

Struktur und Veränderung der CMA Population
im Freistaat Sachsen (2000 bis 2004)

Frank Härtel, Hans-Jürgen Leonhardt, Kurt Mühler

Arbeitspapier 6 (Februar 2005)

Arbeitsgruppe
Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke (CMA)

Autoren:

Dr. Frank Härtel, Leitender Chefarzt, Asklepios Fachklinikum Wiesen,
Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Wiesenburg

Dr. Hans-Jürgen Leonhardt, Leitender Therapeut der Trägereinrichtungen
"Haus am Park" und "Haus Güldengossa" des Vereins zur sozialen
Rehabilitation von Abhängigkeitskranken (VRA) e.V., Leipzig

Prof. Dr. Kurt Mühler, Institut für Soziologie der Universität Leipzig

Inhaltsverzeichnis

1.	Zur Ermittlung der Population von CMA in einem administrativen Gebiet	3
2.	Theoretische Positionen zur Definition von CMA	4
2.1	Die Definition	4
2.2	Die Indexbildung	5
3.	Beschreibung der Gesamtanlage der Untersuchung	6
3.1	Warum eine Längsschnittuntersuchung?	6
3.2	Die Untersuchungseinheiten.....	7
3.3	Was kann von drei Untersuchungsintervallen erwartet werden?.....	7
4.	Ergebnisse der Untersuchung	8
4.1	Die Verteilung der Gesamtpopulation auf den Index	8
4.2	Ausgewählte Strukturdaten	9
4.2.1	Empirische Anteile der drei Dimensionen an der Bestimmung des CMA-Status	9
4.2.2	Zur sozialen Charakteristik von CMA	12
	Demographische Daten	12
	Einkommensart	13
4.2.3	Zusammenfassung	13
4.3	Struktur des ermittelten Bedarfs an Heimunterbringungen	14
4.4	Bemerkungen zur Dynamik des CMA-Population	16
4.4.1	Veränderungen des Indexwertes der Populationen	16
4.4.2	Veränderungen der Komponenten, aus denen sich der Index ergibt	18
4.4.3	Zusammenfassung	19
A N H A N G		21
Tischvorlage		22
Tabellen und Abbildungen		24

Vorbemerkung

Die im Folgenden in ihrer 3. Welle vorliegende Studie, mit der - erstmalig für die Bundesrepublik - versucht wird, CMA-Populationen für die administrative Größe eines Bundeslandes zu ermitteln, wurde den Fachausschüssen „Komplementäre Einrichtungen“ und „Stationäre Einrichtungen“ der *Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.* in einer gemeinsamen Sitzung am 03.12.2004 vorgestellt und ihre Ergebnisse diskutiert.

Beide Fachausschüsse sind der Auffassung, dass die Kerndaten der Untersuchungen auch im 2. Sächsischen Landespsychiatrieplan ihren Niederschlag finden sollten. (Anhang, S. I)

Danksagung

Wir danken ausdrücklich dem Leiter der *Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren (SLS) e.V.*, Herrn Dr. Olaf Rilke, für sein hohes persönliches Engagement bei der Organisation des Projekts. Ferner danken wir Herrn Jens Böttcher, der als studentische Hilfskraft wie bereits in der Untersuchung 2002 die Dateneingabe, das Datencleaning und die Rücklaufkontrolle sehr zuverlässig bewältigte.

Schließlich und nicht zuletzt gilt unser erneuter Dank den Ärztlichen Direktoren, Chefärzten, Abteilungsärzten und ihren Mitarbeitern für die Ausfüllung der Datenblätter und deren regelmäßige Zusendung. Wir hoffen mit dieser Auswertung der dritten Untersuchungswelle und der Gesamtauswertung, einen Teil der damit verbundenen Erwartungen erfüllen zu können.

1. Zur Ermittlung der Population von CMA in einem administrativen Gebiet

Die vorliegende Auswertung empirischer Daten gliedert sich in ein Gesamtprojekt, dessen Charakteristika - wie Zielstellung, Durchführungszeitraum und inhaltliche Auffassungen - nochmals kurz zusammengefasst werden sollen. Für diejenigen Leser, die mit unserer Untersuchung vertraut sind, besteht dieser Abschnitt aus Wiederholungen. Es kann jedoch nicht schaden, heute Selbstverständliches noch einmal dahingehend zu betrachten, welche Vorarbeiten dafür erforderlich waren. Ferner ist es notwendig – nicht zuletzt ein Grundsatz zur Vermeidung möglicher Frustrationen -, stets so genau wie möglich die Erwartungen abzustecken, die mit einem solchen Projekt erfüllt werden können. Im vorliegenden Fall scheint das besonders angeraten.

Bis in die 1990er Jahre waren die chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken (CMA) in der einschlägigen Literatur wie auch im Therapiealltag und in der öffentlichen Aufmerksamkeit schlichtweg randständig. Zur Bestimmung von CMA galten unverbindliche Merkmalslisten, die z. T. Merkmale umfassten, die rechtlich geschützt und tabuisiert und somit kaum ermittelbar waren. Dies betrifft insbesondere Gesetzesverfehlungen und Schulden, also Fakten, die in jenen Listen vertreten waren, aber im Prinzip von vorn herein nur sehr eingeschränkt erhoben werden konnten. Zudem stellt sich die Frage, ob diese Merkmale mit Notwendigkeit zur Bestimmung von CMA gehören oder nicht vielmehr nur für eine Teilgruppe Geltung haben. Darüber hinaus - und darin mag ein Grund dafür liegen, dass geraume Zeit Definitionsbemühungen nicht von Erfolg waren -

galt, dass CMA im Grunde nur am konkreten Fall professionell zu erkennen sind. Mit anderen Worten: Die Bestimmung von CMA galt als ausschließlich induktiv durchführbar und fußte im Grunde ausschließlich auf der persönlichen Erfahrung des jeweils Behandelnden. Eine Definition von CMA wurde lange Zeit auch aufgrund der sehr komplexen Zusammenhänge als nicht formalisierbar betrachtet. Natürlich entstehen mit Definitionen immer Vereinfachungen. Die Frage ist aber, ob die Kosten solcher Vereinfachungen nicht durch den Nutzen ihrer Anwendung aufgehoben oder übertroffen werden können. Zum einen werden wir zeigen, dass trotz formaler Definition von CMA die Binnenstruktur dieser Abhängigengruppe nicht verloren geht. Es ist also möglich, verschiedene Gruppen von CMA zu unterscheiden. Zum anderen zwingt die Entwicklung öffentlicher Haushalte, Hilfe genauer zu bestimmen, auch unter dem Aspekt, Aussagen darüber treffen zu können und zu müssen, was Hilfe kostet. Letzteres hat u.E. zumindest in gewisser Weise dazu beigetragen, dass die Vorbehalte gegen die verbindliche Definierbarkeit geringer geworden sind. Darüber hinaus lässt sich beobachten, dass in den letzten Jahren das Interesse an CMA sowohl seitens der Öffentlichkeit als auch der politischen Entscheidungsträger wie auch der in der Suchtkrankenhilfe Tätigen deutlich zugenommen hat.

Die Größe von CMA-Populationen und ihre Dynamik sind für Hilfeschätzungen eine unverzichtbare Basisgröße. **Bevor man etwas zählen kann, muss man es aber definieren, d.h. unterscheidbar machen.** Von besonderem Interesse ist die Ermittlung der CMA-Populationsgröße in einem größeren administrativen Gebiet, das über einen eigenständigen Haushalt verfügt. Unseres Wissens ist **die hier in ihrer dritten Welle vorgestellte Studie die bisher einzige in der Bundesrepublik Deutschland, mit der versucht wird, eine CMA-Population für die administrative Größe eines Bundeslandes zu ermitteln.**

2. Theoretische Positionen zur Definition von CMA

2.1 Die Definition

Im Juni 1999 gelang es, eine operationalisierbare und aus verschiedenen Perspektiven akzeptable Definition chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker vorzuschlagen, die die Zustimmung des Fachausschusses „Stationäre Einrichtungen“ bei der *Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren (SLS) e.V.* erhielt.¹ Damit war die Möglichkeit eröffnet, erstmals in der administrativen Größe eines Bundeslandes eine auf eine empirische Untersuchung gestützte Schätzung der Zahl von CMA vorzunehmen. Von den Daten versprechen sich alle Beteiligten differenzierte Einblicke in den tatsächlichen Hilfebedarf sowie in die Strukturmerkmale von CMA-Populationen und deren Zusammenhänge.

Die Definition – im Folgenden nochmals wiedergegeben - ermöglicht, die somatischen und psychischen Folgeerkrankungen des Alkoholismus´ auch mit dessen sozialen Folgen zu verbinden, die sich kumulativ als Desintegrationsprozess äußern.

¹ vgl. Böttger, G., F. Härtel, H.-J. Leonhardt u. K. Mühler: CMA – Zur Definition und Therapie. Arbeitspapier 3 der Arbeitsgruppe Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke (CMA) , (November 1999); Böttger, G., F. Härtel, H.-J. Leonhardt u. K. Mühler: CMA – Populationsgröße im Freistaat Sachsen. Arbeitspapier 4 der Arbeitsgruppe Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke (CMA), (März 2001)

Chronisch mehrfachgeschädigt ist ein Abhängigkeitskranker, dessen chronischer Alkohol- bzw. anderer Substanzkonsum zu schweren bzw. fortschreitenden physischen und psychischen Schädigungen (incl. Comorbidität) sowie zu überdurchschnittlicher bzw. fortschreitender sozialer Desintegration geführt hat bzw. führt, so dass er seine Lebensgrundlagen nicht mehr in eigener Initiative herstellen kann und ihm auch nicht genügend familiäre oder andere personale Hilfe zur Verfügung steht, wodurch er auf institutionelle Hilfe angewiesen ist.

Ergänzend könnten die Kriterien des Definitionsvorschlages der AG zur Definition von „chronisch mehrfachbeeinträchtigte(n) Abhängigkeitskranke(n)“ benutzt werden.

Mit dieser Definition ist es erstmals gelungen, eine sowohl in der praktischen gesundheitspolitischen wie akademischen Tätigkeit akzeptierte Grundlage für die Einstufung von CMA zu schaffen. Ohne eine solche definitorische Grundlage waren bisher alle Bemühungen, die Größenordnung von CMA zu ermitteln und differenzierte Aufschlüsse über allgemeine Charakteristika dieser Abhängigengruppe zu erhalten, entweder gescheitert oder dazu verurteilt, auf einem nicht generalisierbaren Niveau der ermittelten Daten zu verbleiben. Das Anliegen, eine verlässliche Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen zu erbringen, die sich am Hilfebedarf orientieren kann, war so vordem nicht möglich.

Von besonderer Wichtigkeit für diese Abhängigengruppe ist die Beachtung der Komplexität des Schädigungsprofils, die insbesondere in der gleichgewichteten Darstellung physischer und psychischer Schädigungen sowie sozialer Desintegration ihren Ausdruck findet. Mit der Einbeziehung sozialer Desintegration geschieht zugleich auch eine Bezugnahme auf einen dritten Ursachenkomplex für beobachtbare Therapieresistenz, die den Einsatz einer adäquaten Therapiestruktur und das Verständnis dafür fördert. Damit wird auch die Grenze überschritten, die bisher die nötige bio-psycho-soziale Perspektive verkürzte.

2.2 Die Indexbildung

Die Operationalisierung unserer CMA-Definition erfolgt über einen Index.

Die medizinischen Komponenten basieren auf der Einschätzung des behandelnden Arztes. Dazu standen sechsstufige Schätzskaleten zur Verfügung, wobei „1“ gering bedeutet und „6“ sehr stark. Zuvor wurden einzelne, besonders häufig auftretende, Folgeschädigungen abgefragt; dazu wurde nur das Vorhandensein einer Erkrankung - wie z.B. Delir, Halluzinose, paranoide Psychose usw. - hinsichtlich psychischer Folgeerkrankungen auf dem Niveau Ja/Nein erfragt. Auf diese Weise wurde die dann folgende Gesamteinschätzung der psychischen Folgeerkrankungen trainiert. Ferner ergibt sich daraus die Möglichkeit einer Validitätsbestimmung der Schätzskaleten, z.B. mittels Regressionsanalyse. Das gleiche Verfahren wurde im Zusammenhang mit somatischen Folgeerkrankungen angewendet.

Anders sind wir hinsichtlich der Indexkomponente *Soziale Folgen des Trinkens* vorgegangen. Sie setzt sich aus drei Teilkomponenten zusammen: Wohnung, Familie,

Arbeit. Hierbei wurde gestuft erfasst, ob ein Patient in einer eigenen Wohnung wohnt oder ein Zimmer bei anderen hat oder obdachlos ist; des Weiteren, ob er familienlos ist oder arbeitslos² oder beides.

Insgesamt können 18 Punkte im Index erreicht werden. Jede Art der Folgeschädigungen kann also mit maximal 6 Punkten berücksichtigt werden.

3. Beschreibung der Gesamtanlage der Untersuchung

3.1 Warum eine Längsschnittuntersuchung?

Die Untersuchung umfasst Daten über drei Zeiträume (2000, 2002, 2004). Um es vorweg zu nehmen: Diese drei Erhebungszeitpunkte stellen ein Minimaldesign dar, auch wenn der Aufwand der drei Erhebungen bereits sehr hoch ist. Zum einen, weil keine personenbezogenen Paneldaten erhoben werden konnten und zum anderen, weil auch bei drei Erhebungszeitpunkten mit Zufallsschwankungen zu rechnen ist, die noch keine zuverlässige Abschätzung einer Wandlungsdynamik der beobachteten Population zulassen. Dazu benötigt man letztendlich die Form der Dauerbeobachtung.

Folgende Gründe sprechen dennoch für die durchgeführten Untersuchungen:

Aus Einmaluntersuchungen (Querschnittanalysen) kann man in keiner Weise zuverlässigen Daten über Veränderungen erhalten. Eine Zustandsanalyse liefert Strukturdaten und Zusammenhänge zwischen Strukturen (einen Teil solcher Ergebnisse haben wir im *Arbeitspapier 4* und *5* vorgestellt); über die Stabilität solcher Strukturen kann man jedoch aus Querschnittanalysen keine Schlüsse ziehen. Die Erwartungen, aus drei Untersuchungszeiträumen bereits entsprechende Aussagen zu erhalten, sind allerdings auch letztlich zu hoch angelegt. Grundsätzlich gilt, dass mit der Zahl von Messungen auch deren Zuverlässigkeit steigt. Dies gilt ganz generell. Darüber hinaus hängt es natürlich auch vom Untersuchungsobjekt ab, wie viele Messungen zu hinreichend zuverlässigen Daten führen. Bei Objekten mit einer geringen Dynamik benötigt man natürlich weniger Messungen als bei Objekten mit einer hohen Dynamik. Auch hängt es davon ab, in welchem Umfang bereits empirische Erkenntnisse über ein Objekt vorhanden sind. Hier muss man feststellen, dass über die Dynamik von CMA-Populationen natürlich eine ganze Reihe von Erfahrungen aus dem klinischen Alltag vorliegen, ihre wissenschaftliche Prüfung anhand von Daten jedoch aussteht und dabei Überraschungen nicht ausgeschlossen sind.

Bezüglich CMA gilt eine Konstellation der ungünstigen Parameter. Zum Ersten lässt sich feststellen, dass es nur wenige empirische Befunde zu CMA-Populationen gibt und diese vor allem aus kleinen administrativen Einheiten gewonnen wurden. D.h., oftmals bilden einzelne Kliniken oder ein kleiner Klinikverbund die Erhebungseinheit. Je kleiner eine solche Erhebungseinheit ist, desto stärker kommen z. B. territoriale Eigenheiten, Klinikspezifika u.a. prägende Merkmale der Umgebung in den empirischen Daten zur Geltung und verzerren dadurch Aussagen über die Gesamtpopulation. Erst größere territoriale Untersuchungen, wie sie mit der Untersuchung in Sachsen erstmalig in diesem

² Der Fragebogen ist im Anhang enthalten.

Umfang gelungen sind, gleichen solcherart konkrete Charakteristika der Untersuchungsumgebung zugunsten der Charakteristika der zu Untersuchenden aus. Und um Letztere geht es schließlich.

Zum Zweiten zeichnen sich CMA-Populationen durch eine vermutlich hohe Dynamik aus. Diese Dynamik entsteht durch Mortalität, Heilung und bisher nicht schätzbare Zugänge. Letztere variieren insbesondere durch das Auftauchen von bisher klinisch unauffälligen Abhängigkeitskranken, deren Zahl nur schwer geschätzt werden kann. Ihre Abhängigkeitskarriere war im Vorfeld sucht-medizinisch unauffällig.³ Die Abhängigkeitskranken, die über somatische und psychiatrische Kliniken erfassbar sind, stellen im Grunde nur einen Teil der Abhängigen dar. Es ist mit einer hohen Dunkelziffer zu rechnen und ausgesprochen unsicher, Aussagen darüber zu treffen, aufgrund welcher Bedingungen bzw. Veränderungen von Bedingungen Abhängige aus diesem Dunkelfeld auftauchen. So können institutionelle Veränderungen dazu führen, dass solche Tabuisierungen sich verstärken oder abschwächen. Dem zufolge „variiert“ auch die Population der **erkennbaren** Abhängigen und damit der erfassbaren CMA.

Bezogen auf bisher vorhandenen Daten hinsichtlich deren Komplexität erfasster Merkmale und der Möglichkeit ihres zeitlichen Vergleichs liegt mit den drei Erhebungsintervallen der bisher aussagefähigste Datensatz über eine CMA-Population in einem Bundesland vor.

3.2 Die Untersuchungseinheiten

Der Schwerpunkt der Erhebung liegt auf den Kliniken, die psychiatrische Behandlungen nach Psych-PV durchführen; hier sehen wir forschungsökonomisch die größte Gewähr, aus den ermittelten Daten Aussagen über die CMA-Population zu erhalten, weil sie eine medizinische Basiseinrichtung der Hilfe für Abhängige darstellen. Das bedeutet natürlich auch, dass in dieser Untersuchung immer nur derjenige Teil von CMA erfassbar ist, der klinisch auch in Erscheinung tritt. Dies ist vertretbar, weil die Ermittlung von Größe und Struktur der CMA-Population im Hinblick auf eine Abschätzung des Hilfebedarfs geschieht. Unabhängig von dieser Zielstellung gibt es nur noch den Weg, über Felduntersuchungen eine tatsächliche Gesamtpopulation von Abhängigen zu erheben.

Im Anhang sind jene Einrichtungen enthalten, die an der Erhebung 2004 teilgenommen haben. **Die Gesamtfallzahl, ohne Doppelerfassung, beträgt 1216.**

3.3 Was kann von drei Untersuchungsintervallen erwartet werden?

Nicht alle Einrichtungen der ersten Welle haben auch an der zweiten und dritten Welle teilgenommen. Zudem sind einige neue Einrichtungen hinzugekommen. Was folgt daraus für die Untersuchungsergebnisse?

Generell können mit dem gewählten, an der Praktikabilität orientierten, Forschungsdesign Schätzdaten verbessert werden. Das bedeutet: Es findet eine globale

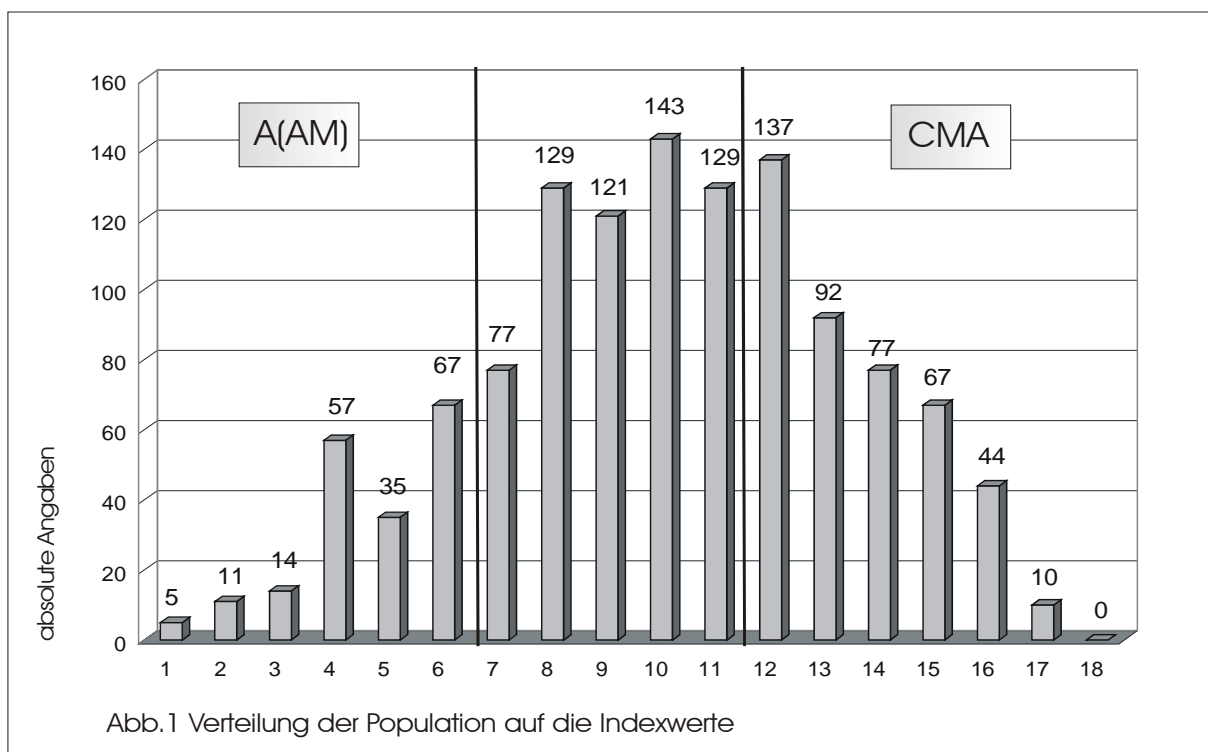
³ Vgl. Leonhardt, H.-J. u. K. Mühler. Der Grad der Folgeschädigungen chronifizierten Trinkens und medizinische Rehabilitation. In: Wer kann (noch) rehabilitiert werden? Möglichkeiten der Rehabilitation bei chronisch mehrfachgeschädigten Versicherten. Vorträge zur Tagung am 2. Oktober 2002 in der LVA Sachsen.

Populationsbeobachtung statt, deren Daten über den Vergleich von Mehrfacherhebungen verbessert werden. Zu zwei Ergebnissen können Verbesserungen der Daten erzielt werden:

Erstens im Hinblick auf die **Validierung der Strukturdaten** der CMA-Population: Dabei ist es unerheblich, ob die gleichen Einrichtungen an der Untersuchung teilgenommen haben. Hier geht es um Datenmasse, die in artgleichen Einrichtungen der gleichen Region erhoben wurden. Sind diese beiden Bedingungen erfüllt, kann man aus dem Vergleich der Erhebungszeiträume, bezogen auf interessierende Strukturmerkmale, ermitteln, ob diese stabil sind oder nicht; dies bedeutet, die getroffenen Strukturaussagen zu bestätigen, zu modifizieren oder zu verwerfen.

Zweitens lassen sich im Hinblick auf die **Dynamik der CMA-Population** grundsätzliche Annahmen gewinnen, indem nur jene Daten berücksichtigt werden, die aus Einrichtungen stammen, die an allen drei Erhebungszeiträumen teilgenommen haben und, zusammengenommen, die Voraussetzung erfüllen, tatsächlich den Schwerpunkt der psychiatrischen Behandlungen von Abhängigkeitskranken in Sachsen zu bilden. Mit anderen Worten: Wir gehen davon aus, dass diese elf Einrichtungen (vgl. Tabelle 3) auch den größten Anteil psychiatrischer Behandlungen durchführen.

Die Strukturdaten der dritten Erhebungswelle und ein Vergleich von Grunddaten der an allen drei Wellen beteiligten Einrichtungen bilden den Schwerpunkt des vorliegenden Heftes.



4. Ergebnisse der Untersuchung

4.1 Die Verteilung der Gesamtpopulation auf den Index

Zunächst wollen wir darauf eingehen, wie sich in der Erhebung 2004 die Abhängigen auf den aus unserer Definition folgenden Index verteilen. Wir hatten dazu vorgeschlagen, für den Status der CMA einen Mindestwert von 12 auf unserem Index zu verwenden.

Es soll an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, dass eine solche Bestimmung lediglich Näherungscharakter besitzt. Die Exaktheit der Daten entspricht nicht einem metrischen, sondern einem nominalen bzw. ordinalen Niveau. Die hier vorgeschlagenen Indexwerte geben Anhaltspunkte zu einer CMA-Population, über die bessere Daten bisher nicht vorhanden sind. Die Gruppe der Abhängigen (Alkohol und Medikamente) - im Folgenden als A(AM) bezeichnet - umfasst Indexwerte 1 bis 6. Die Gruppe, die den Übergang (zu dem dann erreichten CMA-Status) darstellt, liegt zwischen den Indexwerten 7 und 11.

Die Verteilung der Gesamtfallzahl auf die Indexwerte (Abb.1) zeigt eine grundsätzliche Ähnlichkeit mit den Verteilungen aus den Jahren 2000 und 2002. Insgesamt jedoch ist zu beobachten, dass der Verteilungsgipfel breiter geworden ist und die Verteilung rechts (d.h. auf der Seite der CMA), steiler geworden ist.⁴ Allerdings muss hier angemerkt werden, dass diese Verteilung alle Einrichtungen umfasst, die an der Erhebung 2004 teilgenommen haben. Ein direkter Vergleich lässt sich daraus also noch nicht herstellen. Ganz generell folgt die Häufigkeitsverteilung also auch in dieser dritten Erhebung dem Muster einer Normalverteilung.⁵ Den beobachtbaren Veränderungen werden wir uns im letzten Abschnitt zuwenden.

4.2 Ausgewählte Strukturdaten

Im Unterschied zur Ermittlung von Populationsveränderungen sollen hier Strukturmerkmale der sächsischen CMA-Population dahingehend geprüft werden, ob sie sich im Laufe der drei Erhebungen verändert haben oder sich der Tendenz nach bestätigen lassen, d.h. stabil sind.

4.2.1 Empirische Anteile der drei Dimensionen an der Bestimmung des CMA-Status

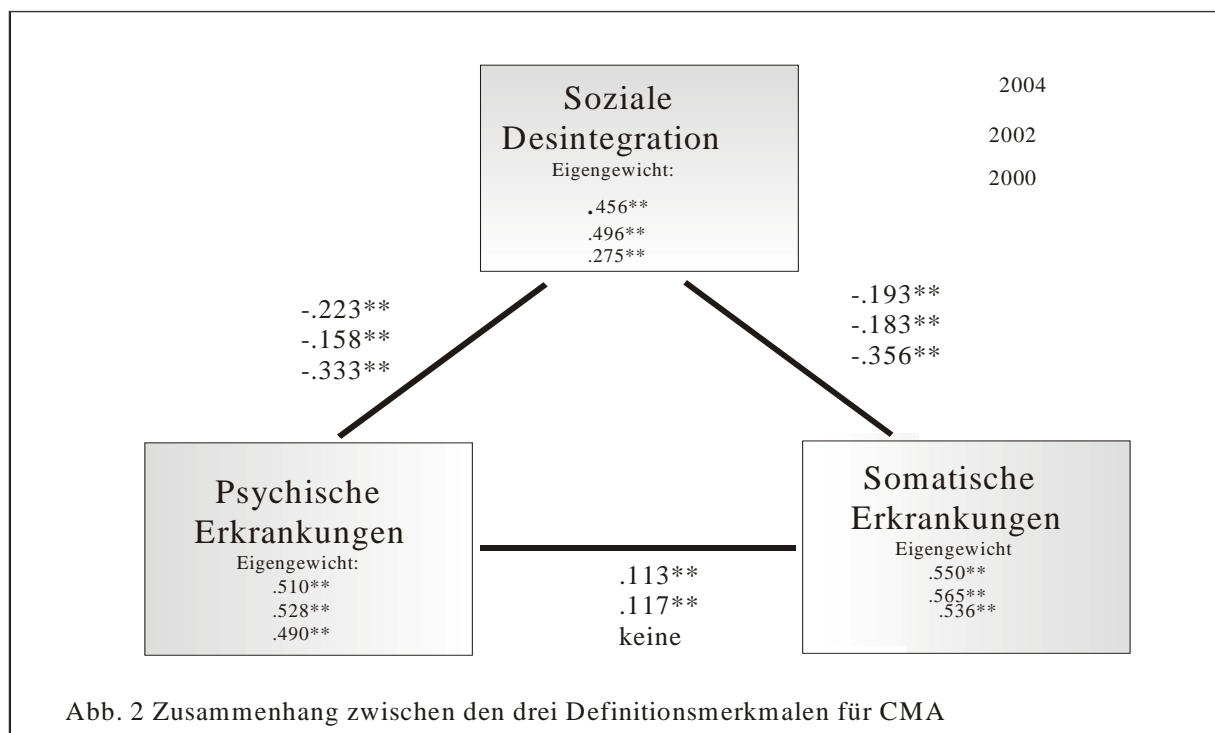
Wir hatten aus der Analyse der Daten aus der Erhebung 2000 herausgefunden, dass sich innerhalb der CMA eine Struktur nach Schädigungsprofilen erkennen lässt. Eine solche Differenzierung kann sich als relevant erweisen, wenn man spezifische Hilfeangebote generieren will bzw. nach Zusammenhängen sucht, die für eine solche Profilbildung verantwortlich sind. Wir hatten zwischen *dominant physisch*, *dominant psychisch* und *dominant sozial desintegriert* sowie Mischtypen unterschieden. Es stellt sich auch die Frage, ob solche Unterscheidungen in der Schädigungsstruktur ein stabiles Merkmal darstellen oder die Proportionen zwischen den so ermittelten Gruppen deutlich schwanken.

Zunächst stellt sich die Frage, in welchem Verhältnis die tatsächlichen, empirisch beobachtbaren Anteile der drei Dimensionen, auf welchen unsere CMA-Definition basiert, zueinander stehen. Dazu gehen alle Daten aus der Erhebung 2004 ein. Die Untersuchungen zeigen insgesamt, dass die physische und die psychische Dimension der CMA-Einstufung am stärksten zur Geltung kommen und die soziale Dimension etwas schwächer den CMA-Status bestimmt. (Abb. 2) Auffällig ist, dass nur in der Erhebung 2000 ein deutlich schwacher Einfluss der sozialen Folgen auf die Bestimmung des CMA-Status zu beobachten ist. Die neueren Untersuchungen dagegen zeigen eine stabile und stärkere Bedeutung der sozialen

⁴ Vgl. auch Tabelle 1 im Anhang

⁵ Dies ist natürlich nicht im strengen statistischen Sinn zu verstehen. Schiefe und Steilheit liegen jedoch im Bereich einer weichen Toleranz für Normalverteilungen.

Folgen auf. Dieses Ergebnis verweist darauf, dass die Befürchtung unzutreffend ist, wonach die Einführung einer Merkmalsgruppe sozialer Folgen des Trinkens den Charakter der CMA-Bestimmung nachhaltig verändern und das Gewicht der klinischen Merkmale in den Hintergrund geraten lassen würde. Stattdessen zeigt sich an dieser Struktur die Stärke unseres Definitionsvorschlags. Wir können auf eine weitestgehend ausgewogene Bestimmung des CMA-Status durch unsere drei Merkmale verweisen. Diese Ausgewogenheit bezieht sich nicht auf eine quantitative (häufigkeitsbezogene Ausgewogenheit), sondern auf die empirisch beobachtete Chance in den Index einzugehen. Demnach bestimmten am stärksten diagnostizierte somatische Folgeerkrankungen, ob ein Anhängigkeitskranker als CMA eingestuft wird. Dieses Eigengewicht ist etwas stärker als jenes der psychischen Folgeerkrankungen. Die sozialen Folgen des Alkoholmissbrauchs stehen an dritter Stelle, schon etwas deutlich geringer in ihrem Gewicht. Das bedeutet, dass in den beobachteten Populationen die Wahrscheinlichkeit statistisch vernachlässigt werden kann, dass ein Abhängigkeitskranker nur aufgrund sozialer Folgen des Alkoholmissbrauchs

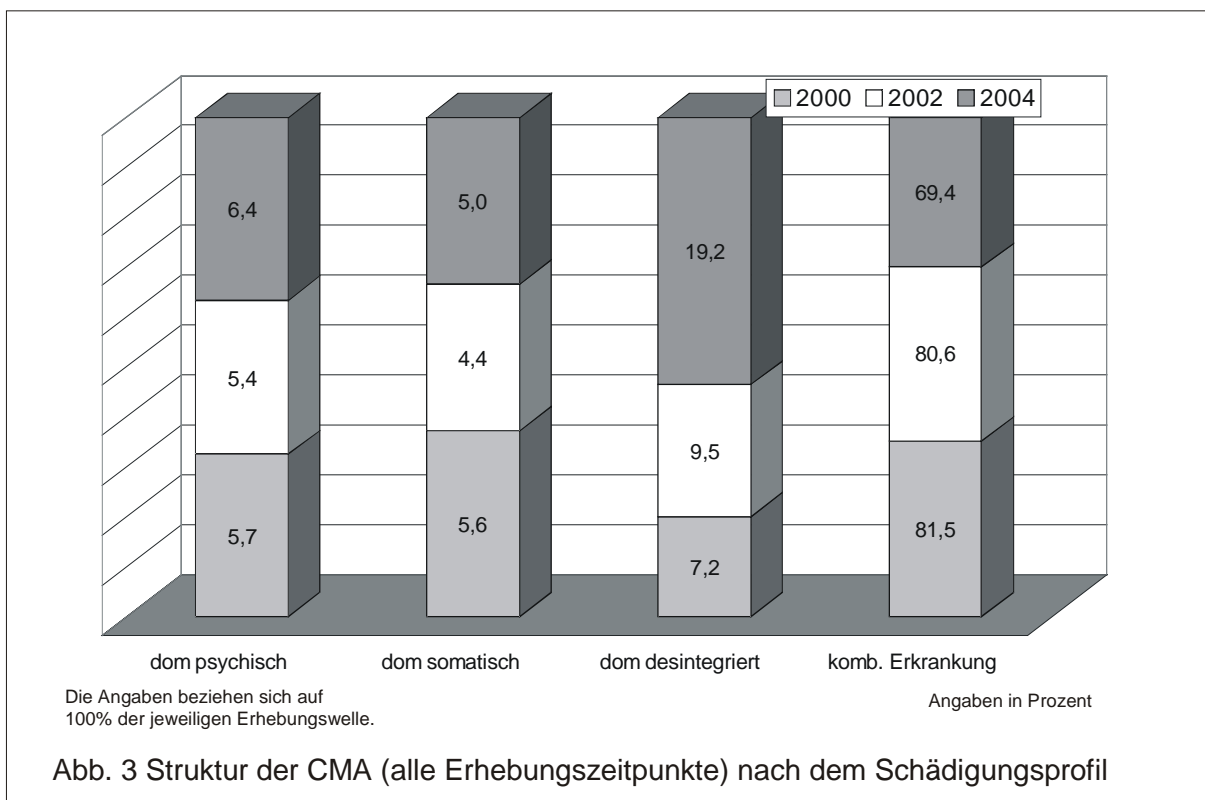


als CMA eingestuft wird. Dies hatten wir bereits mit der Begründung des Indexwertes 12 ausgeschlossen.

Auch die Beziehungen zwischen den Dimensionen haben sich mit der dritten Untersuchung stabilisiert. Wir können von den gegenwärtigen Ergebnissen davon ausgehen, dass es eigenständige Profile der CMA gibt und diese sich aus der Eigenständigkeit der drei Merkmalsgruppen ableiten lassen. Konkret heißt das, dass es einen nur schwachen positiven Zusammenhang zwischen den psychischen und somatischen Folgeerkrankungen gibt. Ein Abhängigkeitskranker mit einem hohen Grad an psychischen Folgeerkrankungen weist nicht gleichzeitig auch einen hohen Grad an somatischen Folgeerkrankungen auf. Dies gilt natürlich ebenso umgekehrt. Der beobachtete Zusammenhang ist sehr gering. Aus Abb. 2 geht auch hervor, dass die sozialen Folgen des Alkoholmissbrauchs in einem schwachen oppositionellen Zusammenhang zu den klinischen Merkmalen stehen. Es lässt sich ein

inzwischen stabiler aber geringer negativer Zusammenhang beobachten. Das bedeutet, dass bei einem hohen Grad z.B. an psychischen Folgeerkrankungen nicht notwendigerweise auch eine soziale Desintegration vorliegen muss, sondern eher nicht vorliegt. Das Gleiche gilt für einen diagnostizierten hohen Grad an somatischen Folgeerkrankungen. Dies gilt natürlich auch umgekehrt, also ein hoher Grad an Desintegration bedeutet nicht zugleich auch einen hohen Grad an somatischen und psychischen Folgeerkrankungen aufzuweisen. Allerdings ist diese Beziehung schwach ausgeprägt.

Was bedeutet das? Im Grunde bestätigen die ermittelten Korrelationswerte die Richtigkeit, CMA neben ihrer Gemeinsamkeit infolge der Abhängigkeit hochgeschädigt zu sein, auch nach Grundtypen entsprechend ihrer dominanten Schädigung zu differenzieren. Man kann demnach von einer Konsistenz der drei Bestimmungsmerkmale in Bezug auf einen Teil der CMA sprechen. Dieser Teil der CMA umfasst ca. ein Drittel der beobachteten Population. Diese CMA weisen entweder dominante physische oder dominante psychische Schädigungen auf oder sind dominant sozial desintegriert.



Es ergeben sich aber auch Veränderungen. So lässt sich eine Zunahme des Profils dominant sozial desintegrierter CMA beobachten und eine Abnahme von Kombinationen. Auch der Anteil dominant somatisch und psychisch Erkrankter hat leicht zugenommen. Ob sich dahinter eine Tendenz zunehmender Differenzierungen verbirgt, kann mit den jetzt zur Verfügung stehenden Daten nicht geklärt werden. Wenn dem aber so wäre, also dass der Anteil der „Mischformen der Folgeerkrankungen“ von CMA zugunsten eindeutiger Erkrankungsprofile, insbesondere Abhängigkeitserkrankung, die von sozialer Desintegration begleitet sind, abnimmt, entsteht die Frage, worin die Ursachen einer solchen Tendenz bestehen könnten. Zu vermuten ist, dass die Verschlechterung der wirtschaftlichen und

damit sozialen Situation nicht unbeteiligt sein dürfte. Damit ist nicht gemeint, dass diese Prozesse für Abhängigkeitserkrankungen monokausal von uns herangezogen werden, sondern wir vermuten, dass diese Prozesse die biographische Dramatik des Abhängigkeitsverlaufs beeinflussen, indem verstärkt die sozialen Einbindungen erodieren.

4.2.2 Zur sozialen Charakteristik von CMA

Demographische Daten

In der Untersuchung des Jahres 2000 konnten wir feststellen, dass zwei Drittel der CMA zwischen 35 und 50 Jahre alt waren (Durchschnittsalter 47 Jahre) und damit etwas älter als die als A(AM) (Durchschnittsalter 44 Jahre) Eingestuft.⁶ Die CMA der Untersuchung 2002 wiesen ein Durchschnittsalter von 49,7 Jahren auf und sind damit im Durchschnitt ca. zweieinhalb Jahre älter als jene der Untersuchung 2000; die Vergleichsgruppe der A(AM) dagegen ist jünger als jene des Jahres 2000 (Durchschnittsalter 42,5 Jahre). Zieht man die Ergebnisse der Untersuchung 2004 heran, so zeigt sich, dass sich die Tendenz der Altersschere zwischen CMA und A(AM) nicht fortsetzt, sondern sich wieder zu schließen beginnt. Die beobachtete Population der A(AM) ist wieder etwas „älter“ geworden (43,3), die CMA wieder etwas „jünger“ (47,7).

Wir können festhalten: Erstens hat sich der Strukturunterschied, dass die CMA-Population älter ist als die Vergleichsgruppe der A(AM), in allen drei Untersuchungen bestätigt. Zweitens schwankt das Durchschnittsalter der Population, woraus sich jedoch keine Tendenz abschätzen lässt.

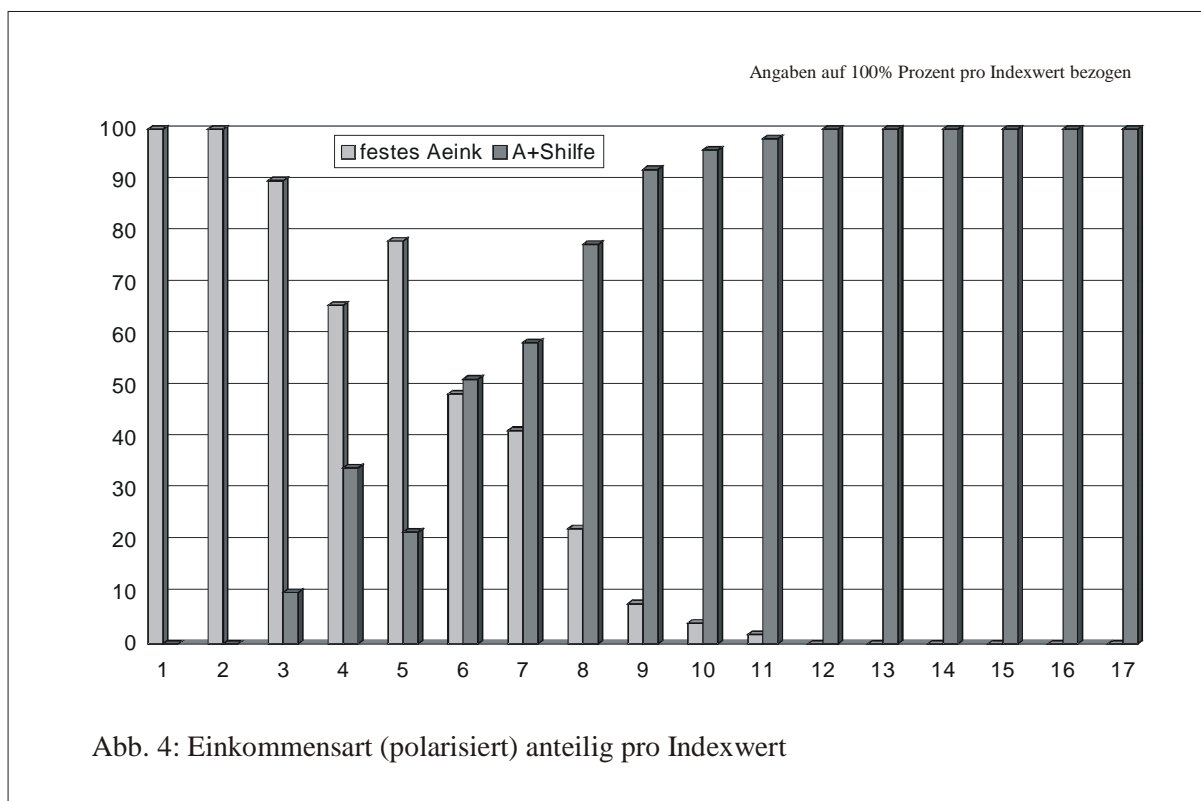
Ein zweites demographisches Merkmal, das hier betrachtet werden soll, ist die Geschlechtszugehörigkeit. Bereits in der Untersuchung 2000 hatte sich - ebenso wie in anderen Untersuchungen - bestätigt, dass CMA typischerweise Männer sind; im Jahr 2000 waren dies bei den CMA 85% und bei den A(AM) 78%. Die Werte hatten sich 2002 etwas verändert: so sind bei den CMA 89% und bei den A(AM) 71% Männer. Bei den CMA ist der Männeranteil 2004 schließlich auf 91% angestiegen, bei den A(AM) beträgt er ca. 74%. (vgl. Tab. 5 und 6)

Zum einen wollen wir festhalten, dass es einen erkennbaren Unterschied im Männeranteil zwischen CMA und A(AM) gibt, der in allen drei Untersuchungen anzutreffen ist. Darüber hinaus steigt er bei den CMA seit 2000 an. Nur ca. 9% Frauen sind 2004 als CMA einzustufen. Zum anderen stellt sich die Frage, weshalb der Frauenanteil bei den A(AM) in allen drei Untersuchungen deutlich höher ist. Auch hier können die Daten keine Antwort geben. Es liegt allerdings die Vermutung nahe, dass es einen geschlechtsbezogenen Wirkungsunterschied therapeutischer Maßnahmen gibt. Sind Frauen im Durchschnitt, bei eingetretenem Leidensdruck, einsichtiger? Oder: Ist die Art und Struktur der Hilfsangebote frauengerechter? Oder: Verläuft die Erkrankung von Frauen bei erreichtem CMA-Status infauster? Also: Ist die Ursache in der biologisch-sozialen Konstitution der Geschlechter zu sehen oder in der Art der therapeutischen Hilfen? Dies herauszufinden dürfte sich mit Blick auf die dringend gebotene Erhöhung der Effizienz von Krankenhausbehandlungen und medizinischen Rehabilitationen wahrscheinlich lohnen.

⁶ Die Werte aus der Untersuchung 2000 sind auf die neue Einteilung berechnet. Sie unterscheiden sich aber nicht von der im Arbeitsheft 4 getroffenen Grundaussage.

Einkommensart

Bezüglich der Einkommensart kann man beobachten, dass mit steigendem Indexwert der Anteil an Abhängigkeitskranken, die noch über ein festes Arbeitseinkommen verfügen, stetig sinkt. Beim Indexwert 12 findet sich kein Abhängigkeitskranker mit festem Arbeitseinkommen mehr; zugleich markiert dieser Indexwert auch den beginnenden CMA-Status, wie wir ihn hier vorschlagen. Demgegenüber steigen die Anteile an Abhängigkeitskranken, die Arbeitslosen- oder Sozialhilfe beziehen; beim Indexwert 1 und 2



erhält kein Abhängigkeitskranker Arbeitslosen- oder Sozialhilfe, ab Indexwert 12 sind dies 100%. Im direkten Vergleich wird damit deutlich, dass CMA aus dem Arbeitsmarkt weitestgehend ausgegliedert sind – denn der Bezug von Arbeitslosenhilfe signalisiert, dass Langzeitarbeitslosigkeit vorliegt, aber auch eine erfolgte Berentung macht dies, und zwar bei fast einem Drittel, deutlich. Diese Ergebnisse stimmen mit denen aus den Jahren 2000 und 2002 überein. (vgl. Tabelle 7)

Das Balkendiagramm in Abb. 4 ist so gestaltet, dass innerhalb jedes der insgesamt 18 Indexwerte (der Indexwert 18 ist nicht angegeben, da keiner der 2004 erhobenen Fälle diesen Index aufweist) der Anteil der Einkommensarten getrennt berechnet wurde und daraus erkennbar wird, dass für CMA die Arbeitslosen- und Sozialhilfe die typische Einkommensquelle darstellt.

4.2.3 Zusammenfassung

Im Vergleich beider Untersuchungen der Jahre 2000 und 2002 haben sich die ausgewählten Strukturmerkmale für CMA bestätigt.

CMA sind durchschnittlich etwas älter als andere Abhängige. Ebenfalls bestätigt ist, dass CMA in der überwiegenden Mehrheit Männer sind. CMA leben vorwiegend von Arbeitslosen- oder/und Sozialhilfe. Sie verfügen über ein geringeres Humankapital als andere Abhängige und leben in der überwiegenden Zahl allein. Schließlich weisen sie eine beachtlich umfangreichere klinische Behandlungserfahrung auf. Bezogen auf psychiatrische Behandlungen bestätigt sich das Bild des „Drehtürpatienten“. Selbst medizinische Rehabilitationen sind signifikant öfter in Anspruch genommen worden, als dies bei A(AM) der Fall ist. Andere stationäre Aufenthalte sind ebenfalls deutlicher ausgeprägt. Schließlich bestätigt sich, dass CMA überwiegend Männer sind. Auch diesbezüglich unterscheiden sich die CMA von den A(AM).

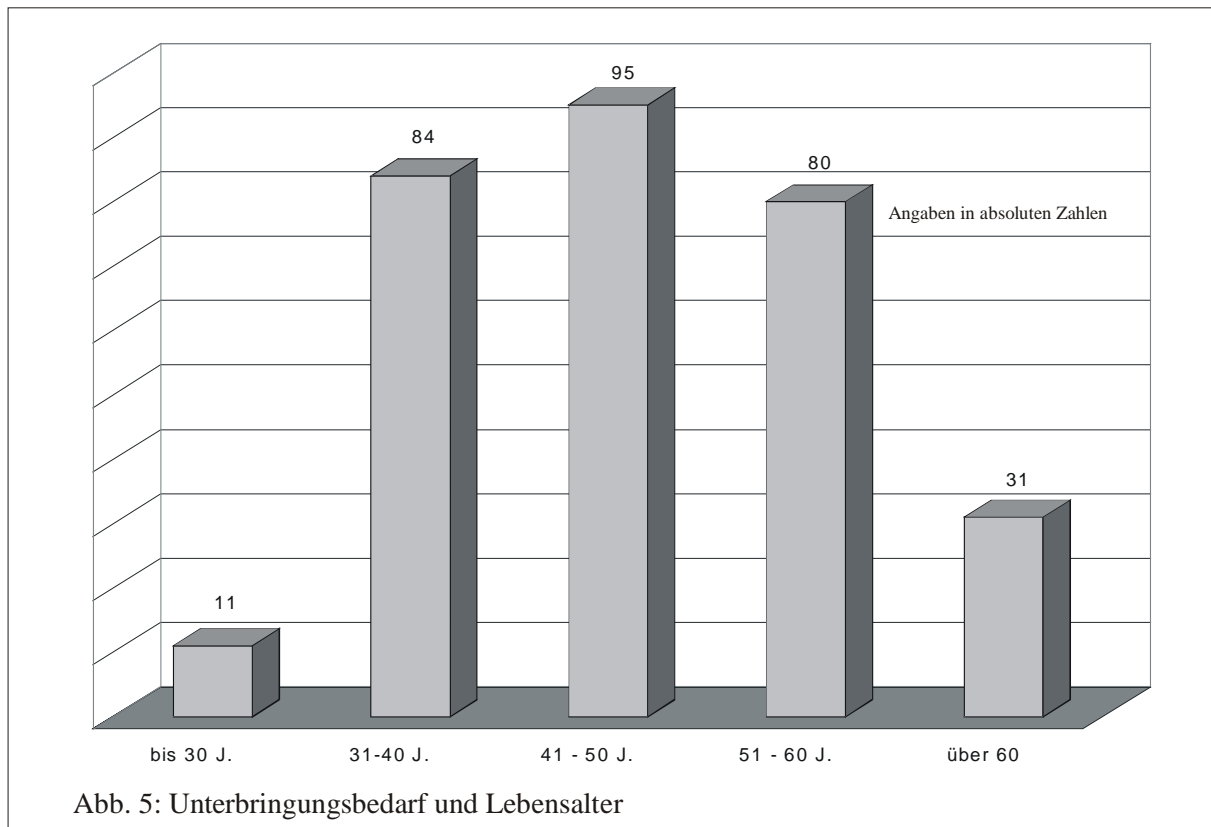
4.3. Struktur des ermittelten Bedarfs an Heimunterbringungen

In der Untersuchung 2004 wurde erstmals die Frage eingesetzt „Unterbringung im beschützten/geschlossenen Heim notwendig?“. Im Folgenden wollen wir etwas zur Struktur dieses Bedarfs sagen.

Insgesamt ist in 301 Fällen ein solcher Unterbringungsbedarf bejaht worden. Bezogen auf das Lebensalter wird in Abb. 5 deutlich, dass insbesondere die Altersgruppen zwischen 31 und 60 Jahren betroffen sind. Deutlich wird auch, dass infolge wahrscheinlich zunehmender Mortalität höhere Altersgruppen unterrepräsentiert sind. Der für eine Heimunterbringung typische Abhängigkeitskranke dürfte sich damit in diesem Merkmal deutlich von anderen in Heimen untergebrachten Personen unterscheiden, indem er jünger ist.

Auch hier wird deutlich, dass es sich überwiegend um Männer handelt (75%). Dies entspricht den Proportionen zwischen Frauen und Männern, welche wir für alle Abhängigkeitskranken ermittelt haben. Es ist aber auffällig, dass der Zusammenhang zwischen Einstufung der Abhängigkeit und Unterbringungsbedarf zwischen den Geschlechtern differiert. (vgl. Tabelle 8) In Bezug auf die Abhängigkeitsdauer zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang. Demnach sind zwei Drittel der Abhängigkeitskranken, bei denen eine Heimunterbringung erforderlich wäre, bereits seit über 15 Jahren abhängig. In Tabelle 9 wird deutlich, dass der Anteil derer, für die eine Heimunterbringung als notwendig erachtet wird, innerhalb der Kategorisierungen nach der Dauer der Abhängigkeit merklich zunimmt.

Eine andere Seite der Struktur des ermittelten Bedarfs ergibt sich daraus, ob die Abhängigen allein leben. So zeigt sich, dass das Merkmal alleinlebend überproportional häufig mit der Einschätzung der Notwendigkeit einer Heimunterbringung im Zusammenhang steht. Cirka 92 % der Abhängigkeitskranken, welche in einem Heim untergebracht werden sollten, leben allein. Das bestätigt auch die Vermutung, dass das Zusammenbrechen des sozialen Kapitals (sozialer Integration insgesamt) Trinkexzesse fixiert und damit den physischen und psychischen Abbau beschleunigt. Betrachtet man dies noch hinsichtlich des Familienstandes, dann ist der hohe Anteil der Geschiedenen auffällig. 60% derjenigen, für die eine Heimunterbringung erforderlich ist, sind geschieden, nur 3% sind verheiratet. Hier kann man von einer deutlichen Überrepräsentation der Geschiedenen sprechen, denn an der 2004 erhobenen Gesamtstichprobe an Abhängigkeitskranken sind sie nur mit ca. 37% vertreten.



Betrachtet man die Beurteilung der Heimunterbringung nach den dominanten Folgeschädigungen, dann wird deutlich, dass vor allem bei einer (gegenüber den anderen beiden Schädigungen) dominanten hohen psychischen Erkrankung Heimunterbringung als erforderlich erachtet wird. (vgl. Tabelle 12) Betrachtet man den Grad der gesamten psychischen Folgeerkrankungen, dann weisen auf der von uns eingesetzten 6-stufigen Ratingskala ca. 75% einen Erkrankungsgrad ab 4 auf. (vgl. Tabelle 13) Bei den physischen Folgeschädigungen sind dies ca. 65%. (vgl. Tabelle 14) Schließlich sind es bei den sozial desintegrierten Abhängigkeitskranken ca. 85%. Wie bereits aus Tabelle 12 ersichtlich ist, stellen von der Struktur der Folgeschädigungen her betrachtet, die Abhängigkeitskranken mit kombinierten Schädigungen den größten Anteil des Heimunterbringungsbedarfs. Insgesamt lässt sich feststellen, zieht man die Kombination physischer und psychischer Erkrankungen heran, wie sie in Tabelle 16 dargestellt ist, dann weisen ca. 50% der Abhängigkeitskranken, für die ein Heimunterbringungsbedarf ermittelt wurde, auf beiden Skalen einen Schweregrad von 4 oder 5 auf; das heißt, ca. 50% sind nahezu gleichermaßen psychisch und physisch stark geschädigt. Ferner zeigt sich eine hohe durchschnittliche Anzahl an (erfolglosen) stationären Vorbehandlungen.

Insgesamt setzt sich die Gruppe der Abhängigkeitskranken, für die eine Heimunterbringung als erforderlich angesehen wird, vorwiegend aus Männern zwischen 30 und 60 Jahren, die eine Kombination von hohen physischen und psychischen Folgeerkrankungen aufweisen und sozial desintegriert (allein lebend) sind, zusammen.

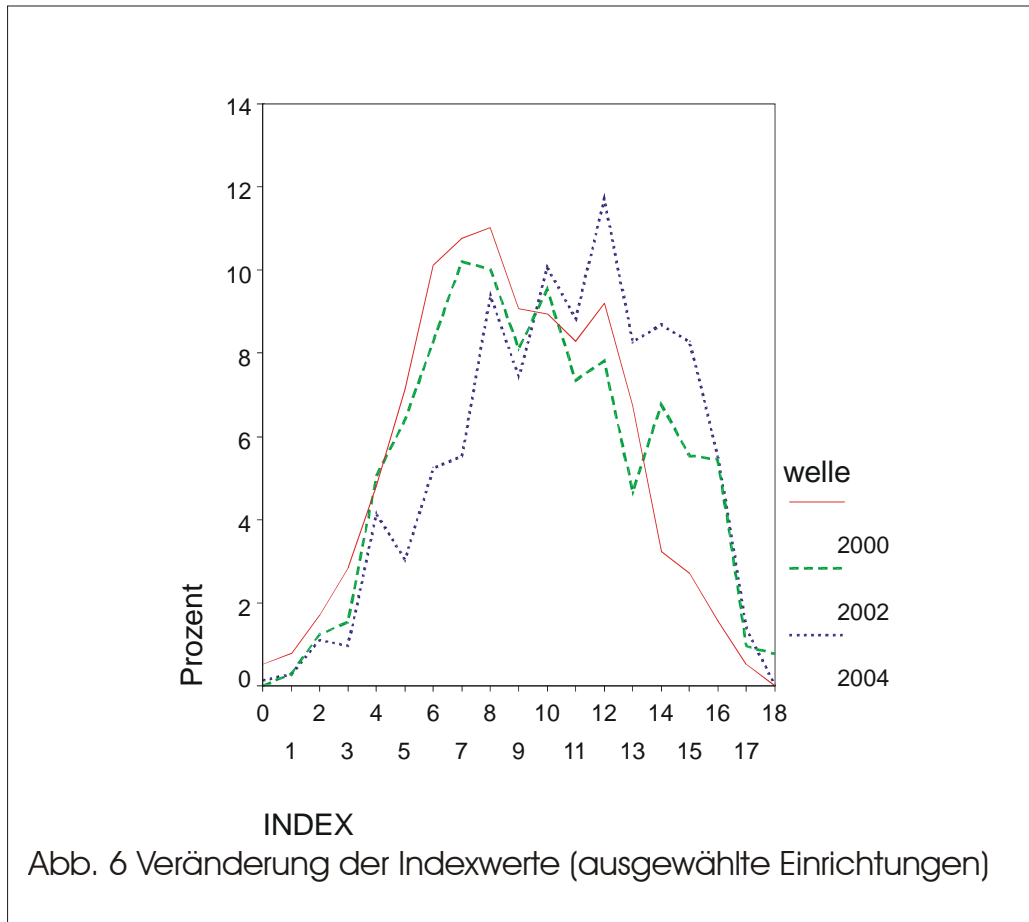
4.4 Bemerkungen zur Dynamik der CMA-Population

Wir hatten bereits auf die Schwierigkeit hingewiesen, exakte Angaben über die Veränderung der Größe der CMA-Population im Freistaat Sachsen ableiten zu können. Dazu sind auch drei Untersuchungen nicht ausreichend, da zudem an allen Untersuchungen nur ein Teil der Einrichtungen teilgenommen hat. (vgl. Tabelle 3) Wir gehen davon aus, dass von diesen Einrichtungen über 50% des Klientenaufkommens versorgt werden. Es haben elf Einrichtungen an allen drei Erhebungen teilgenommen. Betrachtet man deren Anteil an den drei Erhebungen, so ergibt sich folgendes Bild: Diese Einrichtungen weisen in der Untersuchung 2000 (höchste Zahl von Einrichtungen, die an den Untersuchungen teilnahmen) einen Anteil von ca. 65% aller damals untersuchten Fälle auf. In der Untersuchung 2002 entstammen ca. 71% der untersuchten Fälle diesen Einrichtungen und 2004 sind es ca. 60%. Diese Angaben sollen verdeutlichen, dass die Annahmen über tendenzielle Veränderungen mit großer Vorsicht verwendet werden sollten. Dennoch lohnt es sich, die Daten unter dem Aspekt der Veränderung näher zu betrachten, weil bisher aussagefähigere Daten nicht verfügbar sind.

Dennoch wollen wir auf einige sich aus den drei Wellen ergebende Veränderungen aufmerksam machen. Generell gilt, dass selbstverständlich nur Relationen bzw. Tendenzen, nicht aber die ermittelten Zahlen direkt, beurteilt werden können, denn diese Angaben basieren auf einer Auswahl von Fachkliniken und betreuenden Einrichtungen. Vorausgesetzt wird dabei natürlich auch, dass sich die Einzugsgebiete der Fachkliniken nicht verändert haben. Wir wollen hier zunächst nur jene Daten auswerten, die auf den Indexwert bezogen werden können.

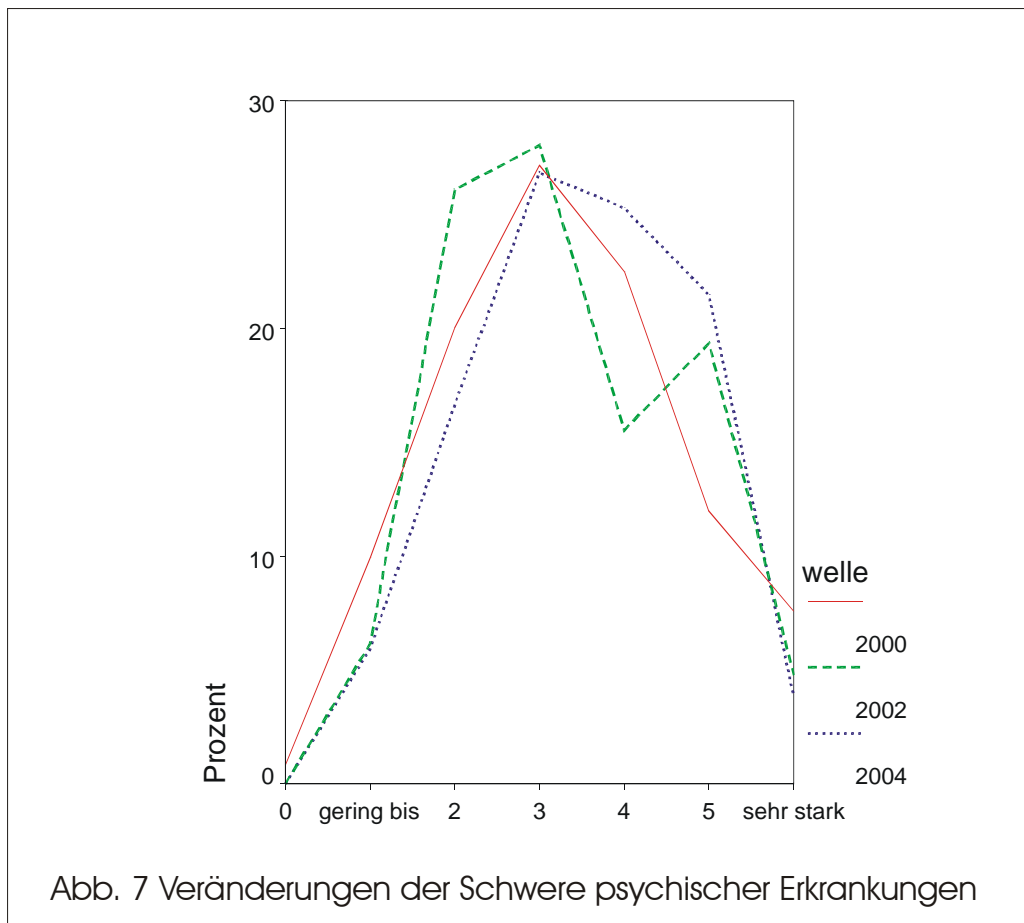
4.4.1 Veränderungen des Indexwertes der Populationen

Wir betrachten zunächst den Index insgesamt. Bei einem Vergleich des durchschnittlichen Indexwertes aller in den ausgewählten Einrichtungen behandelten Abhängigen zeigt sich, dass der durchschnittliche Indexwert über die drei Wellen gestiegen ist. Dies bedeutet auch, dass die durchschnittlichen Gesamtfolgeschädigungen aller in den ausgewählten Einrichtungen behandelten Abhängigkeitskranken sich seit 2000 beobachtbar erhöht hat. Der durchschnittliche Indexwert lag 2000 bei 8,73, 2002 bei 9,60 und 2004 bei 10,53. Das bedeutet, wenn man den 18stufigen Index betrachtet, dass die durchschnittliche Schädigung aller erfassten Fälle bereits sehr nahe an die CMA-Einstufung heranreicht. Generell kann man feststellen, dass sich der Schweregrad der erhobenen Gesamtpopulation in den ausgewählten Einrichtungen merklich erhöht hat und wie in Abb. 6 ersichtlich, die beobachtbare Verteilung auf der Schweregradskala des Index nach rechts „wandert“. Die Angaben in Abb. 6 bezeichnen Prozentwerte in Bezug auf alle Indexwerte. Betrachtet man die Gruppe der CMA, dann ergeben sich verschiedene Perspektiven. Zum einen kann man danach fragen, ob sich die absolute Zahl der CMA erhöht oder verringert hat. Dies mag ganz allgemein die interessantere Frage sein, schon wegen ihrer ökonomisch relevanten Implikationen, aber aufgrund der gebotenen Vorsicht hinsichtlich dessen, dass hier keine Grundgesamtheit erhoben wurde, sollte man dies auch nicht überbewerten. Die zweite Frage bezieht sich darauf, wie sich der Anteil der CMA relativ zur erhobenen Gesamtpopulation der Abhängigkeitskranken verändert hat.



Zur ersten Frage lässt sich feststellen, dass die Absolutzahl etwas gesunken ist. Ein Absinken von $n = 17$ (von 335 auf 318) kann aber aufgrund der erforderlichen Gesamtteranz eher als Stabilität betrachtet werden. Immerhin ist die Zahl der CMA zuvor (von 2000 bis 2002) von 185 auf 335 gestiegen. Die Betrachtung der Proportionen innerhalb der Wellen zeigt jedoch, dass der Anteil der CMA deutlich gestiegen ist. (vgl. Tabelle 17) Das lässt sich natürlich bereits aus der Veränderung des durchschnittlichen Schweregrades der Folgeschädigungen vermuten.

4.4.2 Veränderungen der Komponenten, aus denen sich der Index ergibt



Die Frage, ob am Steigen des durchschnittlichen Indexwertes alle drei Komponenten gleichermaßen beteiligt sind, kann man mit Nein beantworten: Der Anteil der Parameter der sozialen Desintegration ist schneller gewachsen als die Anteile der physischen und psychischen Parameter. Das hatte sich bereits im Vergleich der Untersuchungen von 2000 und 2002 ergeben.

Für die psychischen Folgeschädigungen (vgl. Abb. 7 und Tabelle 18) zeigt sich die Gesamttendenz einer Erhöhung des Schweregrades. Zu beachten ist dabei, dass sich dies insbesondere bei der Einstufung 4 und 5 bemerkbar macht, während der Anteil an der höchsten Einstufung abgenommen hat. Darauf kommen wir in unserer Gesamteinschätzung zurück.

Das gleiche Bild zeigt sich auch hinsichtlich der Veränderung des Schweregrades somatischer Folgeerkrankungen. Auch hier ist der Schweregrad 4 und 5 angestiegen und der Anteil des Schweregrades 6 leicht gesunken. (vgl. Tabelle 19)

Die soziale Desintegration dagegen zeigt ein schnelleres Wachstum, das sich zudem deutlicher nach rechts von Welle zu Welle verschiebt. Hier wachsen die Schweregrade 5 und 6 an. (vgl. Tabelle 20) Um es noch einmal hervorzuheben: Diese Vergleiche beziehen sich auf die Proportionen innerhalb der Wellen in den 11 herangezogenen Einrichtungen.

4.4.3 Zusammenfassung

Zum einen hatten wir festgestellt, dass der Anteil der CMA im Vergleich der Erhebungen gesunken ist. Zum anderen ergibt sich aber, dass im Vergleich der Wellen anteilig der Schweregrad der Folgeschädigungen insgesamt sowie der drei Komponenten gestiegen ist. Am schnellsten steigt der Grad sozialer Desintegration. Auffällig war auch, dass der höchste Schweregrad der psychischen und somatischen Folgeerkrankungen gesunken ist. Auf dieser Grundlage der beobachteten Veränderungen und mit gebotener Vorsicht möchten wir folgendes Resümee zur Wandlungsdynamik von CMA bzw. der erhobenen Gesamtpopulation, aus welcher die CMA hervorgehen, ziehen:

- Der Schweregrad der Folgeerkrankungen in der Gesamtpopulation nimmt im beobachteten Zeitraum schneller zu als der Umfang der Gesamtpopulation.
- Am schnellsten wächst der Anteil sozialer Desintegration. Dabei ergibt sich die Auffälligkeit eines Absinkens klinischer Schweregrade am Extremwert, während die soziale Desintegration dort noch ansteigt.
- Der Anteil der CMA an der Gesamtpopulation ist von 2000 auf 2002 stark gestiegen und 2004 fast stabil geblieben.

Die jetzigen drei Beobachtungszeitpunkte lassen über die Wachstumscharakteristik der CMA-Population nur spekulative Schlüsse zu: Man kann nach der bisherigen Einschätzung nicht von einem linearen und stetigen Wachstum sprechen. Folgende Phasen, und wir möchten nochmals betonen, dass die Grundlagen dafür nicht hinreichend gesichert, dennoch aus der Erfahrung der klinischen und therapeutischen Behandlung der Klientel plausibel sind, ergeben sich demnach:

- Zunächst entsteht eine Phase quantitativen Wachstums der Population der Abhängigkeitskranken insgesamt sowie der CMA, die mehr oder weniger stark ist.
- Dem schließt sich eine Phase qualitativer Verschlechterung der Gesamtpopulation und der CMA an. In dieser Phase steigt wahrscheinlich, in Beziehung mit der Geschwindigkeit des Schwereanstiegs, die Mortalität an; am stärksten vermutlich in der Population der CMA. Dadurch werden, je nach Stärke dieses Prozesses, quantitativ die Zugänge der Gesamtpopulation ausgeglichen oder der Gesamtanstieg zumindest merklich gebremst.
- In einer dritten Phase kann es deshalb zu einer vorübergehenden quantitativen Stabilisierung oder einer leichten Abnahme der Population kommen. Darauf verweist auch das Sinken des höchsten Schweregrades der klinischen Einschätzungen. Das zeigt sich in der Gesamtpopulation und noch deutlicher bei den CMA. Bei Letzteren lässt sich bereits eine Verschiebung der Verteilungsgipfel der anteiligen Indexwerte und der klinischen Schweregradeinschätzungen nach links beobachten. Gleichzeitig aber steigt, wie bereits bemerkt, besonders bei den CMA die soziale Desintegration (Verteilungsgipfel bei 6, dem höchsten Schweregrad) an.
- In einer nächsten Phase wächst die Population wieder. Dies geschieht in dem Maß, in dem aufgrund der zwischenzeitlich hohen Mortalität und des dadurch bewirkten Absinkens der klinischen Schweregrade der Folgeschädigungen, die

Gesamtpopulation wie auch die CMA wieder „gesünder“ werden. Nun machen sich die Zugänge wieder bemerkbar.

Demnach wäre damit zu rechnen, dass sich CMA-Populationen von vielen Faktoren beeinflusst verändern. Je nachdem, wie hoch das zwischenzeitliche Ansteigen der Mortalität, natürlich auch des Behandlungserfolgs ausfällt, welcher ebenfalls Abgänge aus der Population bewirkt, verändert sich auch langfristig der Umfang der Population. Je nachdem wie intensiv die einander entgegenwirkenden Prozessen sind, steigt im langfristigen Durchschnitt die Population an, sie kann sich aber auch stabilisieren. Gegenwärtig verweist nur der auffällige Anstieg sozialer Desintegration auf die Möglichkeit eines langfristigen Anstiegs der CMA-Population.

Unsere Empfehlung ist, die gängige Praxis der Dauerbeobachtung gesellschaftlicher Prozesse auch auf die hier interessierenden Prozesse der Suchtkrankenhilfe und ihrer einschlägigen Einrichtungen anzuwenden, um langfristig eine verlässliche Statistik aufzubauen, so, wie das z.B. bezüglich demographischer und wirtschaftlicher Prozesse geschieht. Künftig sollten bei weiteren Untersuchungen die zu befragenden Institutionen nach Möglichkeit erweitert werden, wie beispielsweise Allgemeinkrankenhäuser (Kliniken für Innere Medizin und Chirurgische Kliniken), welche bekannterweise 20 % Abhängigkeitskranke unter somatischen Gesichtspunkten behandeln, sowie Betreuungsbehörden, Obdachlosen-Einrichtungen und möglicherweise auch Arztpraxen, welche ca. 17 % Abhängigkeitskranke zu ihren Patienten zählen.⁷

⁷ Prof. Dr. med. Karl F. Mann, Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen – Von der Behandlungskette zum Behandlungsnetz, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 99, Heft 10, 8. März 2002

A N H A N G

Tischvorlage
zur Sitzung der Fachausschüsse der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. am 3.12.2004, 10.00 Uhr im Haus Güldengossa

Bewertung der Ergebnisse der Studie zur CMA-Population im Freistaat Sachsen, Stand November 2004

- Zu den im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales (ab 2002 vertreten durch die Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren) in den Jahren 2000, 2002 und 2004 von uns durchgeführten Untersuchungen zur Erfassung der CMA-Population im Freistaat Sachsen muss gesagt werden, dass aus den Untersuchungen nur mit größter Vorsicht endgültige Schlüsse gezogen werden können. Dieser, unser Hinweis ist auch insofern bedeutsam, als dass anhand der vorliegenden Daten über die Fachausschüsse der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren als quasi Fachorgan des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales suchtpolitische Empfehlungen für z. B. differenziertere Betreuungsangebote für CMA oder/und Kapazitätserweiterung gegeben werden sollten.

Bedauerlicherweise haben an der Untersuchung 2004 die Kliniken Diakoniewerk Zschadraß gGmbH, 04680 Zschadraß und Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie Großschweidnitz, 02708 Großschweidnitz nicht teilgenommen. Eine kontinuierliche Teilnahme an der Erhebungen ist aber eine Voraussetzung dafür, dass aus den gewonnenen Daten zuverlässige Schlussfolgerungen gezogen werden können.

- Unsere Empfehlung an das Sächsische Staatsministerium für Soziales ist, die gängige Praxis der Dauerbeobachtung gesellschaftlicher Prozesse auch auf die hier interessierenden Prozesse der Suchtkrankenhilfe und ihrer einschlägigen Einrichtungen anzuwenden, um langfristig eine verlässliche Statistik aufzubauen, so, wie das bezüglich demographischer und wirtschaftlicher Prozesse geschieht. Künftig sollten bei weiteren Untersuchungen die zu befragenden Institutionen nach Möglichkeit erweitert werden, wie beispielsweise Allgemeinkrankenhäuser (Kliniken für Innere Medizin und Chirurgische Kliniken), welche bekannterweise 20 % Abhängigkeitskranke unter vorzugsweise somatischen Gesichtspunkten behandeln (1), sowie Betreuungsbehörden, Obdachlosen-Einrichtungen und möglicherweise auch Arztpraxen, welche ca. 17 % Abhängigkeitskranke zu ihren Patienten zählen (2).
- Trotz der getroffenen Einschränkungen zeigen die erhobenen Daten ein beachtenswertes Bild, das natürlich nur sehr vorsichtig interpretiert werden sollte.
- Der durchschnittliche Schweregrad der Folgeschädigungen in der erfassten CMA-Population, gemessen an dem von uns verwendeten 18-stufigen Index, ist im Vergleich zu den Jahren 2000 und 2002 kontinuierlich gestiegen. Das gilt auch für die erhobene Gesamtpopulation.

(1) und (2): Prof. Dr. med. Karl F. Mann, Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen – Von der Behandlungskette zum Behandlungsnetz, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 99, Heft 10, 8. März 2002

- Der Umfang der CMA-Population ist dagegen im Vergleich zum Jahre 2002 gleich geblieben, nachdem er von 2000 zu 2002 deutlich gestiegen war.
- Bemerkenswert an der Zunahme des Schweregrades der Folgeschädigungen ist das relativ zu den psychischen und somatischen Schädigungen schnelle Wachsen der sozialen Desintegration, was bekanntermaßen zügig zum CMA-Status führen kann.
- Kurzfristig könnte die Bettenzahl (z. Z. ca. 450 Plätze) der soziotherapeutischen Langzeiteinrichtungen als ausreichend betrachtet werden; wohl aber ist aktuell ein Defizit an Einrichtungen zu verzeichnen, welche Betreuung oder/und Behandlung schwerer psycho-somatischer Schädigungen, Pflegefälle oder die geschlossene Unterbringung nach § 1906 BGB anbieten.
- Die vorgenannten Empfehlungen werden auch gestützt durch das Ergebnis der in die Untersuchung neu aufgenommenen Frage nach der Notwendigkeit einer Unterbringung in einem beschützten/geschlossenen Heim, wonach dies für insgesamt für 301 Personen für erforderlich erachtet wird.
- Mittelfristig ist eine Erweiterung der Bettenkapazität für CMA empfehlenswert. Die Fachausschüsse der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren sollten hierzu dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und dem Landeswohlfahrtsverband Sachsen zuarbeiten und aus unserer Sicht beachten, dass, um Synergieeffekte zu erreichen und um die Qualitätssicherung fortzuführen, bestehende Einrichtungen erweitert werden sollten, was sich schlussendlich auch für den Kostenträger in angemessenen Pflegesätzen niederschlagen würde.
- Die jetzigen drei Beobachtungszeitpunkte lassen über die Wachstumscharakteristik der CMA-Population nur spekulative Schlüsse zu: Die vorliegenden Daten vermitteln das Bild einer wellenförmigen Dynamik. Einer Periode quantitativen Wachstums schließt sich eine Periode qualitativer Verschlechterung an, wahrscheinlich auch einer erhöhten Mortalität, welche quantitativ die Zugänge ausgleicht, wodurch es zu einer vorübergehenden quantitativen Stabilisierung der Population kommt, vielleicht sogar einem kurzfristigen leichtem Sinken, an das sich wiederum ein quantitatives Wachstum (zusammengesetzt aus sinkender Mortalität, sinkendem durchschnittlichen Schweregrad an Schädigungen und hauptsächlich Zugängen) anschließt. Demnach wäre damit zu rechnen, dass sich CMA-Populationen wellenförmig verändern.

gez. Prof. Dr. Kurt Müller

gez. Dr. Hans-Jürgen Leonhardt

Tabelle 1

Häufigkeitsverteilung auf den INDEX (Erhebung 2004)

WELLE welle		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
3 - 2004	Gültig	1	5	,4	,4
		2	11	,9	1,3
		3	14	1,2	2,5
		4	57	4,7	7,2
		5	35	2,9	10,0
		6	67	5,5	15,6
		7	77	6,3	21,9
		8	129	10,6	32,5
		9	121	10,0	42,5
		10	143	11,8	54,2
		11	129	10,6	64,9
		12	137	11,3	76,1
		13	92	7,6	83,7
		14	77	6,3	90,0
		15	67	5,5	95,6
		16	44	3,6	99,2
		17	10	,8	100,0
		Gesamt	1215	99,9	100,0
	Fehlend	System	1	,1	
Gesamt		1216	100,0		

Tabelle 2

W35 Kliniken

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	2 FK Wiesen	123	10,1	10,1	10,1
	7 EKH Annaberg	9	,7	,7	10,9
	9 Haus am Hain	44	3,6	3,6	14,5
	10 SK Zwickau	46	3,8	3,8	18,3
	12 HK Aue	12	1,0	1,0	19,2
	23 KKH Mittleres Erzgebirge	20	1,6	1,6	20,9
	34 Park Dösen/Soteria	210	17,3	17,3	38,2
	43 SKH Altscherbitz	126	10,4	10,4	48,5
	46 SKH Rodewisch	94	7,7	7,7	56,3
	51 SKH Dresden-Neustadt	6	,5	,5	56,7
	54 UK Dresden	20	1,6	1,6	58,4
	56 Haus am Park	116	9,5	9,5	67,9
	59 BKH Schindelbach	31	2,5	2,5	70,5
	61 St. Marien KH	36	3,0	3,0	73,4
	62 Vogtlandklinikum Plauen	40	3,3	3,3	76,7
	70 Come Back Zittau	75	6,2	6,2	82,9
	71 Haus Frankenberg	40	3,3	3,3	86,2
	72 Klinikum Chemnitz	10	,8	,8	87,0
	74 Klinikum Pirna	12	1,0	1,0	88,0
	75 SKH Arnsdorf	112	9,2	9,2	97,2
76 SKH Hochweitzschen	23	1,9	1,9	99,1	
77 SKH Hubertusburg	11	,9	,9	100,0	
Gesamt		1216	100,0	100,0	

Tabelle 3

W35 Kliniken - alle drei Erhebungswellen

WELLE welle			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1 2000	Gültig	2 FK Wiesen	160	20,8	20,8	20,8
		7 EKH Annaberg	41	5,3	5,3	26,1
		9 Haus am Hain	52	6,7	6,7	32,8
		10 SK Zwickau	76	9,9	9,9	42,7
		12 HK Aue	72	9,3	9,3	52,0
		23 KKH Mittleres Erzgebirge	38	4,9	4,9	56,9
		34 Park Dösen/Soteria	147	19,1	19,1	76,0
		46 SKH Rodewisch	95	12,3	12,3	88,3
		54 UK Dresden	24	3,1	3,1	91,4
		56 Haus am Park	57	7,4	7,4	98,8
		59 BKH Schindelbach	9	1,2	1,2	100,0
	Gesamt	771	100,0	100,0		
2 2002	Gültig	2 FK Wiesen	192	18,3	18,3	18,3
		7 EKH Annaberg	3	,3	,3	18,6
		9 Haus am Hain	40	3,8	3,8	22,4
		10 SK Zwickau	45	4,3	4,3	26,7
		12 HK Aue	20	1,9	1,9	28,6
		23 KKH Mittleres Erzgebirge	64	6,1	6,1	34,7
		34 Park Dösen/Soteria	395	37,7	37,7	72,4
		46 SKH Rodewisch	119	11,4	11,4	83,8
		54 UK Dresden	16	1,5	1,5	85,3
		56 Haus am Park	116	11,1	11,1	96,4
		59 BKH Schindelbach	38	3,6	3,6	100,0
	Gesamt	1048	100,0	100,0		
3 2004	Gültig	2 FK Wiesen	123	17,0	17,0	17,0
		7 EKH Annaberg	9	1,2	1,2	18,2
		9 Haus am Hain	44	6,1	6,1	24,3
		10 SK Zwickau	46	6,3	6,3	30,6
		12 HK Aue	12	1,7	1,7	32,3
		23 KKH Mittleres Erzgebirge	20	2,8	2,8	35,0
		34 Park Dösen/Soteria	210	29,0	29,0	64,0
		46 SKH Rodewisch	94	13,0	13,0	77,0
		54 UK Dresden	20	2,8	2,8	79,7
		56 Haus am Park	116	16,0	16,0	95,7
		59 BKH Schindelbach	31	4,3	4,3	100,0
	Gesamt	725	100,0	100,0		

Tabelle 4:

Kreuztabelle Alter (gruppiert) * A(AM) und CMA (Angaben in absoluten Zahlen)

Anzahl

welle			A(AM)	CMA	Gesamt
2000	Alter	bis 30 Jahre	32	7	39
		31 bis 40	106	50	156
		41 bis 50	135	115	250
		51 bis 60	60	54	114
		über 60 Jahre	14	25	39
	Gesamt		347	251	598
2002	Alter	bis 30 Jahre	34	11	45
		31 bis 40	82	67	149
		41 bis 50	146	154	300
		51 bis 60	49	118	167
		über 60 Jahre	9	67	76
	Gesamt		320	417	737
2004	Alter	bis 30 Jahre	26	12	38
		31 bis 40	55	136	191
		41 bis 50	74	138	212
		51 bis 60	30	97	127
		über 60 Jahre	3	39	42
	Gesamt		188	422	610

Tabelle 5

W6 Geschlecht (nur CMA)

WELLE welle			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1 2000	Gültig	1 männlich	217	85,1	88,2	88,2
		2 weiblich	29	11,4	11,8	100,0
		Gesamt	246	96,5	100,0	
	Fehlend	System	9	3,5		
	Gesamt		255	100,0		
2 2002	Gültig	1 männlich	378	89,4	90,4	90,4
		2 weiblich	40	9,5	9,6	100,0
		Gesamt	418	98,8	100,0	
	Fehlend	System	5	1,2		
	Gesamt		423	100,0		
3 2004	Gültig	1 männlich	388	90,9	90,9	90,9
		2 weiblich	39	9,1	9,1	100,0
		Gesamt	427	100,0	100,0	
	Fehlend	System				
	Gesamt					

Tabelle 6

W6 Geschlecht A(AM)

WELLE welle		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente	
1 2000	Gültig	1 männlich	277	78,5	80,5	80,5
		2 weiblich	67	19,0	19,5	100,0
		Gesamt	344	97,5	100,0	
	Fehlend	System	9	2,5		
	Gesamt		353	100,0		
2 2002	Gültig	1 männlich	229	71,3	71,8	71,8
		2 weiblich	90	28,0	28,2	100,0
		Gesamt	319	99,4	100,0	
	Fehlend	System	2	,6		
	Gesamt		321	100,0		
3 2004	Gültig	1 männlich	140	73,7	74,9	74,9
		2 weiblich	47	24,7	25,1	100,0
		Gesamt	187	98,4	100,0	
	Fehlend	System	3	1,6		
	Gesamt		190	100,0		

Tabelle 7

Einkommen (polarisiert) - alle Abhängigen

WELLE welle		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente	
1 2000	Gültig	1 festes Aeinkommen	235	20,0	35,0	35,0
		2 Alosenh, Sozialhilfe	436	37,1	65,0	100,0
		Gesamt	671	57,1	100,0	
	Fehlend	System	505	42,9		
	Gesamt		1176	100,0		
2 2002	Gültig	1 festes Aeinkommen	249	17,0	27,9	27,9
		2 Alosenh, Sozialhilfe	643	43,9	72,1	100,0
		Gesamt	892	60,8	100,0	
	Fehlend	System	574	39,2		
	Gesamt		1466	100,0		
3 2004	Gültig	1 festes Aeinkommen	124	10,2	18,7	18,7
		2 Alosenh, Sozialhilfe	539	44,3	81,3	100,0
		Gesamt	663	54,5	100,0	
	Fehlend	System	553	45,5		
	Gesamt		1216	100,0		

Tabelle 8

Kreuztabelle Notwendigkeit der Heimunterbringung nach Geschlecht und Indexgruppe

			Indexgruppe			Gesamt
			A(AM)	Zwischen-gruppe	CMA	
Geschlecht	männlich	Anzahl	6	63	181	250
		% von Geschlecht	2,4%	25,2%	72,4%	100,0%
	weiblich	Anzahl	4	25	21	50
		% von Geschlecht	8,0%	50,0%	42,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	10	88	202	300
		% von Geschlecht	3,3%	29,3%	67,3%	100,0%

Tabelle 9

Kreuztabelle Notwendigkeit der Heimunterbringung und Abhängigkeitsdauer (absolute Zahlen)

Anzahl

			Unterbringung im Heim		Gesamt
			ja	nein	
Dauer der Abhängigkeit in Jahren (gruppiert)	bis 5 J.		3	142	145
	6 bis 10 J.		24	199	223
	11 bis 15 J.		46	153	199
	16 bis 20 J.		69	133	202
	über 20 J.		123	142	265
Gesamt			265	769	1034

Tabelle 10

Kreuztabelle alleinlebend und Unterbringung im Heim

			Unterbringung im Heim		Gesamt	
			ja	nein		
alleinlebend	ja	Anzahl	267	510	777	
		% von alleinlebend	34,4%	65,6%	100,0%	
	nein	Anzahl	24	252	276	
		% von alleinlebend	8,7%	91,3%	100,0%	
Gesamt			Anzahl	291	762	105
			% von alleinlebend	27,6%	72,4%	100,0%

Tabelle 11

W12 Familienstand * W42 Unterbringung im Heim Kreuztabelle

			W42 Unterbringung im Heim		Gesamt
			1 ja	2 nein	
W12 Familienstand	1 verheiratet	Anzahl	9	157	166
		% von W42 Unterbringung im Heim	3,0%	19,9%	15,3%
	2 Lebensgemeinschaft	Anzahl	2	25	27
		% von W42 Unterbringung im Heim	,7%	3,2%	2,5%
	3 geschieden	Anzahl	178	235	413
		% von W42 Unterbringung im Heim	59,5%	29,8%	38,0%
	4 ledig	Anzahl	94	318	412
		% von W42 Unterbringung im Heim	31,4%	40,3%	37,9%
	5 verwitwet	Anzahl	10	16	26
		% von W42 Unterbringung im Heim	3,3%	2,0%	2,4%
	6 getrennt lebend	Anzahl	6	38	44
		% von W42 Unterbringung im Heim	2,0%	4,8%	4,0%
Gesamt		Anzahl	299	789	1088
		% von W42 Unterbringung im Heim	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 12:

STRUKTURE * W42 Unterbringung im Heim Kreuztabelle

			W42 Unterbringung im Heim		Gesamt
			1 ja	2 nein	
STRUKTURE	1 dominant psychisch	Anzahl	27	41	68
		% von W42 Unterbringung im Heim	9,0%	5,1%	6,2%
	2 dom. physisch	Anzahl	12	40	52
		% von W42 Unterbringung im Heim	4,0%	5,0%	4,7%
	3 dom. desintegriert	Anzahl	75	150	225
		% von W42 Unterbringung im Heim	24,9%	18,7%	20,4%
	4 kombinierte Schädigungen	Anzahl	187	570	757
		% von W42 Unterbringung im Heim	62,1%	71,2%	68,7%
Gesamt		Anzahl	301	801	1102
		% von W42 Unterbringung im Heim	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 13:

**W32 Ausmaß der psych. Erkrankung insg. * W42 Unterbringung im Heim
Kreuztabelle**

			W42 Unterbringung im Heim		Gesamt	
			1 ja	2 nein		
W32 Ausmaß der psych. Erkrankung insg.	1 gering bis	Anzahl	4	58	62	
		% von W42 Unterbringung im Heim	1,3%	7,5%	5,8%	
	2	Anzahl	16	183	199	
		% von W42 Unterbringung im Heim	5,4%	23,6%	18,5%	
	3	Anzahl	49	274	323	
		% von W42 Unterbringung im Heim	16,4%	35,3%	30,0%	
	4	Anzahl	103	174	277	
		% von W42 Unterbringung im Heim	34,6%	22,4%	25,8%	
	5	Anzahl	110	72	182	
		% von W42 Unterbringung im Heim	36,9%	9,3%	16,9%	
	6 sehr stark	Anzahl	16	16	32	
		% von W42 Unterbringung im Heim	5,4%	2,1%	3,0%	
	Gesamt		Anzahl	298	777	1075
			% von W42 Unterbringung im Heim	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 14

**W33 Ausmaß der somat. Erkrankungen insg. * W42 Unterbringung im
Heim Kreuztabelle**

			W42 Unterbringung im Heim		Gesamt	
			1 ja	2 nein		
W33 Ausmaß der somat. Erkrankungen insg.	0	Anzahl	1	7	8	
		% von W42 Unterbringung im Heim	,3%	,9%	,8%	
	1 gering bis	Anzahl	12	97	109	
		% von W42 Unterbringung im Heim	4,1%	13,0%	10,5%	
	2	Anzahl	34	211	245	
		% von W42 Unterbringung im Heim	11,7%	28,2%	23,6%	
	3	Anzahl	50	214	264	
		% von W42 Unterbringung im Heim	17,2%	28,6%	25,4%	
	4	Anzahl	89	133	222	
		% von W42 Unterbringung im Heim	30,7%	17,8%	21,4%	
	5	Anzahl	94	70	164	
		% von W42 Unterbringung im Heim	32,4%	9,3%	15,8%	
	6 sehr stark	Anzahl	10	17	27	
		% von W42 Unterbringung im Heim	3,4%	2,3%	2,6%	
	Gesamt		Anzahl	290	749	1039
			% von W42 Unterbringung im Heim	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 15

DESSOZ * W42 Unterbringung im Heim Kreuztabelle

			W42 Unterbringung im Heim		Gesamt
			1 ja	2 nein	
DESSOZ	0	Anzahl	2	57	59
		% von W42 Unterbringung im Heim	,7%	7,2%	5,4%
	1	Anzahl	8	41	49
		% von W42 Unterbringung im Heim	2,7%	5,2%	4,5%
	2	Anzahl	14	152	166
		% von W42 Unterbringung im Heim	4,7%	19,1%	15,2%
	3	Anzahl	18	65	83
		% von W42 Unterbringung im Heim	6,0%	8,2%	7,6%
	4	Anzahl	78	270	348
		% von W42 Unterbringung im Heim	26,0%	34,0%	31,8%
	5	Anzahl	110	67	177
		% von W42 Unterbringung im Heim	36,7%	8,4%	16,2%
	6	Anzahl	70	142	212
		% von W42 Unterbringung im Heim	23,3%	17,9%	19,4%
Gesamt		Anzahl	300	794	1094
		% von W42 Unterbringung im Heim	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 16

W32 Ausmaß der psych. Erkrankung insg. * W33 Ausmaß der somat. Erkrankungen insg. Kreuztabelle

			W33 Ausmaß der somat. Erkrankungen insg.						Gesamt	
			1 gering bis	2	3	4	5	6 sehr stark		
W32 Ausmaß der psych. Erkrankung insg.	1 gering bis	Anzahl		1	2	1			4	
		% der Gesamtzahl		,3%	,7%	,3%			1,4%	
	2	Anzahl		1	4	2	6	1	14	
		% der Gesamtzahl		,3%	1,4%	,7%	2,1%	,3%	4,8%	
	3	Anzahl		4	6	20	11	5	46	
		% der Gesamtzahl		1,4%	2,1%	6,9%	3,8%	1,7%	15,9%	
	4	Anzahl		5	12	18	43	22	102	
		% der Gesamtzahl		1,7%	4,1%	6,2%	14,8%	7,6%	35,2%	
	5	Anzahl		2	6	5	26	62	108	
		% der Gesamtzahl		,7%	2,1%	1,7%	9,0%	21,4%	37,2%	
	6 sehr stark	Anzahl			5	3	2	4	16	
		% der Gesamtzahl			1,7%	1,0%	,7%	1,4%	5,5%	
	Gesamt		Anzahl	12	34	50	89	94	10	290
			% der Gesamtzahl	4,1%	11,7%	17,2%	30,7%	32,4%	3,4%	100,0%

Tabelle 17:

Kreuztabelle Anteil der Abhängigengruppen pro Welle (nur Einrichtungen, die an allen wellen teilgenommen haben)

			Abhängigengruppen			Gesamt
			A(AM)	Zwischen -gruppe	CMA	
welle	2000	Anzahl	214	370	185	769
		% von welle	27,8%	48,1%	24,1%	100,0%
	2002	Anzahl	239	474	335	1048
		% von welle	22,8%	45,2%	32,0%	100,0%
	2004	Anzahl	108	299	318	725
		% von welle	14,9%	41,2%	43,9%	100,0%
Gesamt		Anzahl	561	1143	838	2542
		% von welle	22,1%	45,0%	33,0%	100,0%

Tabelle 18:

WELLE welle * W32 Ausmaß der psych. Erkrankung insg. Kreuztabelle

			W32 Ausmaß der psych. Erkrankung insg.						Gesamt
			1 gering bis	2	3	4	5	6 sehr stark	
WELLE welle	1 2000	Anzahl	72	145	197	163	87	55	719
		% von WELLE welle	10,0%	20,2%	27,4%	22,7%	12,1%	7,6%	100,0%
	2 2002	Anzahl	63	267	287	159	198	49	1023
		% von WELLE welle	6,2%	26,1%	28,1%	15,5%	19,4%	4,8%	100,0%
	3 2004	Anzahl	42	118	190	179	152	27	708
		% von WELLE welle	5,9%	16,7%	26,8%	25,3%	21,5%	3,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	177	530	674	501	437	131	2450
		% von WELLE welle	7,2%	21,6%	27,5%	20,4%	17,8%	5,3%	100,0%

Tabelle 19

WELLE welle * W33 Ausmaß der somat. Erkrankungen insg. Kreuztabelle

			W33 Ausmaß der somat. Erkrankungen insg.						Gesamt	
			0	1 gering bis	2	3	4	5		6 sehr stark
WELLE welle	1 2000	Anzahl	46	97	156	161	127	88	33	708
		% von WELLE welle	6,5%	13,7%	22,0%	22,7%	17,9%	12,4%	4,7%	100,0%
	2 2002	Anzahl	1	114	290	230	139	168	50	992
		% von WELLE welle	,1%	11,5%	29,2%	23,2%	14,0%	16,9%	5,0%	100,0%
	3 2004	Anzahl	7	56	140	165	161	133	27	689
		% von WELLE welle	1,0%	8,1%	20,3%	23,9%	23,4%	19,3%	3,9%	100,0%
Gesamt		Anzahl	54	267	586	556	427	389	110	2389
		% von WELLE welle	2,3%	11,2%	24,5%	23,3%	17,9%	16,3%	4,6%	100,0%

Tabelle 20

WELLE welle * soziale Desintegration Kreuztabelle

			DESSOZ						Gesamt	
			0	1	2	3	4	5		6
WELLE welle	1 2000	Anzahl	73	51	172	120	237	92	26	771
		% von WELLE welle	9,5%	6,6%	22,3%	15,6%	30,7%	11,9%	3,4%	100,0%
	2 2002	Anzahl	89	60	191	92	345	118	152	1047
		% von WELLE welle	8,5%	5,7%	18,2%	8,8%	33,0%	11,3%	14,5%	100,0%
	3 2004	Anzahl	35	46	97	52	172	129	186	717
		% von WELLE welle	4,9%	6,4%	13,5%	7,3%	24,0%	18,0%	25,9%	100,0%
Gesamt		Anzahl	197	157	460	264	754	339	364	2535
		% von WELLE welle	7,8%	6,2%	18,1%	10,4%	29,7%	13,4%	14,4%	100,0%

Abb. 8

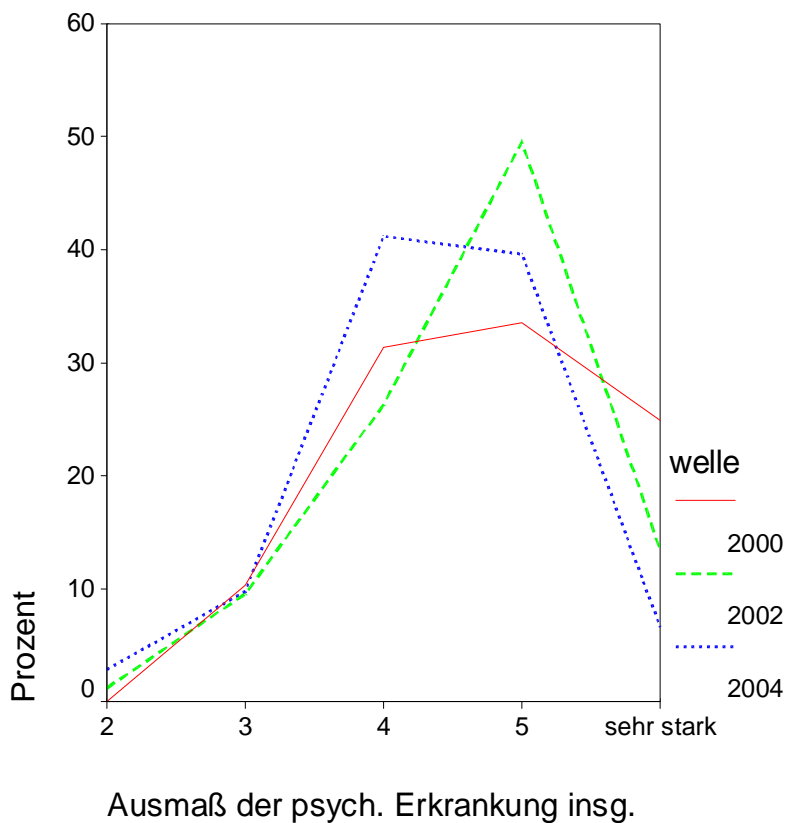
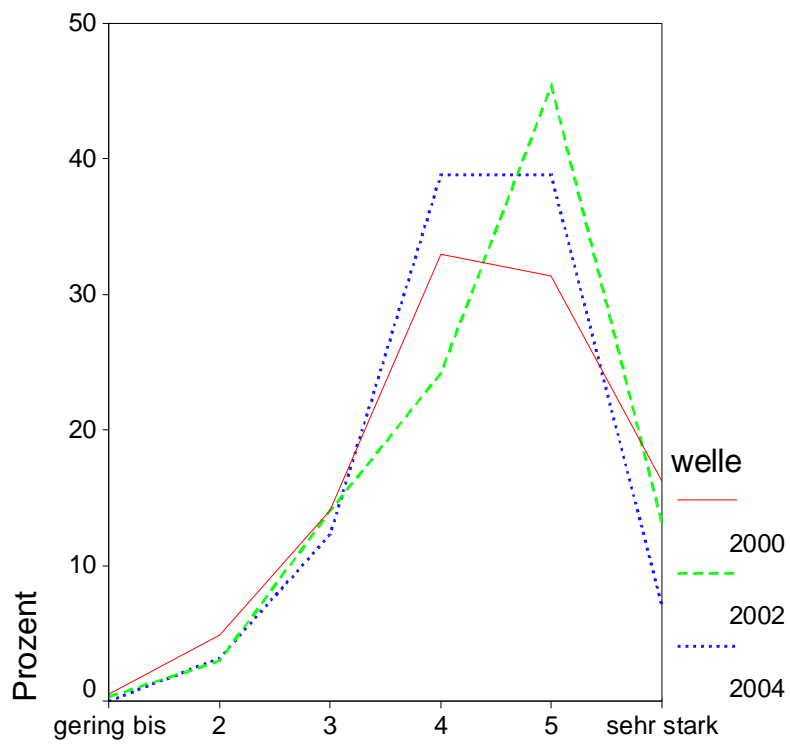
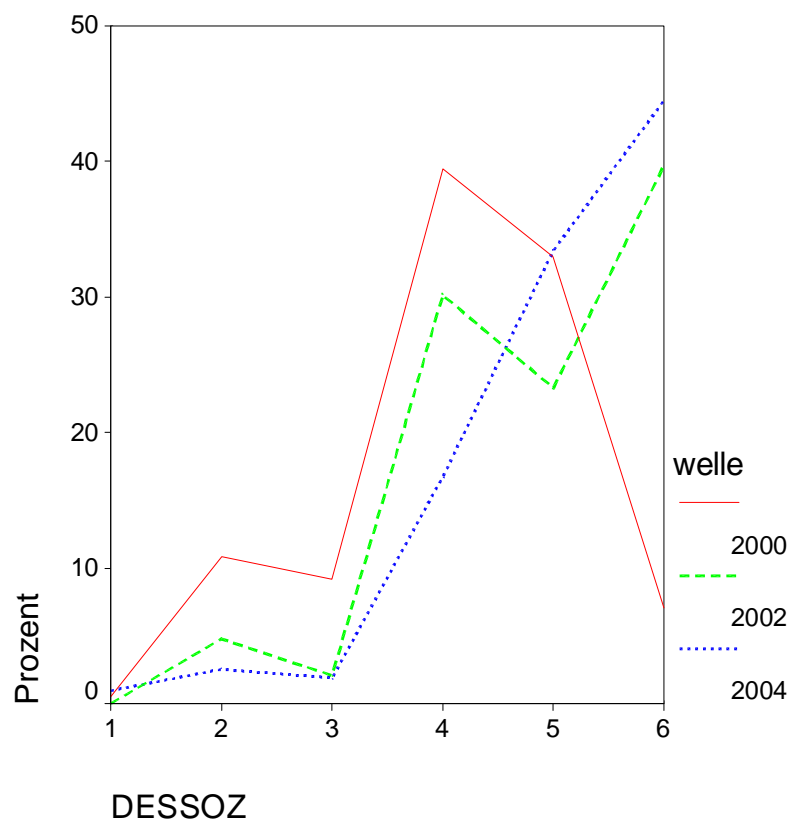


Abb. 9



Ausmaß der somat. Erkrankungen insg.

Abb. 10



Bitte zum Zeitpunkt der Entlassung ausfüllen

Geburtsdatum:

Monat Jahr

Initialen:

1. 2. 1. 2.
B u c h s t a b e
Vorname Nachname



dieser Abschnitt wird nach Vergabe bzw. Eintrag einer Fallnummer hier abgetrennt und vernichtet

Dieses Feld bitte nicht ausfüllen.

Fallnr.

Datenblatt

Geburtsort

Ort mit
1 - über 100.000 Ew., 2 - 50.000 bis 100.000 Ew.,
3 - 20.000 bis 50.000 Ew., 4 - 5.000 bis 20.000 Ew.,
5 - unter 5.000 Ew.

noch zum
Geburtsort:

1 - mit Behandlungsort
identisch, 2 - im Umkreis bis
50 km vom Behandlungsort, 3
- in der DDR, 4 - in der (alten)
Bundesrep., 5 - im Ausland

Beruf

.....

Schulabschluß:
(Abgangsklasse)

Geschlecht:

1 - männlich
2 - weiblich

letzte berufliche
Tätigkeit in:

1 - Landwirtschaft, 2 - Industrie und Bergbau, 3 - Verwaltung,
4 - Handel, Gewerbe, 5 - Finanzwesen, 6 - andere
Dienstleist. 7 - sonstiges

Bitte Qualifikation nur ausfüllen,
wenn das Elternteil bis zum
15. Lebensjahr mit im Haushalt lebte

höchste
Qualifikation:

1 - ohne berufliche Qualifikation, 2 - Teilfacharbeiter,
3 - Facharbeiter, 4 - Meister, 5 - Fachschule/Hochschule

Qual. des Vaters

Qual. der Mutter

Zahl der
Geschwister:

Familienstand:

1 - verheiratet,
2 - Lebensgemeinschaft,
3 - geschieden, 4 - ledig,
5 - verwitwet,
6 - getrennt lebend

Zahl der eigenen
Kinder

Wohnung:

1 - eigene Wohnung 2 - Zimmer bei Verwandten, 3 - Zimmer bei Bekannten, 4 - Zimmer bei sonstigen,
5 - obdachlos (zeitweilige Unterbringung in einer städtischen Einrichtung), 6 - obdachlos

alleinlebend?

1 - ja
2 - nein

Beschäftigungs-
verhältnis:

1 - fester Arbeitsplatz, 2 - befristeter Arbeitsvertrag, 3 - Gelegenheitsarbeiten, 4 - seit einiger Zeit
arbeitslos (weniger als zwei Jahre), 5 - längere Zeit arbeitslos (ab zwei Jahre), 6 - gemeinnützige
Arbeit, 7 - sonstiges

hauptsächliches
Einkommen:

1 - festes Arbeitseinkommen, 2 - festes Renteneinkommen, 3 - Arbeitslosengeld, 4 - Arbeitslosenhilfe,
5 - Sozialhilfe, 6 - gelegentliches Arbeitseinkommen, 7 - sonstiges

Abhängigkeit:
wenn mehrere, bitte die beiden hauptsächlichen Abhängigkeiten in A und B vermerken

- A 1 - Alkohol
2 - Drogen
3 - Medikamente
B 4 - andere
9 - nicht bekannt

Wenn andere (4), bitte notieren:

.....

Dauer der Abhängigkeit in Jahren:

Zahl der psychiatrischen Behandlungen:

Zahl der med. Rehabilitationen (Entwöhnungsbehandlungen):

Zahl der sonstigen stationären Behandlungen wegen der Alkohol-erkrankung und ihrer Folgen:

S4-Patient entsprechend der Psychiatrie-Personalverordnung?

 1 - ja
2 - nein

pflegebedürftig?

 1 - ja
2 - nein

Unterbringung im beschützten/geschlossenen Heim notwendig?

 1 - ja
2 - nein

psychische Erkrankungen:

wenn ja, welche?

somatische Erkrankungen:

wenn ja, welche?

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Delir
- Demenz
- himorganische Durchgangs- und Psychosyndrome
- Entzugssyndrom
- Morbus Korsakow
- Halluzinose
- paranoide Psychose
- neurotische und Persönlichkeitsfehlentwicklung

- Carcinome des Verdauungstraktes
- epileptische Anfälle
- Hypertonie
- Kleinhirnatrophien
- Lebererkrankungen
- Oesophagusvarizen
- Pankreopathien
- Polyneuropathie
- Kardiomyopathie

wenn andere, bitte notieren

.....
.....

wenn andere, bitte notieren

.....
.....

Ausmaß der psychischen Erkrankungen insgesamt:

1 - gering bis 6 - sehr stark

Ausmaß der somatischen Erkrankungen insgesamt:

Aufnahmemonat

behandelnde Einrichtung:

Bisher erschienen:

Leonhardt, H.-J. u. K. Mühler:

Zur sozialen Struktur von Populationen chronisch mehrfachgeschädigter
Abhängigkeitskranker im Regierungsbezirk Leipzig, Arbeitspapier 1
(Februar 1999)

Leonhardt, H.-J., K. Mühler, R. Krause-Döring u. K. Schmidt

Demographische Merkmale von CMA-Populationen, Arbeitspapier 2
(März 1999)

Böttger, G., F. Härtel, H.-J. Leonhardt u. K. Mühler: CMA - Zur Definition und
Therapie. Arbeitspapier 3, (November 1999)

Böttger, G., F. Härtel, H.-J. Leonhardt u. K. Mühler: CMA - Populationsgröße
im Freistaat Sachsen. Arbeitspapier 4, (März 2001)

Böttger, G., F. Härtel, H.-J. Leonhardt u. K. Mühler: CMA-Population im
Freistaat Sachsen (2002), Arbeitspapier 5, (Dezember 2002)