

22. Tagung der Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren- Sachsen e.V. am 03. und 04. Mai 2013 in Dresden

Suchtkrankheiten – Aktuelle Tendenzen 2013 (Text zum Power Point Vortrag)

Roland Retzlaff
Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

I. Einleitung

Die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland ist der größte regionale Rentenversicherungsträger. Sie betreut in den Regionen Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen mehr als zwei Millionen Versicherte. Für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe stehen ihr im Jahr 2013 über 390 Millionen Euro zur Verfügung. Davon entfallen über 41 Millionen Euro auf Entwöhnungsbehandlungen. Der größte Anteil wird bisher für stationäre Entwöhnungsbehandlungen verwendet.

Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen wären. Zur Erfüllung dieses gesetzlichen Auftrages hat die gesamte Deutsche Rentenversicherung im Jahr 2012 über eine Million medizinische Leistungen bewilligt. Davon waren über 80 000 Entwöhnungsbehandlungen.

II. Suchtkrankenhilfe effizient und rentabel?

Das besondere Problem der Suchtmittelabhängigkeit in den neuen Bundesländern zeigt eine deutschlandweite Statistik zu den alkoholbedingten Krankenhausbehandlungsfällen je 100 000 Einwohner im Jahr 2011. Die meisten dieser Krankenhausbehandlungsfälle wurden in Mecklenburg-Vorpommern, gefolgt von Sachsen-Anhalt und Sachsen erbracht. Auch in Brandenburg wurden mehr alkoholbedingte Krankenhausbehandlungen bezahlt als im bundesweiten Durchschnitt.

Diese Feststellung ist im Kontext mit dem „Berliner Eckpunktepapier“ der ehemaligen Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Frau Caspers-Merk, und Herr Prof. Mann, vom 08.03.2002 zu betrachten. Dort heißt es: „Jedes fünfte Krankenhausbett ist ein Suchtbett, deshalb muss die qualifizierte Beratung Standard werden.“ Wenn wir davon ausgehen, dass im Jahr 2009 in Deutschland 503 341 Krankenhausbetten zur Verfügung standen und dafür 56,7 Mrd. EUR ausgegeben wurden, dann entspricht dies ca. 101 000 Suchtbetten, die Fallkosten von ca. 11,3 Mrd. EUR verursachten. Bei dieser Musterrechnung betragen die Fallkosten für das Jahr 2007 noch 10,2 Mrd. EUR, also über eine Mrd. EUR weniger als 2009.

Die alkoholbedingten Krankenhausbehandlungsfälle je 100 000 Einwohner im Jahr 2011 sind keine Ausnahmeerscheinung und bestätigen einen langjährigen Trend in diesem Bereich. Betrachtet man die Jahre 2000 bis 2011, so ist festzustellen, dass über den gesamten Zeitraum in allen neuen Bundesländern mehr alkoholbedingte Krankenhausbehandlungsfälle je 100 000 Einwohner zu verzeichnen sind als im bundesweiten Durchschnitt.

Das bedeutet auch, dass die Krankenkassen in den neuen Bundesländern mehr Ausgaben in diesem Bereich haben als die Krankenkassen in den alten Bundesländern.

Betrachtet man dann die alkoholbedingten Sterbefälle, sind die vielen Sterbefälle in den neuen Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Sachsen auffällig. Und auch in Brandenburg und Thüringen gibt es mehr solcher Sterbefälle als im bundesdeutschen Durchschnitt.

Die Jahresauswertung in den Altersgruppen, bei denen alkoholbedingte Krankenhausbehandlungsfälle je 100 000 Einwohner im Jahr 2011 vorlagen, zeigt, dass in der Altersgruppe der Männer zwischen 45 bis 50 Jahren die meisten Fälle registriert wurden. Und wiederum kann man sehen, dass in allen neuen Bundesländern in dieser Altersgruppe mehr alkoholbedingte Krankenhausbehandlungsfälle registriert wurden als im bundesweiten Durchschnitt.

Diese Entwicklung ist nicht nur für die Betroffenen ein menschliches Drama, sondern initiiert auch gesamtgesellschaftlich erhebliche Kosten.

Die durchschnittlichen Kosten für alkoholbedingte Krankenhausfälle je Einwohner in Deutschland lagen im Jahr 2011 bei 19 EUR je Einwohner. In Sachsen-Anhalt und Thüringen betragen die Kosten 22 EUR bzw. 21 EUR und in Sachsen sogar 24 EUR.

III. Erwerbsminderungsrenten = Altersarmut? = Gesamtgesellschaftliche Folgekosten?

Eine weitere Folge von fortschreitender Suchtmittelabhängigkeit sind Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit gemäß SGB VI.

Das Durchschnittsalter der Versicherten, die wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch die Folgen der Alkoholabhängigkeit eine Rente beziehen, betrug im Jahr 2005 in der Deutschen Rentenversicherung 49,7 Jahre und in der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland 48,4 Jahre.

Sechs Jahre später hat sich das Renteneintrittsalter auf 50,8 Jahre beziehungsweise 50,5 Jahre leicht erhöht und weiter angeglichen.

Ganz anders zeigt sich die Situation bei den Versicherten mit der Diagnose Drogenabhängigkeit. Das Durchschnittsalter betrug hier im Jahr 2005 in der Deutschen Rentenversicherung 41,8 Jahre und in der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland 38,6 Jahre. Damit erhielten Drogenabhängige in Mitteldeutschland 3,2 Jahre früher eine Erwerbsminderungsrente als im bundesweiten Durchschnitt.

Sechs Jahre später hat sich das Renteneintrittsalter bundesweit auf 42,3 Jahre erhöht, aber in Mitteldeutschland auf 31,4 Jahre verringert. Das heißt, die DRV Mitteldeutschland musste

nun schon 10,9 Jahre früher eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bewilligen als im Bundesdurchschnitt.

Grundsätzlich muss festgestellt werden, dass in der gesamten Deutschen Rentenversicherung die Zahl der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit mit der Diagnosegrundgruppe „Psychische Erkrankungen“ in den letzten Jahren steigend ist.

Im Zeitraum 2005 bis 2011 haben die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit mit der Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ um 32,2 % zugenommen und mit der Diagnose „Drogenabhängigkeit“ um 185,8 %. Im Vergleich dazu stiegen in der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit mit der Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ um 16,8 % und mit der Diagnose „Drogenabhängigkeit“ um 90 %.

Natürlich stellt sich hier die Frage, warum diese Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit so dramatisch steigend sind. Die Beantwortung dieser Frage bedarf einer komplexen Betrachtung und ist letztendlich nur in einem gesamtgesellschaftlichen Kontext möglich.

Aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung ist Suchtmittelabhängigkeit das Ergebnis eines chronischen Prozesses, den es rechtzeitig zu erkennen gilt. Deshalb muss man auch die Frage stellen: „Wie viele Rentner mit einer Rente wegen Erwerbsminderung haben fünf Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erhalten. Hätte die Bewilligung einer Rente bei rechtzeitiger Rehabilitation vermieden bzw. verzögert werden können?“

Die DRV Mitteldeutschland hat den Sachverhalt für ihre Versicherten geprüft. Im Ergebnis dessen wurde festgestellt, dass 60,3 % der Rentner wegen verminderter Erwerbsfähigkeit mit der Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ fünf Jahre vor Feststellung der Erwerbsminderung keine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erhalten haben. Bei der Diagnose „Drogenabhängigkeit“ waren dies 52,6 %. Dies wirft die Frage auf: Wird der Grundsatz Reha vor Rente gelebt?

Die durchschnittliche Rentenhöhe im Jahr 2011 betrug für einen Rentner wegen verminderter Erwerbsfähigkeit mit der Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ 505,45 EUR, für einen Rentner mit der Diagnose „Drogenabhängigkeit“ 451,08 EUR. Kann man bei diesen Rentenhöhen bereits von Altersarmut sprechen? Dazu heißt es in der Broschüre der Deutschen Rentenversicherung zur Grundsicherung auf der Seite 5 (1/2012) wie folgt: „Wenn Ihr gesamtes Einkommen unter 742 EUR liegt, sollten Sie prüfen lassen, ob Sie Anspruch auf Grundsicherung haben“. Das heißt also auch, dass der Gesellschaft weitere Kosten, die sich aus dem Anspruch auf Grundsicherung und Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes ergeben, entstehen.

All dieses zeigt, dass das Suchtkrankenhilfesystem in Deutschland, derzeit nicht in der Lage ist, suchtmittelabhängige Menschen frühzeitig für eine Entwöhnungsbehandlung zu gewinnen, um ein Fortschreiten der Erkrankung zu vermeiden und so Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und damit auch gesamtgesellschaftliche Kosten zu reduzieren.

Eine Schnittstelle im gegliederten Sozialversicherungssystem Deutschlands wird beim Zugang zur Entwöhnungsbehandlung deutlich.

Die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland vertritt die Auffassung, dass ein frühzeitiger und möglichst niedrigschwelliger Zugang zur Entwöhnungsbehandlung notwendig ist. In Auswertung von Modellprojekten wurden ab 2003 neue Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung schrittweise geöffnet und dabei die Verfahren entbürokratisiert:

- Antragstellung in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern und nahtlose Verlegung in eine Entwöhnungseinrichtung

Die Antragstellung erfolgt mit einem Rehabilitationsantrag und einem ärztlichen Befundbericht ohne Sozialbericht (seit 01.01.2007).

- Antragstellung nach § 125 SGB III (Aufforderung durch die Agentur für Arbeit, einen Antrag auf Rehabilitation zu stellen)

Die Antragstellung erfolgt mit einem Rehabilitationsantrag und ärztlichem Befundbericht/ärztlichen Unterlagen der Agentur für Arbeit ohne Sozialbericht (seit 01.01.2007).

- Antragstellung von ALG II-Empfängern in den Jobcentern (Projekt „Magdeburger Weg“)

Die Antragstellung erfolgt mit einem Rehabilitationsantrag und einem ärztlichen Gutachten der Agentur für Arbeit (seit 01.09.2007).

- Antragstellung in Justizvollzugsanstalten

Die Antragstellung erfolgt mit einem Rehabilitationsantrag und einem ärztlichen Befundbericht. Der Sozialbericht wird von Mitarbeitern der JVA erstellt (seit 01.09.2008).

- Antragstellung im Akutkrankenhaus und nahtlose Verlegung in eine Entwöhnungsbehandlung

Die Antragstellung erfolgt mit einem Rehabilitationsantrag und einem ärztlichen Befundbericht ohne Sozialbericht (seit 01.01.2010).

- Antragstellung beim Hausarzt, Betriebs- und Werksarzt

Die Antragstellung erfolgt mit einem Rehabilitationsantrag und einem ärztlichen Befundbericht ohne Sozialbericht (seit November 2011).

Der Zugangsweg über die Hausärzte ist besonders wichtig, da ca. 80 % der suchtmittelabhängigen Menschen als ersten Ansprechpartner ihren Hausarzt haben. Die Netzwerkarbeit mit den Hausärzten ist eine notwendige Konsequenz aus der Eröffnung der Zugangswege aus den Praxen. Deshalb muss der Hausarzt eine herausgehobene Verantwortung in der Vorbereitung einer Entwöhnungsbehandlung seiner Patienten erhalten. Es ist nicht zu begründen, dass der Hausarzt für seinen Patienten eine orthopädische Rehabilitationsleistung mit einem Befundbericht anregen kann, bei einer

Entwöhnungsbehandlung soll er seinen Patienten aber über einen Umweg zusätzlich in eine Suchtberatungsstelle schicken. Diese künstliche Schnittstelle verhindert Rehabilitation und produziert Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit mit zusätzlichen gesellschaftlichen Kosten (Leistungen zur Grundsicherung).

Die bisherigen Erfahrungen bei der Umsetzung der neuen Zugangswege zur Entwöhnungsbehandlung machen deutlich, dass die Öffnung der Zugänge nur der erste Schritt ist. Aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland ist es notwendig, den Prozess ständig zu begleiten und Nahtstellen zu schaffen. Einerseits betrachten wir den Menschen als biopsychosoziale Einheit in einem permanenten Prozess und auf der anderen Seite steht dem ein gegliedertes System der sozialen Sicherung mit den vielen Schnittstellen gegenüber.

IV. Fazit

Die moderne Suchtrehabilitation wird perspektivisch immer mehr von den Fragen nach der Effizienz und der Nachhaltigkeit der erbrachten Leistungen geprägt sein. Der Weg in die Rehabilitation muss für die Betroffenen schneller und unbürokratischer möglich sein. Das Positionspapier der Bundesärztekammer und des Fachverbandes Sucht zur hausärztlichen Versorgung und Suchtbehandlung - Erkennen, Steuern, Handeln - muss gelebte Praxis werden.

Aber auch die Möglichkeit, dass Betriebs- und Werksärzte Suchtkranke erkennen und Wege in die Behandlung bahnen, ist ein Anliegen an die Zukunft, die schon begonnen hat.

Die gesamtgesellschaftliche Bedeutung der Suchtkrankenhilfe ist eingebettet in die anstehenden Probleme der Demographie, des Fachkräftemangels und der finanziellen Ressourcen.

Ziel muss es sein, die Kosten für alkoholassoziierte Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte, Rehabilitationsmaßnahmen und Frühberentungen nicht nur für die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Krankenversicherung und die Arbeitsverwaltung, sondern auch für die Arbeitgeber sowie für die Länder und Kommunen zu senken.

Gesamtgesellschaftlich kann man Kosten nur minimieren und damit Menschen helfen, indem die Schnittstellen im gegliederten System sich zu selbstzwingenden Nahtstellen verändern. Nur dann kann auch ein gegliedertes System effizient und rentabel für die Gesellschaft sein.

Literatur:

- Caspers-Merk, Marion, Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2002), Mann Prof. Dr., Karl, Lehrstuhl für Suchtforschung, Universität Heidelberg, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim, Berliner Eckpunkte.
- 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
- Diagnoseschlüssel ICD-10-GM, Version 2006, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD), 10. Revision
- Rahmenkonzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation im Bereich Abhängigkeitserkrankungen, Stand: 27.10.2005
- Ueberschär,I, Hildebrandt,M, Retzlaff,R, (2012) Meilensteine der Suchtrehabilitation in den neuen Bundesländern: Gestern, heute, morgen, Sucht aktuell 3-2012, S.19-25
- Gemeinsames Positionspapier der Bundesärztekammer und des Fachverbandes Sucht e.V. (2010) Hausärztliche Versorgung und Suchtbehandlung – Erkennen, Steuern, Handeln – Deutsches Ärzteblatt, Jg.107, H.39, 01.10.2010
- Philipp,G, Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, Sozialwissenschaftliche Analysen und Prognosen