

Neue Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen

Das Thema „Neue Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung“ wird nachfolgend zum einen aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland (s.1.) und zum anderen aus der Sichtweise von 4 Kliniken (s. 2.), welche an der Umsetzung des Modellprojektes beteiligt waren, dargestellt.

1. Rehabilitation effizient und rentabel Neue Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung

Roland Retzlaff; Dr. Martina Hildebrandt; Monika Bechmann; Dr. Ina Ueberschär – 2009

I. Einleitung

„Es ist schwieriger, eine vorgefasste Meinung zu zertrümmern, als ein Atom.“

Albert Einstein

Die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland ist in den Regionen Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen mit über zwei Millionen aktiv Versicherten der zweitgrößte regionale Rentenversicherungsträger in Deutschland.

Für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe stehen ihr im Jahr 2009 über 385 Millionen Euro zur Verfügung. Davon entfallen über 43 Millionen Euro auf Entwöhnungsbehandlungen. Ein Großteil der 43 Millionen Euro wird für stationäre Alkoholentwöhnungsbehandlungen ausgegeben. Vergleicht man diesbezüglich die vier größten regionalen Rentenversicherungsträger, dann hat im Jahr 2008 die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland 4146 Alkoholentwöhnungsbehandlungen bewilligt, die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg 3068, die Deutsche Rentenversicherung Westfalen 2526 und die Deutsche Rentenversicherung Rheinland 2046.

Eine oft gestellte Frage ist, wie effizient und rentabel sind Entwöhnungsbehandlungen? Bei der Beantwortung dieser Frage reicht es nicht aus, die Rehabilitation Suchtmittelabhängiger als einen abgeschlossenen Teil der Suchtkrankenhilfe zu betrachten, sondern es ist zwingend notwendig, das Thema Suchtmittelabhängigkeit in seiner Komplexität als ein übergreifendes und damit gesamtgesellschaftliches Problem zu sehen. Nur wenn die Rehabilitation effizient und rentabel ist, hat die Entwöhnungsbehandlung als Teil der gesamten Suchtkrankenhilfe in Deutschland eine Zukunft. Ein wesentlicher Aspekt sind in diesem Zusammenhang die Zugangswege zu Entwöhnungsbehand-

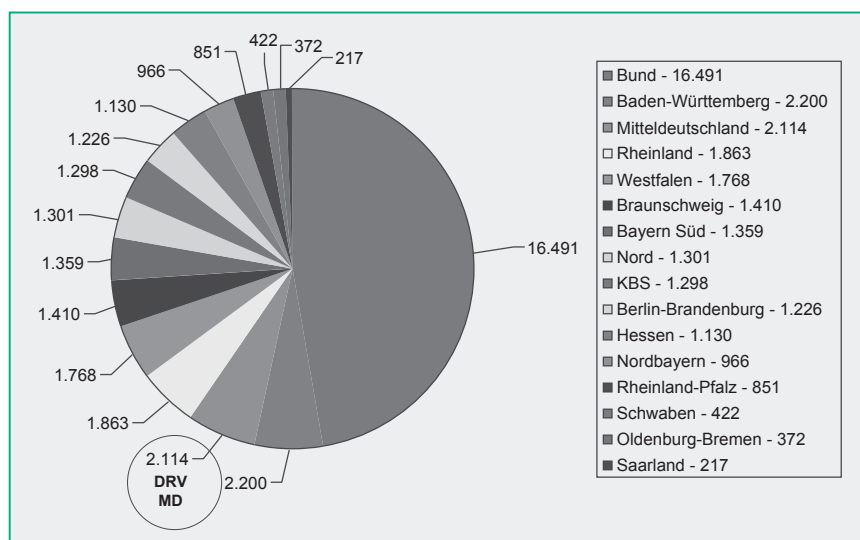


Abbildung 1: Verteilung der aktiv Versicherten auf die Träger der Deutschen Rentenversicherung 2007 (in Tausend)

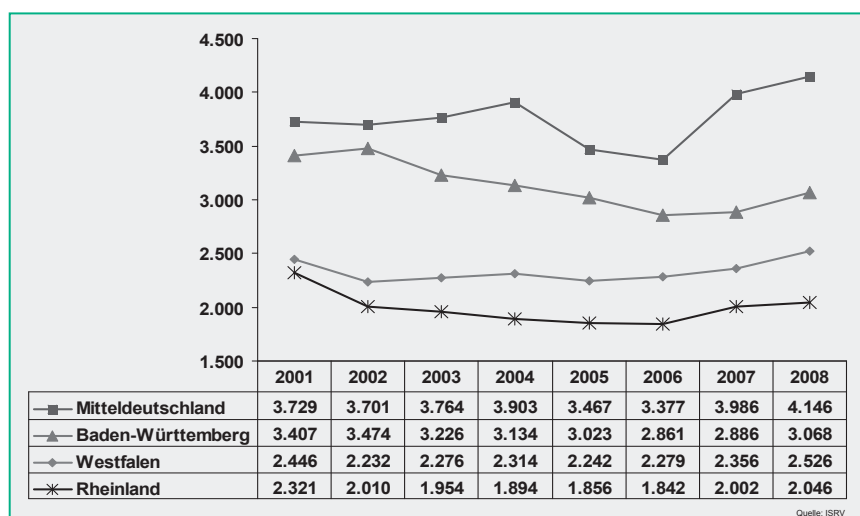


Abbildung 2: Bewilligungen der Alkoholentwöhnung bei ausgewählten Regionalträgern der DRV ab 2001 (stationär)

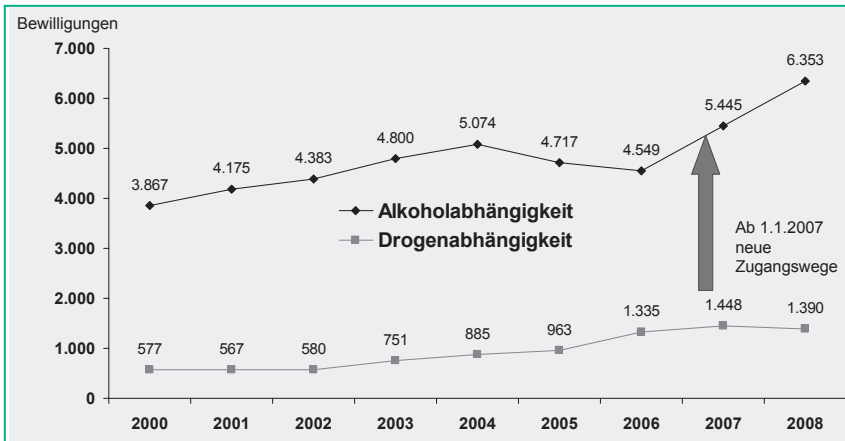


Abbildung 3: Effizient und rentabel ... Aktuelle Entwicklung bei Entwöhnungsbehandlungen Bewilligungen nach Indikationen (Mitteldeutschland gesamt)

Maßregelvollzug Unterbringung von Straftätern nach §§ 63 und 64 (StGB)			
	§ 63 Psychisch Kranke	§ 64 Suchtkranke	§§ 63 + 64
1990	2.489	1.160	Σ = 3.649
1995	2.902	1.373	Σ = 4.275
2000	4.098	1.774	Σ = 5.872
2003	5.118	2.281	Σ = 7.399
2008	6.287	2.656	Σ = 8.943

Vergütungssatz ca. 250,00 Euro – 300,00 Euro täglich
Es entstehen Kosten von ca. 900 Mio. Euro im Jahr 2008

Quelle: Dr. Härtel, Suchtbeauftragter der Sächsischen Landesärztekammer;
Daten aus: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2008

Abbildung 4: Suchtmittelabhängige kosten Geld ... Bettenzahlen des Maßregelvollzuges in der Bundesrepublik Deutschland

lungen. Ziel muss es sein, Suchtkranke schnell und unbürokratisch zu erreichen.

Die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland praktiziert deshalb seit geraumer Zeit bei der Einleitung der Rehabilitation Suchtmittelabhängiger neben den bisher bekannten Antragswegen ein neues und effizienteres Verfahren, um Betroffene möglichst frühzeitig einer Rehabilitation zuzuführen.

Im Ergebnis dessen stiegen die bewilligten Leistungen für Alkoholentwöhnungsbehandlungen seit dem Jahr 2006 deutlich an (s. Abb. 3).

Es ist bekannt und wird immer wieder beklagt, dass ein Großteil der Suchtmittelabhängigen erst nach einem Zeitraum von über zehn Jahren Angebote der Suchtkrankenhilfe in Anspruch nimmt. Daher sind neue unbürokratische Wege bei der Einleitung von Entwöhnungsbehandlungen von hoher Relevanz und erfordern gelegentlich auch Mut. Ein zu spätes oder gar kein Erkennen eines Rehabilitationsbedarfes ist so-

wohl für die Betroffenen und deren Familien als auch für die Gesellschaft und Volkswirtschaft höchst unbefriedigend. Hinzu kommt, dass bei weiterer Chronifizierung einer Suchterkrankung den Sozialleistungsträgern und der Solidargemeinschaft jährliche Kosten von einigen Milliarden Euro entstehen. Nach dem Bundesdrogen- und Suchtbericht des Jahres 2002 beträgt der volkswirtschaftliche Schaden durch alkoholbedingte Krankheiten ca. 20 Milliarden Euro jährlich.

Auf Folgekosten durch Alkoholkrankheit in Höhe von fast einer Milliarde Euro bei der Unterbringung von Straftätern nach den §§ 63 (Psychisch Kranke) und 64 (Suchtkranke) StGB im Jahr 2008, weist Herr Dr. Härtel, der Suchtbeauftragte der Sächsischen Landesärztekammer, hin.

Die Zahl der Straftäter hat sich von 1995 mit 4275 bis zum Jahr 2008 mit 8943 mehr als verdoppelt. Dies hat verschiedene Gründe. Eine Ursache liegt darin, dass die Suchtkrankenhilfe nicht immer die richtigen Strukturen hat, um mehr Suchtkranke zielführend

und frühzeitig für eine Entwöhnungsbehandlung zu gewinnen und um Unterbringungen im Maßregelvollzug zu vermeiden. Folglich müssen die Justizminister der Länder dafür die Folgekosten mit Steuergeldern übernehmen. Diese Statistik zeigt, dass der Sozialstaat nicht entscheiden kann, ob er die Folgekosten von Suchtmittelabhängigkeit übernehmen will. Er muss diese Kosten übernehmen. Der Staat kann aber allerdings entscheiden, wann er Kosten bei Suchtmittelabhängigkeit übernimmt. Deshalb muss der Staat Entscheidungen treffen, damit Suchtmittelabhängige frühzeitig einen Antrag für Entwöhnungsbehandlungen stellen, um Folgekosten für den Maßregelvollzug zu minimieren.

Deshalb gilt es, den Rehabilitationsbedarf frühzeitig zu erkennen und vor allem die Betroffenen schnell zu erreichen, um sie nachhaltig rehabilitieren zu können. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, die Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung zu entbürokratisieren, um Suchtmittelabhängige ohne oder nur mit wenigen suchtspezifischen Folgeerkrankungen den Weg in die Entwöhnung zu ebnen.

II. Antragstellung in einem Psychiatrischen Fachkrankenhaus mit einem ärztlichen Befundbericht ohne Sozialbericht Antragstellung nach § 125 SGB III mit ärztlichen Unterlagen der Agentur für Arbeit ohne Sozialbericht Nahtlosverfahren/Schnelleinweisung

Diese zwei Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung wurden bereits in der Zeitschrift des Fachverbandes Sucht e. V. „Sucht aktuell“ Nr. 2, Oktober 2006 veröffentlicht. Deshalb haben wir hier nur auf die drei Auswertungen zu den Bewilligungen, Antrittsverhalten und Reha-Entlassungsformen verwiesen.

Im Zeitraum vom 01.10.2003 bis zum 31.03.2005 wurden 2638 bewilligte Leistungen für Entwöhnungsbehandlungen Alkoholkranker ausgewertet.

Wie in der Abb. 5 ersichtlich, kam die überwiegende Anzahl der bewilligten Leistungen mit 79,1 % aus den Suchtberatungsstellen mit einem Sozialbericht. Nur 11,2 % wurden in einer Entzugseinrichtung ohne Sozialbericht bewilligt und nur 9,7 % der bewilligten Leistungen kamen nach § 125 SGB III von der Agentur für Arbeit.

Von entscheidender Bedeutung war die Frage, ob die Gruppe der Suchtkranken mit den bewilligten Leistungen ohne Sozialbericht auch eine Entwöhnungsbehandlung beginnen.

Die Abb. 6 zeigt, dass 91 % der in der Entzugseinrichtung bewilligten Leistungen auch von den Suchtkranken begonnen werden. Hier wird die besondere Problemsituation des Suchtkranken genutzt, um den Einzelnen zielgerichtet für die Entwöhnungsbehandlung vorzubereiten. Erfreulich hoch waren auch die 60% der begonnenen Leistungen für Suchtkranke, die nach § 125 SGB III von der Agentur für Arbeit zur Antragstellung auf medizinische Rehabilitation aufgefordert wurden. Obwohl man davon ausgehen kann, dass bei diesem Personenkreis noch keine Eigenmotivation vorliegt, wird trotzdem die Leistung begonnen.

Auch die Befürchtungen, dass Suchtkranke ohne Sozialbericht eine Entwöhnungsbehandlung sehr frühzeitig abbrechen, haben sich nicht bestätigt.

Die Abb. 7 zeigt, dass 64 % der Suchtkranken mit einem Sozialbericht die Entwöhnungsbehandlung regulär beenden. Aber auch mehr als 60 % der Suchtkranken ohne Sozialbericht beenden regulär eine Entwöhnungsbehandlung. Hervorzuheben sind dabei die 61 % der Suchtkranken die von der Agentur für Arbeit aufgefordert wurden, einen Antrag zu stellen.

Nach der Auswertung von 2638 Entwöhnungsbehandlungen im Zeitraum vom 01.10.2003 bis zum 31.03.2005 muss festgestellt werden, dass diese neuen Zugangswege nicht nur möglich, sondern auch erfolgreich sind. Deshalb müssen diese Wege im Interesse der Rehabilitationsträger, der Suchtkranken und der Solidargemeinschaft weiter entwickelt werden.

III. Antragstellung von suchtmittelabhängigen ALG II-Empfängern für eine Entwöhnungsbehandlung mit einem Antrag und einem ärztlichen Gutachten ohne Sozialbericht – Modellprojekt Magdeburger Weg

Es ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, suchtmittelabhängigen ALG II-Empfängern den Weg in die Suchtmittelfreiheit zu ermöglichen. Dies kann nur in der Verantwortung aller Beteiligten und nicht allein von den ARGEN und optierenden Kommunen gelöst werden. Einen Suchtmittelabhängigen in eine Beschäftigung zu vermitteln, ist eine Fehlentscheidung, weil bei Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung im Sinne der ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision) eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliegt. Damit ist grundsätzlich Rehabilitationsbedürfnis

Gesamt Alkoholentwöhnung	Absolut 2.638	100 %
mit Sozialbericht	2.087	79,1 %
ohne Sozialbericht Direktverlegung aus dem Akut-KH	296	11,2 %
ohne Sozialbericht von der Agentur für Arbeit nach § 125 SGB III	255	9,7 %

Abbildung 5: Ergebnisse Modellprojekt Nahtlosverfahren der LVA Sachsen Bewilligungen Sachsen (01.10.2003 bis 31.03.2005)

Alkoholentwöhnungsbehandlung	Bewilligungen (absolut)	Maßnahme angetreten (absolut)	Maßnahme angetreten (prozentual)
mit Sozialbericht	2087	1776	85 %
ohne Sozialbericht Direktverlegung aus dem Akut-KH	296	268	91 %
ohne Sozialbericht von der Agentur für Arbeit nach § 125 SGB III	255	154	60 %

Auch ohne Beratungsstelle und ohne Sozialbericht beginnen Versicherte eine Entwöhnungsbehandlung

Abbildung 6: Antrittsverhalten – Sachsen – (Auswertung 01.10.2003 – 31.03.2005)

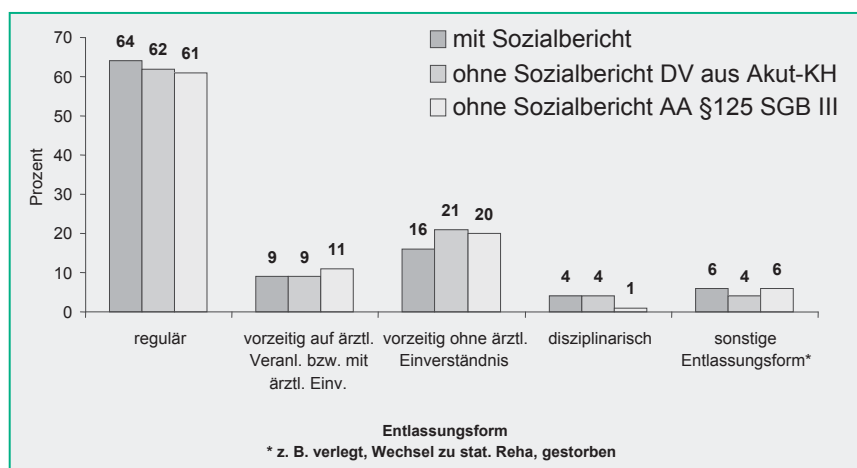


Abbildung 7: Ergebnisse Modellprojekt Nahtlosverfahren LVA Sachsen Reha-Entlassungsformen – Sachsen – (Auswertung 01.10.2003 – 31.03.2005)

gegeben. Mit dem Sozialgesetzbuch II (ab 01.01.2005) haben die ARGEN und optierenden Kommunen gemeinsam mit den Rentenversicherungsträgern die Aufgabe, Erwerbsfähigkeit zu erhalten bzw. wieder herzustellen, um Leistungen nach dem SGB

XII und Erwerbsminderungsrenten nach § 43 SGB VI zu verhindern. Diese Aufgabe steht vor dem Hintergrund einer Arbeitslosenzahl im April 2009 von ca. 3,6 Millionen mit einer Arbeitslosenquote von 8,6 % in Deutschland.

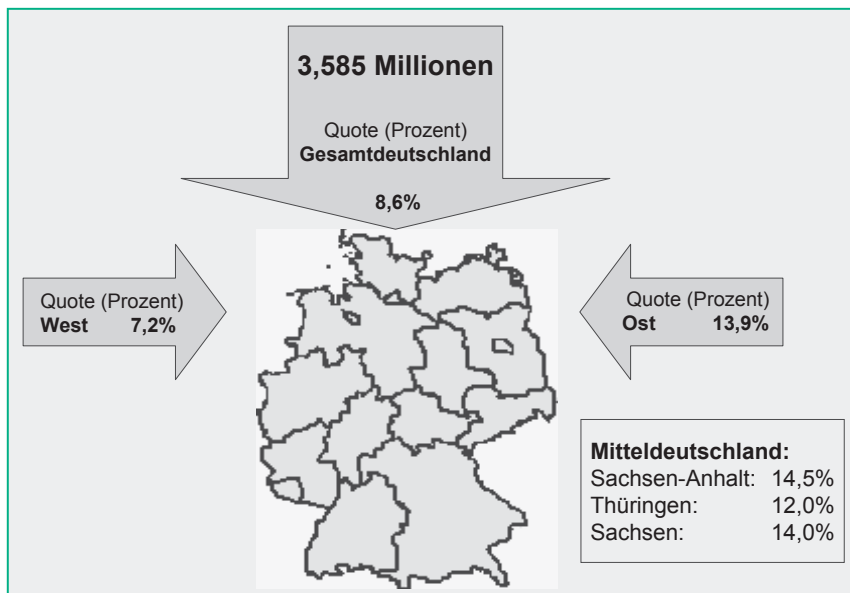


Abbildung 8: Arbeitslosenzahlen April 2009

Problematisch für Mitteldeutschland ist dabei, dass die Arbeitslosenquote im Osten Deutschlands doppelt so hoch ist wie im Westen Deutschlands.

Auf die Folgekosten von Arbeitslosigkeit, insbesondere auf den Zusammenhang von ökonomischen Krisen mit hoher Arbeitslosigkeit und psychosomatischen Krankheitsbildern einschließlich Suchterkrankungen hat auch Heiko Waller (2002) in seinem Buch „Sozialmedizin: Grundlagen und Praxis“ hingewiesen.

Er verweist hier auf eine vom amerikanischen Kongress in Auftrag gegebene Studie, in der eine Steigerung der Arbeitslosenrate von 1 % nach fünf Jahren eine Erhöhung folgender epidemiologischer Daten bewirkt:

- Gesamtmortalität von 1,9 %
- Mortalität Herz-Kreislauf-Krankheiten von 1,9 %
- Mortalität Leberzirrhose von 1,9 %
- Zahl der Morde von 5,9 %
- Aufnahmen in Gefängnissen von 4,0 %
- Aufnahme in psychiatrischen Kliniken von 3,4 %

Wenn man diese Angaben von Waller berücksichtigt und dies an der doppelt so hohen Arbeitslosenquote im Osten Deutschlands festmacht, dann müssen für die ostdeutschen Bundesländer auch doppelt so hohe prozentuale Folgekosten erwartet werden.

Folgekosten sind dabei auch für die Deutsche Rentenversicherung abzuleiten, wenn die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen im Jahr 2005 sagt: „Bis zu 25 % der Arbeitssuchenden haben massive Probleme mit Alkohol, Medikamenten oder Drogen.“

Im Juli 2009 gab es in Mitteldeutschland (Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen) 186.408 ALG I-Empfänger und 369.009 ALG II-Empfänger. Im Vergleich dazu haben in Mitteldeutschland aber nur 369 ALG I-Empfänger und 657 ALG II-Empfänger eine Entwöhnungsbehandlung im Jahr 2008 abgeschlossen, das sind weniger als 1% der in Mitteldeutschland erfassten Arbeitssuchenden.

Empfänger von Arbeitslosengeld II sind nach § 3 Satz 1 Nr. 3a SGB VI versicherungspflichtig

versicherungspflichtig in der gesetzlichen Rentenversicherung. Im Gegensatz zu den Beziehern von Entgeltersatzleistungen im Sinne von § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI (z. B. Arbeitslosengeld, Krankengeld oder Verletztengeld) ist die kraft Gesetzes eintretende Versicherungspflicht der Bezieher von Arbeitslosengeld II nicht daran gebunden, dass vor Beginn dieser Leistung zuletzt Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung bestanden haben muss. Damit ist seit 01.01.2005 de facto jeder Arbeitslosengeld-II-Bezieher (mind. 1,00 Euro) in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert.

Ausgehend davon, dass in der Regel eine sechsmonatige Pflichtversicherung ausreicht, um diesen Anspruch auf Entwöhnungsbehandlung durch die gesetzliche Rentenversicherung zu begründen, erfüllt jeder Bezieher von Arbeitslosengeld II ab 01.07.2005 diese Voraussetzungen.

Ausgenommen von der Versicherungspflicht sind gem. § 3 Satz 1 Nr. 3a Buchst. a) bis e) SGB VI lediglich die Bezieher von Arbeitslosengeld II,

- die das Arbeitslosengeld II darlehensweise erhalten,
- die Leistungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 SGB II (Leistungen für Erstaussstattungen für die Wohnung und Bekleidung sowie für mehrtägige Klassenfahrten) beziehen,
- die auf Grund von § 2 Abs. 1a BAföG keinen Anspruch auf Ausbildungsförderung haben,
- deren Bedarf sich nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 BAföG oder nach § 66 Abs. 1 Satz 1 SGB III bemisst,
- die versicherungspflichtig beschäftigt oder versicherungspflichtig selbständig tätig sind oder
- eine Leistung beziehen, wegen der sie nach Satz 1 Nr. 3 SGB VI versicherungspflichtig sind (seit 01.01.2007).

Die Höhe der monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen bei Beziehern von Arbeitslosengeld II richtet sich nach § 166 Abs. 1 Nr. 2a und Nr. 2b SGB VI in den jeweiligen Fassungen. Es kommt bei Arbeitslosengeld II-Beziehern nicht auf die Höhe des tatsächlich gezahlten Arbeitslosengeldes II an, sondern auf die gesetzlich festgelegten Beträge.

Die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen richtete sich für Leistungsbezugszeiten bis 31.12.2006 nach Absatz 1 Nr. 2a in der Fassung bis 31.12.2006 sowie nach dem bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Absatz 1 Nr. 2b. Danach galten bei Personen, die Arbeitslosengeld II für einen vollen Kalendermonat bezogen, als beitragspflichtige Einnahmen Einkommen bis zu einer Höhe von monatlich 400,00 Euro.

Für Leistungsbezugszeiten ab 01.01.2007 richtet sich die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Abs. 1 Nr. 2a SGB VI in der Fassung ab 01.01.2007. Da-

Region	Alkohol		Medikamente		Drogen		Mehrfach		Sucht gesamt	
	ALG I	ALG II	ALG I	ALG II	ALG I	ALG II	ALG I	ALG II	ALG I	ALG II
Sachsen-Anhalt	91	185	0	0	13	11	3	3	107	199
Sachsen	97	181	0	0	50	18	3	7	150	206
Thüringen	86	231	0	0	9	11	17	10	112	252
Mitteldeutschland	274	597	0	0	72	40	23	20	369	657

Abbildung 9: Abgeschlossene Leistungen Entwöhnung und ALG. Zeitraum: Januar bis Dezember 2008. Quelle: Statistikdatensätze SY94

nach sind beitragspflichtige Einnahmen bei Personen, die Arbeitslosengeld II für einen vollen Kalendermonat beziehen, monatlich 205 Euro. Dies entspricht im Jahr 2007 (Beitragsatz von 19,9 %) einem monatlichen Beitrag in Höhe von 40,80 Euro.

Besteht der Leistungsanspruch nur für einen Teil des Kalendermonats (zum Beispiel bei Antragstellung nach dem Ersten des Monats), ist die beitragspflichtige Einnahme in Höhe von 205 Euro in Abhängigkeit von der Anzahl der Anspruchstage entsprechend anteilig zu berechnen.

Aufgrund § 170 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI werden die Beiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II – wie auch bei Wehr- oder Zivildienstleistenden und Personen, die Kindererziehungszeiten erhalten – komplett vom Bund übernommen.

Auf Grund der Versicherungspflicht für Bezieher von Arbeitslosengeld II kann nicht nur der Anspruch auf eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation, sondern auch der Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsminderung begründet werden.

Versicherte haben nach § 43 Abs. 1 bzw. Abs. 2 SGB VI bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung, wenn sie

- a) teilweise oder voll erwerbsgemindert sind,
- b) vor Eintritt der teilweisen oder vollen Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben und
- c) entweder in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der teilweisen oder vollen Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben oder die teilweise oder volle Erwerbsminderung aufgrund eines Tatbestandes eingetreten ist, der zur vorzeitigen Wartezeiterfüllung führt (§ 43 Abs. 5 SGB VI) oder die Voraussetzungen des § 241 Abs. 2 SGB VI vorliegen.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (drei Jahren mit Pflichtbeitragszeiten in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung bzw. die allgemeine Wartezeit) können mit den Pflichtbeiträge erfüllt werden. Auf Grund des Bezuges von Arbeitslosengeld II könnte jede Person, die seit 01.01.2005 Arbeitslosengeld II bezieht, spätestens am 01.01.2010 bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen einen Anspruch auf Erwerbsminderungsrente nach § 43 SGB VI begründen.

Die Deutsche Rentenversicherung verwaltet Gelder der Solidargemeinschaft und verfolgt u. a. das Ziel, mit Entwöhnungsbehandlungen Erwerbsfähigkeit zu erhalten und so Renten wegen Erwerbsminderung zu verhindern. Der Versicherte hat einerseits einen Rechtsanspruch auf Rehabilitati-

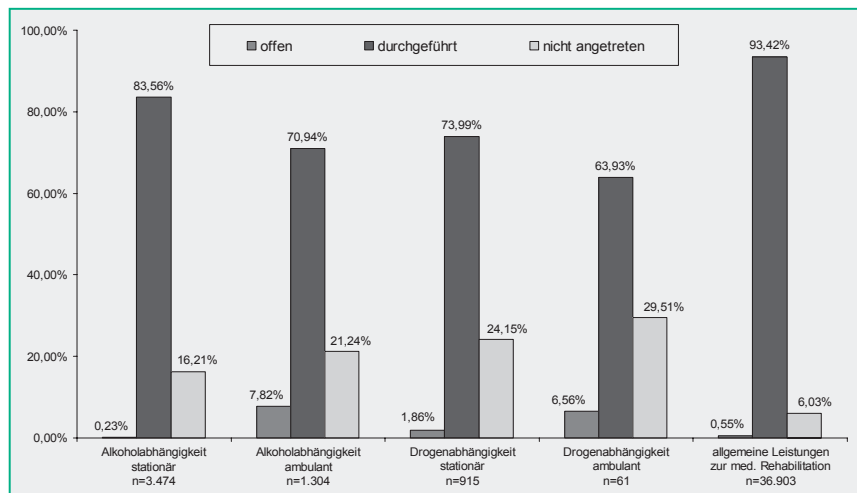


Abbildung 10: Nicht angetretene Rehabilitationen der im Jahr 2005 bewilligten Maßnahmen (Beobachtungszeitraum 12 Monate – Mitteldeutschland)

	Bund monatlich	Landkreis/ Kommune monatlich	Bund jährlich	Landkreis/ Kommune jährlich
Regelleistung SGB II	359 Euro		4.308 Euro	
Wohnkosten/ Heizung SGB II		ca. 250 Euro (pro Woche 62,50 Euro)		3.000 Euro
Regelleistung SGB XII		359 Euro		4.308 Euro
Wohnkosten/ Heizung SGB XII		ca. 250 Euro		3.000 Euro

Quelle: Helmut Bunde, Vorsitzender der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren – 08/2009

Abbildung 11: Suchtmittelabhängige kosten Geld ... Kosten für Landkreise/Kommune/Bund im Freistaat Sachsen

on und andererseits Mitwirkungspflichten nach §§ 62 und 65 SGB I.

Dazu heißt es in einem aufklärenden Schreiben der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland an den Versicherten: „Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach §§ 62 und 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht gebessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.“

Trotzdem zeigt die Abb. 10, dass 16,21 % der Alkoholabhängigen und 29,51 % der Drogenabhängigen die bewilligten Leistungen nicht angetreten haben. Bei diesem Personenkreis kann es zu einer Chronifizierung der Erkrankung kommen, in dessen Ergebnis Folgekosten durch Erwerbsminderungsrenten nach § 43 SGB VI entstehen,

aber auch weitere Kosten für die Krankenkassen und für den Steuerzahler sind eine Konsequenz.

Auf die Kosten durch Suchtmittelabhängige für Landkreise, Kommunen und Bund weist der Vorsitzende der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren, Helmut Bunde (2007), hin (Abb.11).

Er macht deutlich, dass auch die Landkreise und Kommunen ein großes Interesse daran haben müssen, einer Chronifizierung bei Suchtmittelabhängigen entgegen zu wirken. Sollte es nicht gelingen, suchtmittelabhängige ALG II-Empfänger frühzeitig für eine Entwöhnungsbehandlung zu gewinnen, wären Leistungen nach dem SGB XII zu befürchten. Das heißt, die Landkreise und Kommunen müssen nicht nur die jährlichen Kosten von ca. 3.000 Euro für Wohnkosten/Heizung übernehmen, sondern auch die Regelleistung gemäß SGB II von 4308 Euro. Ist der Chronifizierungsprozess soweit vorangeschritten, dass ein Heim für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke notwendig wird, entstehen weitere Kosten.

Diese Kosten hat der Vorsitzende der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren, Helmut Bunde, an einer Beispielrechnung dargestellt.

Einerseits betrachtet er die Wohnkosten/Heizung (ca. 250 Euro), die für jeden Bezieher von Arbeitslosengeld II vom Landkreis/der Kommune zu zahlen sind.

Andererseits weist er darauf hin, dass im Freistaat Sachsen eine Fachkraft der Suchtberatungsstelle (inkl. Verwaltungskraft und Sachkosten) 62.599 Euro im Jahr kostet. Wenn diese Fachkraft pro Jahr neun alkoholabhängige und drei drogenabhängige Bezieher von Arbeitslosengeld II für die Entwöhnungsbehandlung vorbereitet, dann werden für die gesamte Therapiezeit 13.500 Euro Wohnkosten/Heizung vom Rentenversicherungsträger erstattet.

Gelingt es der Fachkraft nicht, diese 12 suchtmittelabhängigen Bezieher von Arbeitslosengeld II für eine Entwöhnungsbehandlung vorzubereiten, sind in absehbarer Zeit Leistungen nach dem SGB XII zu befürchten. Damit entstehen für den Land-

kreis/die Kommune dann jährliche Kosten von 84.544 Euro (siehe Abb. 12).

Bei noch weiterem Fortschreiten der Erkrankung und der Folgeerkrankungen bei diesen 12 Personen kann ein Weiterleben im Heim für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke notwendig werden und es erhöhen sich die jährlichen Kosten auf 219.000 Euro.

Verbindet man diese Beispielrechnung mit der Tatsache, dass es im April 2009 im Freistaat Sachsen 203.320 ALG II-Empfänger gab, dann erwarten wir bei ca. 25% Suchtmittelabhängigen ca. 40.000 Betroffene. Für den Betroffenen werden monatlich ca. 250 Euro Wohnkosten/Heizkosten und 359 Euro Regelleistungen nach dem SGB II übernommen. Das bedeutet für die Landkreise und kreisfreien Städte Kosten in Höhe von 10 Millionen Euro und für den Bund noch einmal 14 Millionen Euro.

Gelingt es nicht, die Erwerbsfähigkeit der Betroffenen zu erhalten und die Verlagerung der Leistung in Richtung des SGB XII erfolgt, müssen die Landkreise und kreis-

freien Städte monatlich Kosten von 24 Millionen Euro übernehmen.

Dies ist wie in Abb. 10 ersichtlich ein erhebliches finanzielles Risiko.

Auf die Möglichkeit der Problemlösung wurde in den so genannten Berliner Eckpunkten hingewiesen, die die damalige Drogen- und Suchtbeauftragte der Bundesregierung Frau Capers-Merk und Herr Prof. Mann vom Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim am 08.03.2002 in Berlin unterzeichnet haben. Hier heißt es im Punkt 2: „Die derzeitige (Rehabilitations-) Behandlung ist gut. Sie erreicht aber zu wenige Betroffene und setzt insgesamt zu spät ein.“ Diese Feststellung ist wichtig, aber entscheidend ist es, nach Lösungen zu suchen und neue Wege zu gehen.

Deshalb ist die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland zu dem Ergebnis gekommen, dass die Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung erweitert und entbürokratisiert werden müssen, um Suchtmittelabhängige frühzeitig und mit relativ wenig suchtspezifischen Folgeerkrankungen für eine Entwöhnungsbehandlung zu gewinnen.

Die ARGE Magdeburg ist ein modernes Dienstleistungsunternehmen und hat deshalb sehr frühzeitig das Problem – Suchtmittelabhängige im Klientel der ARGE – erkannt. Trotzdem konnten die ARGE Magdeburg oder die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland das Problem für sich allein nicht lösen. In zahlreichen gemeinsamen Abstimmungsgesprächen wurde auf Augenhöhe nach praktischen Lösungen gesucht. Diese Gespräche wurden von den Vertretern der Stadt Magdeburg zielführend unterstützt und vom Ministerium für Soziales in Sachsen-Anhalt immer positiv begleitet.

Nach diesen zahlreichen und erfolgreichen Gesprächen, stand die Rehabilitationsklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige „Alte Ölmühle“ in Magdeburg als Partner für neue, effiziente und unbürokratische Zugangswege zur Verfügung. Damit ist ein Netzwerk entstanden, wie es das SGB IX zur Suche von Lösungen gewollt hat.

Im Ergebnis der Beratungen definieren die Gesprächspartner einen Zugang zur Entwöhnungsbehandlung, der den Namen Modellprojekt „Magdeburger Weg“ trägt. Dieses Modell soll den Weg der Suchtkranken im Klientel der ARGE in die Suchtbehandlung beschleunigen.

- Nach Feststellung der behandlungsbedürftigen Suchterkrankung, die durch ein ärztliches Gutachten des ÄD der BA bestätigt wird, erstellen die Fallmanager oder persönlichen Ansprechpartner gemeinsam mit den Betroffenen den Reha-Antrag.

Ein Sozialbericht und die Suchtberatungsstelle sind bei diesem Zugang zur Entwöhnungsbehandlung nicht notwen-

Eine Fachkraft pro Monat 1x Alk. oder 1x Drogen = Therapievermittlung	Eine Fachkraft im Jahr	Landkreis/Kommune Wohnkosten/Heizung SGB II (ca. 250,00 Euro/Monat ca. 62,50 Euro/Woche)
16 Wochen (62,50 Euro x 16) = 1.000,00 Euro	9 x Alk.	= 9.000,00 Euro
26 Wochen (62,50 Euro x 26) = 1.625,00 Euro	3 x Drog.	= 4.875,00 Euro/Jahr
	12 Suchtkr.	= 13.875,00 Euro/Jahr
Kosten für 12 SGBXII-Empfänger	SGB XII Regelleistung (359 €)	4.308,00 Euro
	SGB XII + Wohn-/Heizkosten (250 €/Monat)	+ 3.000,00 Euro
		= 7.308,00 Euro x 12 = 87.696,00 Euro im Jahr
CMA - Chronisch Mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke Pro Tag ca. 50,00 Euro x 12 Suchtkr. x 364 Tage		= 219.000,00 Euro/Jahr

Quelle: Helmut Bunde, Vorsitzender der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren – 08/2009

Abbildung 12: Können Suchtberatungsstellen Geld sparen helfen?

Im April 2009 waren 203.320 Menschen in Sachsen SGB II-Empfänger (Hartz IV).
Wenn 25 % davon suchtmittelabhängig wären, dann sind das ca. 40.000 Betroffene.

Dem Land Sachsen und dem Bund entstehen damit Kosten in Höhe von:
10 Mio. Euro für Unterkunft - 250 Euro/Monat
14 Mio. Euro durch Regelleistung - 359 Euro/Monat

24 Mio. Euro für einen Monat

Abbildung 13: Suchtmittelabhängige kosten Geld ...
Hier: am Beispiel des Freistaates Sachsen ...

dig. Es geht darum, die Zeit von der Diagnose im ärztlichen Gutachten bis zum Beginn der Entwöhnungsbehandlung sehr kurz zu halten, um Chronifizierungen und damit Leistungen nach dem SGB XII zu verhindern.

- Die Rehabilitationskliniken haben während der Entwöhnungsbehandlung mit dem Suchtmittelabhängigen den Kontakt zur regionalen Suchtberatungsstelle aufzubauen, um so die Nachsorge zu sichern.
- Umsetzung der Geschäftsanweisung der Bundesagentur für Arbeit vom 20.11.2004 auch für die ARGE

Während der Entwöhnungsbehandlung finden terminierte Gespräche mit der ARGE statt, damit der Suchtmittelabhängige am ersten Tag nach der Entwöhnungsbehandlung mindestens tagesstrukturierende Leistungen wahrnimmt.

- Nachsorge (Suchtberatungsstelle, ARGE, Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland)

Nach erfolgreich abgeschlossener Entwöhnungsbehandlung wird eine Nachsorge befürwortet.

Kritiker der neuen Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung befürchten, dass mit diesen neuen Wegen nicht nur 60 und 100 Entgiftungsbehandlungen sondern auch genauso viele Entwöhnungsbehandlungen möglich sind.

Die Abb. 14 zeigt, dass im Jahr 2008 bei den Leistungen für eine Entwöhnungsbehandlung (Alkoholabhängigkeit) 22,9 % die erste Wiederholungsbehandlung bewilligt bekommen. Für 7,5 % war es die zweite Leistung und nur 3,2 % erhielten mehr als die zweite Leistung.

Kritikern, die jetzt sagen, dass der Anteil der Wiederholungsbehandlungen bei Drogenabhängigen wesentlich größer ist, kann mit den Ergebnissen aus der Abb. 15 begegnet werden.

Es gibt keine wesentlichen Unterschiede des prozentualen Anteils der Wiederholungen bei Entwöhnungsbehandlungen von Alkohol- und Drogenabhängigen. Auch deshalb sind die neuen Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung, um Folgekosten von Suchtmittelabhängigkeit zu verhindern, erfolgreich.

Trotzdem gibt es immer noch Skeptiker, die befürchten, dass mit diesen Zugangswegen auch Leistungen erbracht werden, für die die Krankenkassen zuständig wären und fordern auch weiterhin vor einer Entwöhnungsbehandlung, umfangreiche Begutachtungen durchzuführen und fachärztliche Befunde zu erheben. Damit wird der Beginn der Entwöhnungsbehandlung verzögert und Geld der Versicherungsgemeinschaft unnötig ausgegeben. Ist es trotz der vorliegenden ärztlichen Befunde dem Prüf- arzt der Deutschen Rentenversicherung

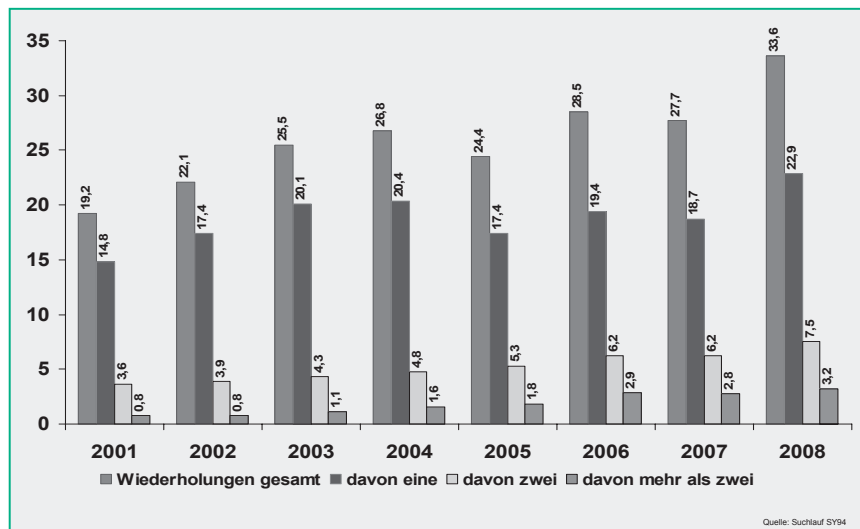


Abbildung 14: Effizient und rentabel ... Anteil der Wiederholungsbehandlungen in % an Bewilligungen bei Alkoholabhängigkeit (Mitteldeutschland) (nur tatsächlich durchgeführte Hauptleistungen)

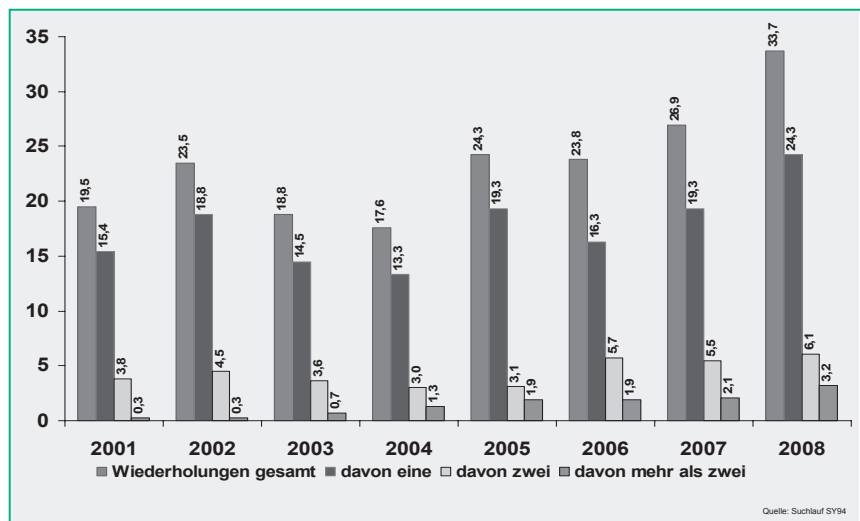


Abbildung 15: Effizient und rentabel ... Anteil der Wiederholungsbehandlungen in % an Bewilligungen bei Drogenabhängigkeit (Mitteldeutschland) (nur tatsächlich durchgeführte Hauptleistungen)

nicht möglich, zweifelsfrei zu erkennen, ob die Erwerbsfähigkeit wiederherstellbar ist, muss grundsätzlich nahtlos eine Entwöhnungsbehandlung befürwortet werden. Sollte dann während der Entwöhnungsbehandlung in Einzelfällen festgestellt werden, dass keine positive Erwerbsprognose mehr besteht, wechselt die Zuständigkeit der Behandlung zu den Krankenkassen. Dafür gibt es die „Vereinbarung zum Verfahren bei Zuständigkeitswechsel während einer Entwöhnungsbehandlung vom 1. September 2006 zwischen Rentenversicherung und Krankenkassen“, die von der ehemaligen LVA Sachsen initiiert und erfolgreich umgesetzt wurde.

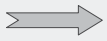
IV. Antragstellung in einem Akutkrankenhaus für eine Entwöhnungsbehandlung mit einem ärztlichen Befundbericht ohne Sozialbericht – Projekt MEDINOS Kliniken des Landkreises Sonneberg

„Jedes fünfte KH-Bett ist de facto ein Suchtbett, deshalb muss die qualifizierte Beratung im KH Standard werden.“

Auch diesen Gesichtspunkt haben die ehemalige Drogenbeauftragte der Bundesregierung Frau Caspers-Merk und Herr Prof. Mann in ihrem „Berliner Eckpunktepapier“ vom 08.03.2002 definiert.

Was das heißt, wird von Härtel (Suchtbeauftragter der Sächsischen Landesärztekammer) in der Abb.16 aufgezeigt.

Für 506.954 Krankenhausbetten (2005 = 531.011 Krankenhausbetten)



wurden ca. 51,1 Mrd. Euro ausgegeben (2005 = 47,2 Mrd. Euro).

Datenpool der AOK (Quelle: www.aok-bv.de)

20 % der Krankenhausbetten sind durchschnittlich mit Suchtkranken belegt.

Im Jahr 2007 fielen bei **ca. 101.000** mit Suchtkranken belegte Betten in Deutschland 10,2 Mrd. Euro Fallkosten für die Krankenhausbehandlung an.



Im Jahr 2007 gab es **im Freistaat Sachsen**

26.480 Krankenhausbetten (2005 = 26.608 Krankenhausbetten), davon **ca. 5.300 Suchtbetten** mit Fallkosten von ca. 530 Mio. Euro (2005 = 470 Mio. Euro).

Quelle: Dr. Härtel, Suchtbeauftragter der Sächsischen Landesärztekammer

Abbildung 16: Suchtmittelabhängige kosten Geld ...
GKV-Ausgaben für Krankenhäuser 2007

Obwohl die Krankenhausbetten von ca. 531.000 im Jahr 2005 auf ca. 507.000 im Jahr 2007 reduziert wurden, stiegen die Ausgaben von 47,2 Mrd. Euro auf 51,1 Mrd. Euro. Wenn wir jetzt davon ausgehen, dass jedes fünfte Krankenhausbett ein Suchtbett ist, dann sprechen wir im Jahr 2007 von ca. 101.000 Suchtbetten in Deutschland, die Fallkosten von 10,2 Mrd. Euro bedeuten. Für den Freistaat Sachsen errechnet er von den 26.480 Krankenhausbetten 5.300 Suchtbetten mit Fallkosten von 530 Millionen Euro.

Es stellt sich nun die Frage, was hat sich nach der Veröffentlichung des Berliner Eckpunktepapiers von 2002 bis dato in Deutschland verändert. Die Antwort ist: Nicht wirklich viel.

Veränderungen dauern in Deutschland nach wie vor noch immer viel zu lange.

Es gibt Untersuchungen, die aufzeigen, dass bei vielen Behandlungen eine Suchtmittelabhängigkeit die Ursache des Krankenhausaufenthaltes ist. Es gibt aber keinen direkten Weg aus dem Krankenhaus nahtlos in die medizinische Rehabilitation.

Um auch in diesen Fällen den Suchtmittelabhängigen nahtlos den Weg in eine Alkoholentwöhnungsbehandlung zu ermöglichen, wird auch dieser Weg in Mitteldeutschland praktiziert.

Seit 01.01.2008 ermöglicht die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland in Zusammenarbeit mit den MEDINOS Kliniken des Landkreises Sonneberg GmbH im Rahmen eines 2-jährigen Modellprojektes die Direktverlegung

- ohne Einschaltung der Suchtberatungsstelle
- ohne Sozialbericht aus dem Akutkrankenhaus in die Entwöhnung

Das Verfahren wird wie folgt beschrieben:

- Vorstellung des Versicherten bei Verdacht auf vorliegender Suchtmittelabhängigkeit beim im Krankenhaus tätigen Psychiater

- Dieser prüft, ob sich der Verdacht bestätigt, Rehabilitationsfähigkeit besteht und eine Grundmotivation vorhanden ist.
- Der Sozialdienst übernimmt die Aufgabe der Motivation des Versicherten in mehreren Gesprächen ohne Einschaltung der SBB.
- Durch das Akutkrankenhaus werden der Reha-Antrag und ein umfangreicher ärztlicher Befundbericht mit Hinweis auf die Motivation des Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland zugefaxt.
- Die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland prüft die Zuständigkeit, die versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen.
- Bei Vorliegen aller Voraussetzungen erfolgt die Auswahl der Rehabilitationseinrichtung und die Bescheiderteilung.
- Die MEDINOS Kliniken GmbH wird per FAX über die ausgewählte Einrichtung informiert.
- Der Arzt/Sozialdienst der MEDINOS Kliniken GmbH stimmt mit der Reha-Einrichtung die Verlegungsmodalitäten ab und benachrichtigt den Patienten über die bevorstehende Entwöhnungsbehandlung.

Die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland unterstützt auch ähnliche Projekte im Kreiskrankenhaus Riesa/Großenhain mit der Psychotherapeutischen Rehabilitationsklinik in Bad Liebenwerda und im Diakonissenkrankenhaus in Chemnitz. Sie ist gesprächsbereit für weitere Krankenhäuser und Krankenkassen um diesen Zugangsweg zur Entwöhnungsbehandlung weiter zu entwickeln.

V Suchtmittelabhängige in Justizvollzugsanstalten Antragstellung für eine Entwöhnungsbehandlung, der Sozialbericht wird von Mitarbeitern der Justizvollzugsanstalten erstellt

Die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland versucht die best practice aus seinen Regionen für ganz Mitteldeutschland umzusetzen.

In der LVA Sachsen-Anhalt hat man gute Erfahrungen damit gemacht, dass der Sozialbericht von den Sozialarbeitern aus den Justizvollzugsanstalten erstellt wird.

In Sachsen zahlt das Ministerium der Justiz einen hohen sechsstelligen Euro-Betrag für sogenannte externe Suchtberater. Nachdem eine Justizvollzugsanstalt auf konkrete Probleme mit externen Suchtberatern hingewiesen hat, wurde die Thematik für ganz Mitteldeutschland erörtert.

Im Ergebnis dessen wurde entschieden, dass ab 01.09.2008 die Sozialdienste aller Justizvollzugsanstalten in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen berechtigt sind, einen Sozialbericht zu erstellen und ohne Einschaltung der psychosozialen Suchtberatungs- und Behandlungsstellen Entwöhnungsbehandlungen einzuleiten.

Bei Leistungsbewilligungen sind die Rehabilitationseinrichtungen angehalten, zur Vorbereitung der Nachsorge, rechtzeitig vor Abschluss der Entwöhnungsbehandlung den Kontakt zwischen Versicherten und regional zuständiger Suchtberatungsstelle aufzubauen. Der Erfolg der Umsetzung ist gut.

VI Betriebs- und Werksärzte • Reha-Bedarf frühzeitig erkennen und Behandlung einleiten • Antragstellung für Entwöhnungsbehandlungen ohne Sozialbericht

Gegenwärtig werden Leistungen zur Teilhabe mit einem Reha-Antrag und einem ärztlichen Befundbereich des Hausarztes beantragt.

Aber auch die Zusammenarbeit mit Betriebs- und Werksärzten bei der frühzeitigen Antragstellung von Leistungen zur Teilhabe und dabei zunächst auch der medizinischen Rehabilitation ist zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit und des Verbleibens der Arbeitnehmer am Arbeitsplatz von entscheidender Bedeutung.

Die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland wird im Jahr 2009 eine Vereinbarung zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Betriebs- und Werksärzten in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen unterzeichnen, um frühzeitig Anträge für

Rehabilitationsleistungen von Arbeitnehmern zu ermöglichen. Chronifizierungen von Erkrankungen können so vermindert werden und die Gefährdung der Erwerbsfähigkeit durch gesundheitliche Probleme am bestehenden Arbeitsplatz schneller erkannt und Hemmnisse gemeinsam ausgeräumt werden.

VII Suchtmittelabhängige beim Hausarzt

Der erste ärztliche Ansprechpartner bei gesundheitlichen Problemen ist in aller Regel der betreuende Hausarzt. Handelt es sich dabei um einen Versicherten mit einem orthopädischen Leiden und die Erwerbsfähigkeit ist gefährdet oder gemindert, dann erwarten wir vom Hausarzt, dass er zeitnah medizinische Rehabilitation einleitet.

Bei einer Suchterkrankung ist das anders. Warum? Die Deutsche Rentenversicherung hält immer noch an der Meinung fest, dass eine Entwöhnungsbehandlung ohne Sozialbericht aus einer Suchtberatungsstellen nicht erfolgreich sein kann.

Theoretiker glauben, dass der Hausarzt den Suchtmittelabhängigen in eine Suchtberatungsstelle vermittelt.

Praktiker wissen, dass der Suchtmittelabhängige nicht vom Hausarzt in die Suchtberatungsstelle vermittelt wird bzw. dort nicht ankommt.

Ca. 80 % aller Suchtmittelabhängigen haben als ersten Ansprechpartner ihren Hausarzt. Deshalb muss aus unserer Sicht ein direkter Weg vom Hausarzt in die Entwöhnungsbehandlung möglich werden.

Wenn die Deutsche Rentenversicherung Suchtmittelabhängige frühzeitig erfassen und behandeln will, um Folgekosten für die sozialen Sicherungssysteme und für den Steuerzahler zu reduzieren, dann muss der Hausarzt unabhängig von der Art des gesundheitlichen Problems seines Patienten die Möglichkeit der Einleitung einer medizinischen Rehabilitation haben. Die Argumentation der Motivationsentwicklung für die Behandlung kann kein ausreichender Grund für die Ungleichbehandlung der Patienten sein.

IX Fazit

Zusammenfassung und weiterführende Überlegungen:

1. Das Ziel der Suchtkrankenhilfe besteht darin, dass der Suchtkranke so schnell wie möglich ohne Suchtstoffe und ohne Sozialeistungen leben und arbeiten kann.
2. Frühzeitige Antragstellung für Entwöhnungsbehandlungen ermöglichen
 - in den ARGEN und optierenden Kommunen
 - in den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern
 - in den Krankenhäusern
 - in den JVAen ohne Beteiligung einer Suchtberatungsstelle
 - durch Betriebs- und Werksärzte
 - durch Hausärzte.
3. Der Gesetzgeber ist gefordert, die Antragstellung von Leistungen zur Rehabilitation im SGB II analog dem Verfahren nach § 125 SGB III zu ermöglichen, um Erwerbsfähigkeit zu erhalten und Folgekosten einer Chronifizierung zu verhindern.
4. Suchtkrankenhilfe hat nur Zukunft in einer sich selbst zwingenden und am Erfolg partizipierenden Behandlungskette, die effizient ist und rentabel für die Gesellschaft.

„Veränderung ist das Gesetz des Lebens. Diejenigen, die nur auf die Vergangenheit oder die Gegenwart blicken, werden die Zukunft verpassen.“ (John F. Kennedy)

Literatur:

- Bunde, Helmut, Vorsitzender der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren (2007)
- Caspers-Merk, Marion, Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2002), Mann Prof. Dr., Karl, Lehrstuhl für Suchtforschung, Universität Heidelberg, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim, Berliner Eckpunkte
- Härtel Dr., Suchtbeauftragter der Sächsischen Landesärztekammer (2007)

John U, Hapke U, Rumpf JH et al (1996) Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Nomos, Baden-Baden

Tretter F (2001) Defizite in der Versorgung von Alkoholikern. Bayerisches Ärzteblatt 1/2001. 17 – 22

Waller, Heiko, Sozialmedizin: Grundlagen und Praxis, Kohlhammer, 5. Auflage 2002

Wienberg G (1992) Struktur und Dynamik der Suchtkrankenversorgung in der Bundesrepublik – ein Versuch, die Realität vollständig wahrzunehmen. In: Wienberg G (Hrsg)

Die vergessene Mehrheit. Psychiatrie-Verlag, Bonn, S. 12 – 57

Vereinbarung zum Verfahren bei Zuständigkeitswechsel während einer Entwöhnungsbehandlung vom 01. September 2006 zwischen Rentenversicherungsträger und Krankenkasse

Bundesagentur für Arbeit vom 20.11.2004, Handlungsempfehlung/Geschäftsanweisung

Die Autoren/-innen

Retzlaff, Roland
Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
Koordination Reha-Einrichtungen und Sozialmedizin Leipzig

Hildebrandt, Martina, Dr. med.
Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
Koordination Reha-Einrichtungen und Sozialmedizin Leipzig

Bechmann, Monika
Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
Koordination Reha-Einrichtungen und Sozialmedizin Leipzig

Ueberschär, Ina, Dr. med.
Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
Koordination Reha-Einrichtungen und Sozialmedizin Leipzig

2. Modellprojekte „Neue Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung“ – Erfahrungsberichte aus 4 Kliniken

Auf Initiative der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland, wie im obigen Artikel von R. Retzlaff, Dr. M. Hildebrandt et al dargelegt, wurden vier Modellprojekte zu neuen Zugangswegen in die Entwöhnungsbehandlung entwickelt. Folgende Kliniken beteiligten sich an den Modellprojekten:

- AHG Klinik Römhild
- Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH Elbingerode

- medinet-AG Alte Ölmühle Fachklinik Magdeburg
- Psychotherapeutische Klinik Bad Liebenwerda

Die Modellprojekte in Römhild und Elbingerode betreffen das Verfahren der „Schnelleinweisung ohne Sozialbericht“ aus dem Akutkrankenhaus heraus, wo die Betroffenen eine Entzugsbehandlung machten

und für eine Entwöhnungstherapie motiviert werden konnten und **nahtlos** in die Rehabilitationsklinik übernommen wurden. In Magdeburg wurde neben dem Zugangsweg „Schnelleinweisung ohne Sozialbericht“ ein weiterer Zugangsweg untersucht, der suchtkranke ALGII-Empfänger einer Entwöhnungsbehandlung entsprechend §125 SGB III zuführen. D.h. sie werden im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht von der