die psychotherapeutischen Behandlungselemente der medizinischen Rehabilitation werden in dieser Phase ergänzt durch die Arbeit zur Erreichung der beruflichen und sozialen (Wieder-) Eingliederung.

Während aus Sicht der Krankenversicherung (SGB V) die Rehabilitation darauf abzielt, einer drohenden Behinderung vorzubeugen, sie zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, hat die Rehabilitation aus Sicht der Rentenversicherung (SGB VI) das Ziel,

- den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Patienten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch
- Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Patienten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern.

Die Leistungen des Rentenversicherungsträgers sind also auf die Erhaltung bzw. Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit des Patienten abgestellt.

Gem. § 13 SGB VI stimmen sich die Träger der Rentenversicherung und die Spitzenverbände der Krankenkassen über Einzelheiten zur Durchführung der Leistungen zur medizinischen und sozialen Rehabilitation ab.

Zwar stehen die medizinischen Rehabilitationsleistungen gem. SGB V + VI unter unmittelbarer ärztlicher Verantwortung/Leitung, überwiegend wird das Rehabilitationsziel jedoch durch die Tätigkeit des nichtärztlichen Heilpersonals erreicht (vgl. *Haufe* 2006).

Das SGB IX verdeutlicht den umfassenden Teilhabebedarf, dem Leistungen zur Rehabilitation dienen. Die Leistungen des SGB IX zielen darauf ab:

- „eine Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder die Folgen zu mildern,
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, (...)
- die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
- die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbst bestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern“ (*Weissinger, Missel* 2006, 54).

In der Adaptionsphase werden die in der „intensivstationären“ Therapiephase I (= Fachklinik) erreichten „Erfolge“ in der Alltags- und Arbeitsrealität erprobt und stabilisiert.

Die Rehabilitations-/Behandlungsangebote müssen „indikationsbezogen, bedarfsgerecht, patientenorientiert und mit einer hohen Qualität“ (*Weissinger, Missel* 2006, 50) erbracht werden. „Die Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist „als Komplexbehandlung angelegt; sie verknüpft regelmäßig medizinische, psychotherapeutische, psychosoziale, arbeitsbezogene, soziotherapeutische und weitere Leistungen miteinander“ (*Weissinger, Schneider* 2006, 4).

Um den Patienten die Möglichkeit zu geben, sich mit diesem umfassenden Leistungsangebot der Adaptionsphase in den Alltag integrieren zu können, sind dabei von besonderer Bedeutung:

- (Weitere) Stabilisierung und Vertiefung der Krankheitseinsicht und Festigung der Abstinenzentscheidung und -fähigkeit.
- Stabilisierung in der Konfrontation mit der Alltagsrealität, Realitätsprüfung und Zukunftsplanung.
- Entwicklung persönlicher und sozialer Kompetenzen, wie Erhöhung der Frustrationstoleranz, Erhöhung der Konfliktfähigkeit, Training eines angemessenen Abgrenzungsverhaltens gegenüber konsumierenden Menschen bzw. schwierigen Situationen, in denen Suchtmittel konsumiert werden.
- Erhöhung des Selbstwirksamkeitspotentials durch Stärkung von Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen, Entwicklung pragmatischer Problemlösungsstrategien (Rückfallprävention u.a.).
- Förderung von konstruktiven Konfliktlösungsstrategien, Erlernen von Streßbewältigungstechniken.
- Entwicklung einer beruflichen Perspektive, Heranführung an den beruflichen Alltag, berufliche und soziale Integration vor Ort/in der Region (s.a. Berufliche (Wieder-) Eingliederung).
- Förderung der sozialen Integrationsfähigkeit.
 - Training lebenspraktischer Fertigkeiten (Haushaltsführung, Ernährung).
 - Erarbeitung und Umsetzung einer sinnvollen Freizeitgestaltung.

- Aufbau tragfähiger und funktionierender Kontakte (soziales Kompetenztraining/ soziale Netzwerkarbeit).
- Entwicklung eines (bewegungs-)aktiven Lebensstils, Steigerung der körperlichen Vitalität.
- Erstellung/weitere Bearbeitung eines Schuldenregulierungsplanes.
 - Erstellung einer Übersicht über die bestehenden Verbindlichkeiten und sozialverträgliche Absprachen mit den Gläubigern.

Die psychotherapeutischen Behandlungselemente werden in der Adaptionphase ergänzt durch die Arbeit zur Erreichung der sozialen und beruflichen (Wieder-) Eingliederung. Die dabei angebotene Unterstützung muß auf die spezifische Situation jedes Einzelnen abgestimmt werden.

Die äußere Struktur der Adaptionseinrichtung und die Behandlungsinhalte bestimmen den Alltag und die persönliche Situation des Patienten. Die Adaptionphase gewährleistet eine Behandlung der Abhängigkeitserkrankung auf hohem fachlichen Niveau und auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse.

Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (Berufliche Integration)

Bei der Adaptionmaßnahme handelt es sich um eine aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsleistung im Sinne der kranken- und rentenversicherungsrechtlichen Bestimmungen.

Eine Adaptionmaßnahme ist notwendig, wenn bei Abhängigkeitskranken die stationäre Entwöhnungstherapie aufgrund der spezifischen Auswirkungen und Folgen der Abhängigkeit zum Erreichen des Rehabilitationsziels nicht ausreicht, insbesondere bei erheblicher Rückfallgefährdung, z.B. durch Wohnungs- und Arbeitslosigkeit. Sie dient der Erprobung, ob der Versicherte unter Alltagsbedingungen den Anforderungen des Erwerbslebens und der eigenverantwortlichen Lebensführung gewachsen ist (*Landessozialgericht Mainz 2006*).

Unter Berücksichtigung dieser Gegebenheiten werden als Schritte zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (beruflichen Integration) mit den Patienten folgende Punkte erarbeitet:

- Entwicklung einer beruflichen Perspektive
 - Prüfung der persönlichen Voraussetzungen
(*Anforderung von Zeugnissen, Bewilligungsbescheiden, Arbeitsnachweisen; Klärung für welche Art von Eingliederungsmaßnahmen die Voraussetzungen gegeben ist*)
Um die Erwartungshaltung der Patienten mit den Möglichkeiten des Arbeitsmarktes zu verbinden, werden die individuellen Voraussetzungen geprüft. Es wird abgeklärt, ob der Patient z.B. umschulungsberechtigt ist oder welche Maßnahmen vorgeschaltet werden müssen, damit er diese Berechtigung erlangt.
- Kontakt zur Agentur für Arbeit/ARGE
(*Arbeitssuchend melden, Termine bei Berufsberatung oder Arbeitsvermittlung*)
Alle Patienten melden sich arbeitssuchend, um die Angebote der Agentur für Arbeit wahrnehmen zu können. Gemeinsame Besuche bei der ARGE und dem Berufs-Informationen-Zentrum (BIZ) finden regelmäßig statt.
- Vermittlung eines berufsorientierenden Praktikums
(*Kontaktaufnahme zu Betrieben und Firmen, Vermittlung von und Begleitung bei Vorstellungsterminen, Abschluß eines Praktikumsvertrages, Reflexionsgespräche*)
Alle Patienten absolvieren ein externes Praktikum, um die Überprüfung der eigenen Fähigkeiten, Fertigkeiten aber auch Grenzen zu gelangen. Berufswünsche und Berufsvorstellungen werden somit in der Berufsrealität überprüft.
Ziel ist eine Heranführung an den Berufsalltag in Form eines Belastungstrainings, sowie die Auseinandersetzung mit den Anforderungen des Berufsalltags (Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit und Leistungsfähigkeit).
- Vermittlung in Maßnahmen
(*Vermittlung in Qualifizierungs-, Feststellungs-, Umschulungsmaßnahmen*)
Die Zuständigkeit liegt bei der örtlichen ARGE, da die Finanzierung einer Maßnahme von dort bewilligt werden muß.
Um die Bewilligung einer Maßnahme zu optimieren ist es wichtig, die Patienten auf den Termin beim Arbeitsvermittler bzw. -berater vorzubereiten. Je genauer die Patienten wissen, welche Maßnahme sie machen wollen (Art und Dauer), desto einfacher ist es für den Vermittler, aktiv zu werden und den Vermittlungsprozeß vorzubereiten.
- Vermittlung in Schulen
(*Anmeldung bei der Berufsschule, Volkshochschule oder Abendschule zum Erlangen eines Schulabschlusses oder zur weiteren schulischen Qualifizierung*)
Die detaillierten Kenntnisse über die unterschiedlichen Bildungsangebote und der enge Kontakt zu den Trägern schulischer Bildung eröffnen zeitnah Möglichkeiten zur Erlangung einer schulischen Qualifikation.

- Hilfe bei Bewerbungen
(Erstellen von Lebenslauf und Bewerbungsschreiben, Bewerbungstraining, Hilfe bei der Stellensuche)
Die Patienten erhalten die notwendigen Hilfestellungen bei schriftlichen Bewerbungsverfahren.
Über ein regelmäßiges Bewerbungstraining wird den Patienten mehr Sicherheit vermittelt, um in Bewerbungsgesprächen erfolgreich sein zu können.

Literatur

- Borges, P., Hofmann, O., Zimolong, A. (2006): Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation, GEBERA-Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH, Member of Deloitte Touche Tohmatsu, Düsseldorf
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (1996): Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Suchtkranken, Frankfurt a.M.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2006): ICF-Praxisleitfaden. Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation, 2. überarb. Aufl., Frankfurt a.M.
- Bundessozialgericht (2007): Terminbericht Nr. 31/07, Urteil vom 26.06.07, Az.: B 1 KR 36/06 R, in: <http://juris.bundessozialgericht.de/cgi-bin/rechtsprechung>
- Fischer, M., Missel, P., Nowak, M., Roeb-Rienas, W., Schiller, A., Schwehm, H. (2007): Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen (Drogenkatamnese) -Teil II: Abstinenz und Rückfall in der Halbjahres- und Jahreskatamnese, in: Sucht Aktuell, Zeitschrift des Fachverbandes Sucht e.V., 14. Jg., Nr. 2, 10/2007, Bonn, 37-46
- Fonagy, P.; Roth, A. (2004): Ein Überblick über die Ergebnissforschung anhand nosologischer Indikationen, in: Psychotherapeutenjournal 3/2004, R. v. Decker Verlag, Heidelberg
- Grigoleit, Hp. (1997): Verfahrensabsprache der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger zur Adaptionphase bei Abhängigkeitskranken vom 08.03.1994, in: Gerkens, K., Meyer, Chr., Wimmer, D. (2007): Handbuch Sucht, Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe GmbH, 25. Lieferung, Bd. III, Kapitel 11, 11.15-1 bis 11.15-15, Loseblattausgabe, 10. Lieferung, Sankt Augustin
- Härter, M., Bengel, J. (2001/4): Epidemiologie psychischer Störungen in der medizinischen Rehabilitation und (2004) Prävalenz und Behandlungsbedürftigkeit komorbider psychischer Störungen, in: <http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/>, 15.10.2006
- Landesozialgericht Mainz (2006): Entscheidung: Urteil vom 19.10.2006, Az.: L 5 KR 50/06, Titel: Kostentragung bei Adaptionmaßnahmen, in: <http://juris3.justiz.rlp.de/rechtspr/displayurteil.asp>
- Männchen, D. (1993): Medizinische Rehabilitation der LVA Westfalen in Übergangseinrichtungen, in: Jagoda, B. (Hrsg.) (1994): Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung - Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen, Tagungsberichte Band 21, Rheinland-Verlag, Köln
- Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (2001): SGB IX, Beck-Texte im dtv, 1. Auflage, München
- Saß, H./Wittchen, H.-U./Zaudig, M. (1998): Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV, 2. verbesserte Auflage, Hogrefe-Verlag, Göttingen
- Schulte-Markwort, M., Marutt, K., Riedesser, P. (2002): crosswalk ICD-10 - DSM IV, Klassifikation psychischer Störungen: eine Synopsi, Hans Huber, Bern
- SGB Office - Gesamtkommentar zum Sozialgesetzbuch (2006): Haufe Office Line, CD-Rom, Version 8.1, 01/2006
- Sonntag, D., Künzel, J. (Hrsg.) (2000): Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluß auf den Therapieerfolg? Sonderheft 2/2000 der Zeitschrift SUCHT. Neuland Verlag, Geesthacht
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (1994): Kriterien zur Bestimmung der Adaptionphase, Rundschreiben der LVA Westfalen. Frankfurt a.M.
- VDR (1994): Leitlinien zur Bestimmung einer ambulanten und/oder stationären Entwöhnungsbehandlung. Frankfurt a.M.
- VDR (1995): Richtlinien, Empfehlungen und Vereinbarungen zur Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Frankfurt a.M.
- VDR (2001): Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 05.05.2001
- VDR (2004): Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation - Checkliste und Manual der qualitätsrelevanten Prozeßmerkmale sowie Therapieziel-Katalog für das Peer Review-Verfahren der Indikationsbereiche Psychische Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen, 7. überarbeitete Auflage, Frankfurt a.M.
- Weissinger, V., Missel, P. (2006): Gesamtkonzept des Fachverbandes Sucht e.V. zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, in: Sucht aktuell, Zeitschrift des FVS, 13. Jg., Nr. 2, 10/2006, Bonn, 44-72
- Weissinger, V., Schneider, R. (2006): Leitlinien und ihre Bedeutung für die Suchttherapie in Deutschland: Statement des Fachverbandes Sucht e.V., in: Sucht aktuell, Zeitschrift des FVS, 13. Jg., Nr. 2, 10/2006, Bonn, 4-7