

Kurt Mühler/Hans-Jürgen Leonhardt

Der Grad an Folgeschädigungen chronifizierten Trinkens und medizinische Rehabilitation

Vorbemerkung

Wir stützen uns in unserem Beitrag zur Beantwortung der Frage „Wer kann noch rehabilitiert werden?“ auf eine in diesem Jahr im Freistaat Sachsen durchgeführte zweite empirische Untersuchung zur Population der chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken (CMA). An dieser Untersuchung waren insgesamt 20 medizinische Einrichtungen, vorwiegend Fachkliniken für Psychiatrie und Neurologie, die psychiatrische Regelbehandlungen durchführen, sowie soziotherapeutische Langzeiteinrichtungen beteiligt. Den Chefärzten, Klinikdirektoren, Abteilungsärzten und ihren vielen Helfern sowie der *Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren (SLS) e.V.*, die diese Untersuchung nun zum zweiten Mal ermöglichten, gilt an dieser Stelle besonderer Dank. Die Fallzahl unserer Untersuchung beträgt N = 1714 auswertbare Fälle. Erfasst wurden alle Personen, die sich während der Monate Mai, Juni und Juli 2002 einer psychiatrischen Regelbehandlung unterzogen haben. Vom Ansatz her erscheinen uns die genannten Fachkliniken am besten geeignet, um etwas über die Anzahl medizinisch auffälliger alkohol- und drogenabhängiger Personen zu erfahren. Es geht uns dabei um den Erhalt medizinischer und sozialer Strukturdaten auf der Grundlage unseres vorgegebenen Datensatzes, insbesondere zu den CMA. Im Hinblick auf die Hauptfrage dieser Fachtagung werden wir mit einem Index, der die Folgeschädigungen des chronifizierten (=abhängigkeitsdiktierten) Trinkens erfasst, versuchen, relevante Strukturdaten aufzubereiten, um damit vielleicht einen kleinen Beitrag zur Beantwortung dieser Frage leisten zu können.

1. Ein Index zur Messung der Folgeschädigungen chronifizierten Trinkens

Struktur und Grundgedanke des Index

Wir gehen davon aus, dass drei eigenständige Folgeschädigungen des chronifizierten Trinkens auftreten.

Unser Index der Folgeschädigungen chronifizierten Trinkens wird aus drei Dimensionen gebildet: den physischen, den psychischen und den sozialen Folgeschädigungen chronifizierten Trinkens. Diese drei Dimensionen gehen gleichrangig in den Index ein. Bevor wir auf die Konstruktion näher eingehen, sind zur letztgenannten Dimension einige Bemerkungen erforderlich.

Die sozialen Folgen mit einzubeziehen, ist ein Gedanke, der nur schwer in die Fachwelt Eingang findet. Die Auffassung, dass die Folgen von Alkohol-Abhängigkeit rein physischer und psychischer Art sind, steht diesem Gedanken bis heute hartnäckig entgegen. Dabei wird davon ausgegangen, dass die sozialen Folgen des chronifizierten Trinkens die Folge physischen und psychischen Abbaus seien. Mit anderen Worten: soziale Folgen sind Folgen von Folgen und nicht direkt durch das chronifizierte Trinken hervorgerufen. Dieses Problem ist durchaus nicht spitzfindig, denn es ist zugleich von nicht zu übersehender Bedeutung für die Zeit nach psychiatrischer/n Regelbehandlung/en und medizinischer Rehabilitation. Und das würde demnach bedeuten, wer physisch und psychisch wieder „hergestellt“ ist, bei dem bilden sich die sozialen Fähigkeiten von ganz allein wieder aus. Also: Wer gesund ist, findet sich in der Welt auch zurecht.

Mit Zustimmung des Fachausschusses *Stationäre Einrichtungen* der *SLS e.V.* gelang es uns, im Jahr 1999 eine CMA-Definition zu etablieren, die sowohl von akademischer als auch praktischer Relevanz ist. In dieser Definition wird nicht nur auf die Eigenständigkeit

sozialer Folgen hingewiesen, sondern auch auf deren Bedeutung für eine selbständige Lebensführung¹. Diese Definition ist mit rein medizinischen Parametern nicht gewährleistet.

Theoretische Annahmen zur sozialen Dimension der Folgeschädigungen chronifizierten Trinkens

Diese Dimension wird hier etwas ausführlicher dargelegt, weil sie als einzige der drei vorgestellten Dimensionen umstritten ist. Die soziale Dimension kann sowohl aus der Perspektive mitbedingter Verursachung von Alkoholabhängigkeit als auch aus der Perspektive von Folgen der Alkoholabhängigkeit betrachtet werden. Über den ersten Zusammenhang gibt es weniger Unterschiede in den Auffassungen. Für die moderne Gesellschaft ist typisch, dass die Lebenszusammenhänge zwischen den Menschen lockerer geworden sind. Bis in das Spätmittelalter hinein war der Mensch fest in soziale, gemeinschaftliche Kontrollen eingebunden. Der Genuss von Drogen war ritualisiert und hochgradig vergesellschaftet. Die Auflösung mittelalterlicher Bande und die rasche Urbanisierung brachten neben Massenelend auch die Entbindung des Drogenkonsums von Riten und kollektiver Beaufsichtigung. Der Wegfall organisierter sozialer Kontrollfaktoren bzw. von vorn herein gegebener sozialer Integration ist generell an der Entstehung der Alkoholkrankheit als gesellschaftlichem Phänomen beteiligt.

Die zweite Perspektive zur sozialen Dimension besteht in Folgendem: Die soziale Dimension, von uns als soziale Desintegration erfasst, ist eine eigenständige Folge der Abhängigkeit. Auf den ersten Blick scheint es generell plausibel, den Menschen als eine hochkomplexe Einheit biologischer, psychischer und sozialer Faktoren zu betrachten; oder – anders formuliert - zu akzeptieren, dass der Mensch von Anfang an nicht als ein apartes Naturwesen betrachtet werden sollte, sondern als grundlegend sozial mitbestimmt.

Es wäre zu einfach, würden die sozialen Faktoren ignoriert. Hier geht es darum, die soziale Bestimmtheit des Menschen nicht lediglich als Hintergrundmilieu oder als Folge seiner biologischen Bestimmtheit anzusehen. Konkret heißt das: Ist soziale Desintegration eine direkte Folge des chronifizierten Trinkens oder eine Folge der physischen und psychischen Folgen dieses Trinkens? Genau um diesen Punkt dreht sich die fortwährende Diskussion. Deren Brisanz kommt aber bekanntermaßen erst in der Umkehrung zum Vorschein und hat deshalb nicht geringe Konsequenzen für die Struktur des Hilfesystems.

Wenn soziale Desintegration lediglich eine Folge von medizinischen Primärfolgen chronifizierten Trinkens ist, lässt sich im Hinblick auf mögliche Rehabilitation oder Therapie sagen, dass diese sich ausschließlich auf die physischen und psychischen Erkrankungen richten muss. Sind die medizinischen Primärfolgen in Übereinstimmung mit dem angestrebten Rehabilitationsziel beseitigt oder erheblich gemindert und ist Alkoholabstinenz erreicht, dann stelle sich soziale Integration ohne weitere Intervention ganz wie selbstverständlich wieder her.

Dieser Standpunkt ignoriert völlig die Eigenqualität und Eigendynamik sozialer Zusammenhänge, in denen unser Leben verläuft. Die soziale Integration eines Menschen basiert nicht lediglich auf dessen Willen, sondern ist ebenso wie seine physischen und psychischen Dimensionen auf Individualressourcen gegründet. Wir gehen davon aus, dass chronifiziertes Trinken ganz allgemein Ressourcen verbraucht. Das scheint im Hinblick auf die physische und psychische Konstitution eines *trinkenden* Menschen eine Selbstverständlichkeit zu sein. Wie wir nachfolgend zeigen können, ist der physische und psychische Ressourcenverbrauch erheblich und transparent. So wiesen von den chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken (CMA) ca. 70% hirnorganische Durchgangs- und Psychosyndrome auf; über 60% der CMA leiden unter neurotischen und Persönlichkeits-Fehlentwicklungen, über 80% unter Lebererkrankungen und Polyneuropathien - dies alles Zeugnisse exzessiver Zerstörung physischer und psychischer Ressourcen. Diese Dynamik

¹ Böttger, G., F. Härtel, H.-J. Leonhardt u. K. Mühler: CMA – Populationsgröße im Freistaat Sachsen. Arbeitspapier 4 (März 2001) der Arbeitsgruppe Chronisch Mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke (CMA) der Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren (GAD) e.V. S. 2

ist hinsichtlich der sozialen Dimension die gleiche. Auch soziale Ressourcen lassen sich konkret benennen, und es gibt dazu eine Vielzahl von Forschungsergebnissen. Grundressourcen bestimmen sich aus ihrer Notwendigkeit zur autonomen Herstellung der eigenen Lebensgrundlagen. Autonom heißt nicht, losgelöst von gesellschaftlichen Zusammenhängen, sondern aktiv und selbstverantwortlich die sozialen Gegebenheiten zu nutzen, um sich zu entfalten und seinen Platz in der Gesellschaft zu bestimmen und zu verteidigen. Dazu benötigt man konkrete Ressourcen, deren Verwendung zu jenen Zielen führt, die sich Menschen setzen. Sozial relevante Grundressourcen sind Humankapital, soziales und ökonomisches Kapital. Hier soll nicht auf abweichende Konzeptionen - wie z.B. jener von *Bourdieu*² - oder auf Möglichkeiten der Transferierbarkeit sowie Gestaltformen dieser Kapitalien eingegangen werden, um die Argumentation im hier verfolgten Sinn konsistent zu halten. Humankapital - gegliedert in generelles und spezifisches - umfasst z.B. die Fähigkeit des Menschen sich auszudrücken, sich zu kleiden, Konflikte zu lösen, Abläufe zu organisieren (allgemeines Humankapital bzw. kulturelles Kapital bei *Bourdieu*) sowie seine Bildungsinhalte, wie Allgemein- und Berufswissen. Das soziale Kapital besteht aus starken (Familie, Freunde) und schwachen (Bekannte) Bindungen, die einen Menschen mit uneigennützigter Hilfe in unspezifischen Lebenslagen (starke Bindungen) und mit vorrangig Informationen, z.B. bei Wohnungs- oder Arbeitssuche - (schwache Bindungen) versorgen. Ökonomisches Kapital bezeichnet die materiellen Ressourcen, über die ein Mensch verfügt. *G. Becker* modelliert z.B. den Menschen als Produzent seiner Lebensverhältnisse, der bestrebt ist, seine ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen bestmöglich für die Herstellung solcher Güter wie angenehme Wohnverhältnisse, gesunde Ernährung, kulturelle Erlebnisse usw. einzusetzen.³ Es soll dabei nicht irritieren, dass hier scheinbar Ziele oder Gepflogenheiten der Hochkultur genannt werden. In diesem Zusammenhang geht es um die generellen Ziele unter dem Aspekt, dass deren Inhalte subjektiv definiert sind. Die Varianz dessen, was Menschen unter kulturellen Erlebnissen oder angenehmem Wohnen verstehen, ist selbstverständlich außerordentlich groß. Es geht hier darum, dass Menschen sich Ziele stecken und diese unter Einsetzung ihrer Ressourcen zu erreichen trachten. Je geschickter sie dies vermögen und je umfangreicher ihre Ressourcen sind, umso besser gelingt es ihnen, gesteckte Ziele zu erreichen. Dabei sind sie stets auf Kooperation mit anderen Menschen, Gruppen oder Institutionen angewiesen. Diese können ihnen das Erreichen ihrer Ziele vereinfachen, erschweren oder unmöglich machen.

Die fortschreitende Chronifizierung des Trinkens greift u.E. nun nicht nur Leber, Magen und Hirn an, sondern auch die sozial relevanten Ressourcen. Das Humankapital wird zunehmend nicht mehr reproduziert oder gar erweitert, Fähigkeiten (z.B. Eigenstrukturierung von Abläufen, Ausdauer, einen guten Eindruck erzeugen) verkümmern, Wissen wird nur noch unzureichend akkumuliert und auf einem bestimmten zeitlichen Stand eingefroren, Menschen ziehen sich aus Beziehungen zurück; d.h. zuerst verkümmern die weak-ties, später wird das Core-Netzwerk dünner, das Geld wird sowieso von ganz allein knapp und materielle Güter – wenn vorhanden – werden veräußert.

Ein weiterer Aspekt besteht in den Gütern, die mit diesen Ressourcen produziert werden. So wie der Magen gut oder weniger gut verdaut und damit seinen Beitrag für körperliches Wohlbefinden, Muskelaufbau und somatische Funktionalität eines Menschen schafft, sind die sozialen Ressourcen Voraussetzungen für die Produktion ebenfalls spezifischer Güter.

Wir möchten hier kurz auf eine Anmerkung während der Fachtagung eingehen. Diese Anmerkung eines Facharztes hatte zum Inhalt, dass er keine Möglichkeit sieht, einem nach einer stationären medizinischen Behandlung alkoholabstinenten Patienten einen Arbeitsplatz zu beschaffen. Genau dies trifft den Punkt, nämlich den, dass hier Ressourcen und Güter nicht getrennt werden. In der Operationalisierung der sozialen Dimension verwenden wir u.a. auch die Einkommensarten, d.h. ob z.B. ein festes Arbeitsverhältnis besteht. Dies betrachten wir aber als eine Indikation hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Ressourcen und deren

² Bourdieu, P. (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: R. Kreckel (Hrsg.): Soziale Ungleichheiten. Göttingen

³ vgl. Becker, G. S.: Der ökonomische Ansatz zur Erklärung menschlichen Verhaltens. Tübingen

Reproduktionsmöglichkeit. Arbeit ist ein Medium der Selbstverwirklichung, nicht aber eine Individualressource. So geht es auch nicht darum, einen Arbeitsplatz zu beschaffen, sondern darum, sozial relevante Ressourcen wieder aufzubauen, mit denen ein Arbeitsplatz erlangt werden kann. Soziotherapie muss sich auf Ressourcenaufbau bzw. auf den Wiederaufbau der Fähigkeit, mit eigenen Kräften Ressourcen rückzugewinnen, richten, u.a. eben auch solcher, die auf dem Arbeitsmarkt wirksam sind, um letzten Endes einen Arbeitsplatz zu erhalten.

Unser Einwand ist nun, dass sich diese Ressourcen bzw. die Fähigkeit, sozial relevante Ressourcen wieder aufzubauen, nicht von allein einstellt, wenn die Leber wieder gut arbeitet und das Entzugssyndrom zurückgedrängt ist. Wir halten dies für eine - wenn auch gutgemeinte - Illusion. Ein Mensch, der aus vielleicht 10- oder 20jähriger Suchtkarriere „auftaucht“, ist sozial auf das Schwerste desorientiert.

In diesem Zusammenhang soll auch auf folgendes Missverständnis hingewiesen werden: die Befürchtung, dass die soziale Dimension der Folgeschädigungen die „eigentlichen“ Erkrankungen überdeckt. Anders ausgedrückt: Es wäre mit einer Klientel zu rechnen, die vielleicht arbeits-, wohnungs- und familienlos ist, aber noch keine nennenswerten physischen und psychischen Schädigungen aufweist.

Zum einen ist, wie wir an Hand der Daten noch zeigen werden, der Anteil einseitiger sozialer Schädigungsprofilierung innerhalb der Grade niedriger und mittlerer Gesamtschädigung äußerst gering. Das bedeutet, erst bei hoher Gesamtschädigung ist die soziale Desintegration ebenfalls ausgeprägt. Der hypothetische Fall einseitiger sozialer Desintegration ist empirisch nicht relevant, zumindest was unsere bisherigen Untersuchungen zeigen.

Zum anderen heißt das aber auch, dass, wenn ein nach TC 10 diagnostizierter Abhängigkeitskranker „nur“ sozial desintegriert, aber psychisch und physisch weitestgehend ohne auffälligen Befund ist - so eine unserer früheren Einwendungen -, es zumindest zu überdenken ist, ob man mit den Angeboten eines Hilfesystems solange warten soll, bis wenigstens ein Organ schwer genug geschädigt ist. Dies betrifft Patienten, die sich vielleicht zum ersten Mal einer psychiatrischen Regelbehandlung unterziehen und deren klinische Diagnose recht gute medizinische Parameter, aber ausgesprochen schlechte soziale Parameter aufweist. Was soll hier getan werden? Unseres Erachtens ist es zumindest überdenkenswert, ob die Chance der Praktikabilität, d.h. sicher in erster Linie Finanzierbarkeit, einer soziotherapeutischen Intervention im bereits frühen Abhängigkeitsstadium besteht. Generell heißt dies, dass stets mit bedacht werden sollte, ob neben der medizinischen Behandlung soziotherapeutische Maßnahmen angeraten sind, um eben diese sozialen Folgeschädigungen des chronifizierten Trinkens von Anfang an mit zu therapieren. Denn ohne die Rückgewinnung sozial relevanter Ressourcen ist Alkohol-Abstinenz mit großer Wahrscheinlichkeit nicht von Dauer. Natürlich muss dies differenziert betrachtet werden. Solange ein Patient in Familie und in eigener Wohnung lebt, stellen sich nach erfolgreicher medizinischer Therapie Fähigkeiten zur Ressourcenreproduktion wieder ein, auch ohne umfassende soziotherapeutische Interventionen. Wenn aber z.B. das Core-Netzwerk zerstört ist - und wir werden zeigen, dass dies für eine große Anzahl der chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken (CMA) der Fall ist -, reichen die verbliebenen Fähigkeiten und Ressourcen oft nicht aus, um aus eigener Kraft Lebensgrundlagen wiederherzustellen.

Die Indexbildung

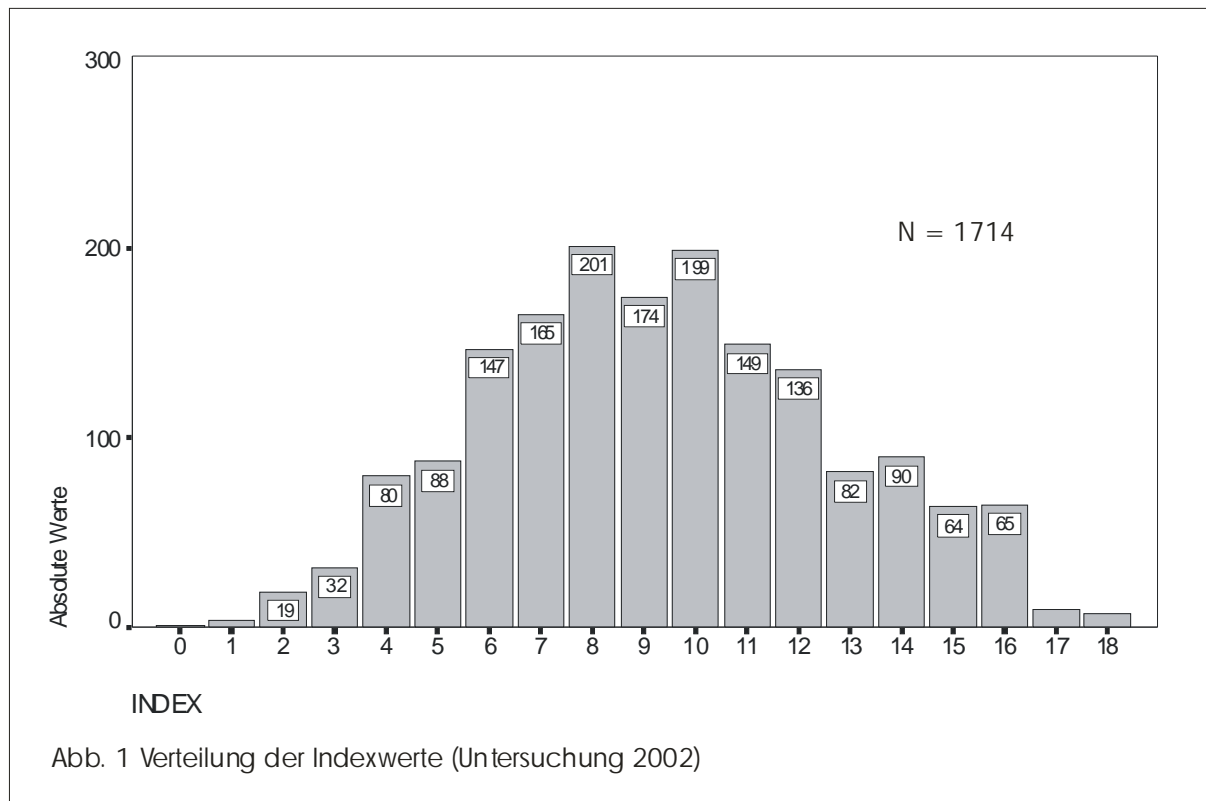
Zu den beiden anderen Dimensionen – den psychischen und physischen Folgen chronifizierten Trinkens - unseres Index ist eine solche theoretische Einführung nicht erforderlich. Deshalb abschließend einige Bemerkungen zur Index-Konstruktion:

Die o.g. medizinischen Dimensionen basieren auf Einschätzung des jeweiligen Schädigungsgrades durch den behandelnden Arzt, wobei eine sechsstufige Schätzskala zur Verfügung stand, auf der „1“ einen geringen und „6“ einen sehr starken Schädigungsgrad beinhaltet. Vorher wurden dazu im jeweiligen Dimensionsbereich einzelne besonders häufig auftretende Folgeerkrankungen/-schädigungen abgefragt und deren Vorhandensein - z.B. Delir, Halluzinose in einem Bereich, Lebererkrankungen, Polyneuropathie im anderen

Bereich – auf dem Niveau *ja/nein* erfragt. Auf diese Weise wurde die dann folgende Gesamtschätzung „trainiert“. Wir gehen davon aus, dass diese gestufte Verfahrensweise zuverlässige Daten für eine Gesamtschätzung liefert.

Anders sind wir bei der Indexbildung hinsichtlich der sozialen Folgen chronifizierten Trinkens vorgegangen. Diese Dimension setzt sich aus den drei Teilkomponenten Wohnung, Familie und Arbeit zusammen. Hierbei wurde gestuft erfasst, ob ein CMA in eigener Wohnung oder in einem Zimmer bei Verwandten/Bekanntem/Sonstigen wohnt oder ob er obdachlos ist; des Weiteren, ob familiäre Bindungen bestehen und ob er (noch) erwerbsfähig oder arbeitslos ist⁴.

Insgesamt können 18 Punkte im Index erreicht werden, wobei jede der drei untersuchten Dimensionen mit maximal 6 Punkten berücksichtigt werden kann.



Zunächst kann man an Hand Abb.1 feststellen, dass die Werte annähernd normalverteilt sind; der kleine „Einbruch“ im Gipfel kann durchaus toleriert werden. Nach Schiefe und Steilheit beurteilt, liegen die Werte ganz unproblematisch im statistisch akzeptablen Bereich.

Wir wollen im Folgenden versuchen, mittels dieses Index etwas über umfassende Rehabilitationserfahrungen und deren strukturelle Verteilung bei dem untersuchten Personenkreis darzustellen.

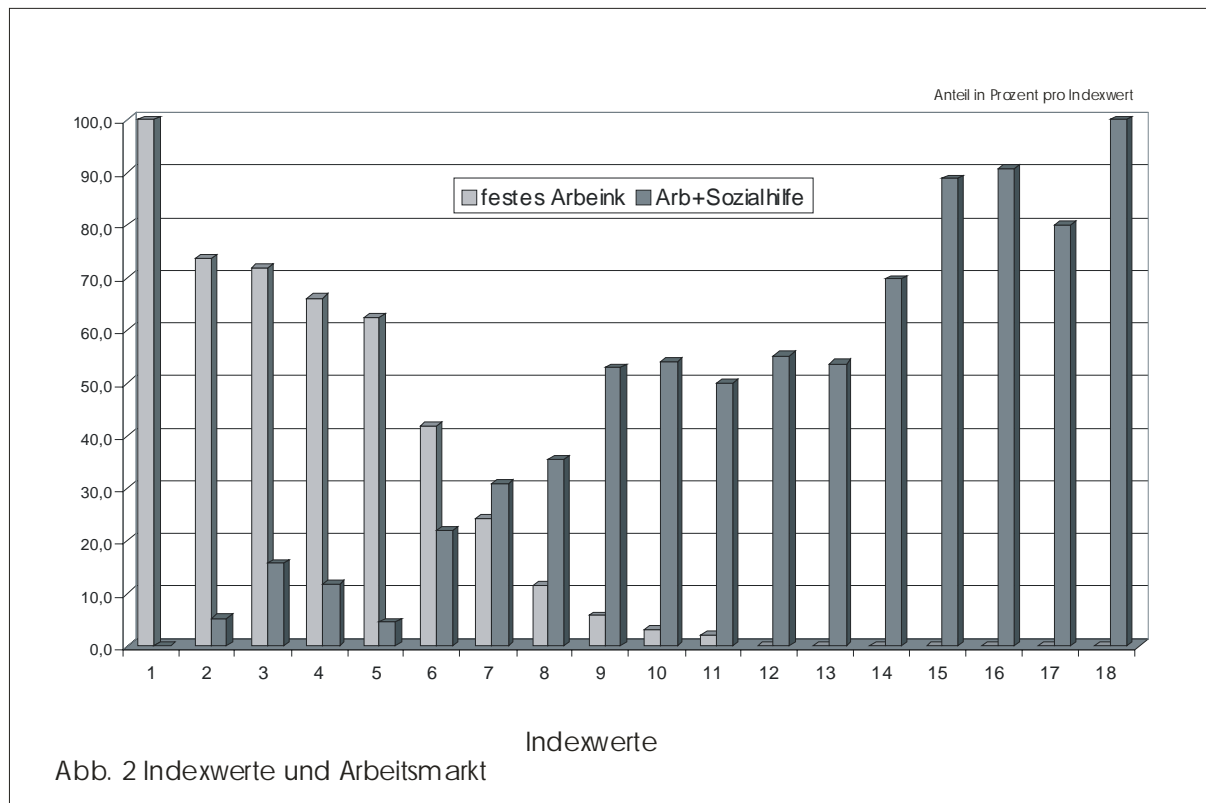
Zuvor wollen wir eine indirekte Validitätsprüfung unseres Index an Hand der Erwerbstätigkeit vornehmen.

Folgeschädigungen chronifizierten Trinkens und Arbeitsmarkt

Wir sind davon ausgegangen, dass chronifiziertes Trinken zu eigenständigen sozialen Folgeschädigungen führt. Der Arbeitsmarkt ist ein in gewisser Hinsicht sensibles Medium bezüglich spezifischer Formen der Leistungsfähigkeit eines Menschen. Dabei soll hier nicht unbeachtet bleiben, dass zum einen zahlreiche blinde, d.h. spontane, Kräfte wirken und andererseits nicht wenige soziale Vorurteile (z.B. in Bezug auf Lebensalter, Geschlecht,

⁴ Der Fragebogen ist enthalten in: CMA – Populationsgröße im Freistaat Sachsen. a.a.O.

Hautfarbe) Basis von Entscheidungen über die Einstellung von Arbeitskräften sind. Dennoch reagiert der Arbeitsmarkt insgesamt auf globale Leistungsparameter. Chronifiziertes Trinken reduziert insbesondere sogenannte Schlüsselqualifikationen wie Pünktlichkeit, Organisationsfähigkeit und Arbeitsdisziplin im Allgemeinen, Kommunikativität, schnelle Anpassungsfähigkeit usw. Im Zusammenhang mit unserem Index heißt das, je höher die Folgeschädigungen an Hand unseres Index sind, desto stärker müsste die Abstoßungsreaktion des Arbeitsmarktes sein. Dabei geht es nur darum, ob unser Index dies tendenziell bestätigt. Dabei ist unerheblich, dass Erwerbstätigkeit lediglich eine Teilkomponente des Index ist und nur ein Drittel innerhalb der sozialen Dimension ausmacht, also maximal ein Neuntel am Indexwert einer Person. Damit liegt eine nur sehr geringe mögliche Störgröße vor, die die Gesamttendenz nicht wesentlich beeinflussen kann.



Aus der Abb. 2 lassen sich Folgerungen sowohl hinsichtlich des konstruierten Index insgesamt als auch des eigenständigen Status sozialer Folgeschädigungen des chronifizierten Trinkens ziehen. Es zeigt sich deutlich, dass die beiden hier herangezogenen Merkmale (Erwerbsfähigkeit/fester Arbeitsplatz und Empfang von Leistungen des Arbeits- oder Sozialamtes) aufeinander bezogen konträr ab- bzw. zunehmen und diese Ab- bzw. Zunahme stetig geschieht. Je höher der Index der Folgeschädigungen chronifizierten Trinkens, desto geringer ist der Anteil der CMA, die noch über einen festen Arbeitsplatz verfügen, und umgekehrt nimmt der Anteil jener CMA zu, die von Arbeitslosen- bzw. Sozialhilfe leben und damit bereits längere Zeit nicht mehr auf dem Arbeitsmarkt aktiv sind. Um es nochmals zu betonen: Hier geht es nicht darum, dass Arbeit ein wichtiger Faktor im menschlichen Leben ist bzw. durch medizinische Rehabilitation kein Arbeitsplatz beschafft werden kann, sondern gerade umgekehrt: der Arbeitsmarkt als solcher reagiert mehr oder weniger sensibel auf systematische Leistungsdefizite. Je höher der Indexwert, desto höher sind solche Defizite wie oben genannt. Aus dieser Perspektive validiert die Desintegration am Arbeitsmarkt das Zutreffen unseres Index: er misst generell die Folgen des chronifizierten Trinkens und zeigt zugleich, dass dessen soziale Folgeschädigungen nicht erst nach einem hohen Grad physischer und psychischer Folgeschädigungen eintritt, sondern dazu parallel. Dies ist ein deutlicher Hinweis auf die Eigenständigkeit sozialer Folgeschädigungen chronifizierten, abhängigkeitsdiktierter Trinkens.

2. Zwei Gruppen von Alkoholabhängigkeitskranken

Aus der Perspektive von Hilfeeinrichtungen lassen sich zwei „Kontrast“-Gruppen dieser Abhängigkeitskranken unterscheiden, die - soweit es der Datensatz zulässt - etwas näher betrachtet werden sollen.

Die erste Gruppe ist die der sog. „Drehtürpatienten“. Diese Gruppe von Abhängigkeitskranken belastet das Hilfesystem sehr stark. Man kann davon ausgehen, dass das vielmalige Durchlaufen psychiatrischer Regelbehandlungen auf spezifische Weise die Klientel immunisieren kann. Die Prognose dazu lautet: wenn nicht eine weitestgehende Änderung im Hilfeangebot eintritt, bleibt diese Patientengruppe in einem Teufelskreis von Therapie und Trinken gefangen. Diese Gruppe ist definiert und häufig in der Fachliteratur beschrieben.

Über die zweite Gruppe findet man in der Fachliteratur dagegen weniger Aussagen. Diese Patienten durchlaufen - ganz im Gegensatz zu den soeben beschriebenen - eine sog. „stille“ Abhängigkeitskarriere. Sie vermeiden den Kontakt zu medizinischen Einrichtungen, soweit sich deren Behandlungsziel auf ihre Abhängigkeitserkrankung bezieht. Sie sind zunächst weder medizinisch noch sozial auffällig; sie suchen keine Suchtberatung, streben zeitlebens nicht nach Abstinenz. Ihre Anzahl kann man - zumindest bisher - im Grunde nicht schätzen. Die erste Annahme wäre, dass es sich hierbei um Abhängigkeitskranke handelt, die noch einen sehr geringen Grad an Folgeschädigungen aufweisen und deshalb nicht auffällig werden. Wir werden aber zeigen, dass diese Annahme nur bei einem Teil zutrifft bzw. insgesamt nur von untergeordneter Bedeutung ist. Eine weitere Annahme kann darin bestehen, dass es sich um Abhängigkeitskranke handelt, die über ein weitestgehend intaktes soziales Umfeld verfügen, das es ihnen ermöglicht, die Abhängigkeitserkenntnis zu blockieren und die sozialen Folgeschädigungen ihrer Abhängigkeitserkrankung zu kompensieren. Wir gehen davon aus, dass diese Gruppe der Abhängigkeitskranken bis zum Ende ihrer Suchtkarriere - und dies auch im Stadium physischer und psychischer signifikanter Folgeschädigung - klinisch unauffällig bleibt. Ganz im Gegensatz zu jenen Abhängigkeitskranken, die im vorgehaltenen Hilfesystem angemessen therapiert werden, da für sie alle Dimensionen der Folgeschädigungen relevant geworden sind, werden hier bei o.g. „Unauffälligen“ die sozialen Folgeschädigungen zeitlebens durch Ehepartner, Verwandte, Freunde, Nachbarn usw. kompensiert. Das Tragische daran ist, dass dadurch auch die psychischen und physischen Schädigungen einer erfolgversprechenden Therapie dauerhaft entzogen sind. Eine dritte Annahme ist, dass diese Gruppe nicht nur klinisch, sondern sozusagen perfekt unauffällig bleibt, d.h. das soziale Umfeld kompensiert nicht bewusst, sondern es wird getäuscht. Es mag vielleicht in Ausnahmefällen zutreffen, dass Abhängigkeitskranke über differenzierte Lebenstechniken verfügen, die es ihnen ermöglichen, ihre Abhängigkeit, ihr abhängigkeitsdiktirtes Trinken, weitestgehend zu verbergen, so z.B. bei verfügbarem hohem und sehr hohem Humankapital. Sie erwecken in ihrem sozialen Umfeld lediglich den Eindruck, gelegentlich etwas zu viel zu trinken. Das mag vielleicht umso besser gelingen, als ihnen besonders nahestehende Personen (Ehepartner, Kinder) nicht zur Verfügung stehen, aber im weitesten Sinne Freunde, Nachbarn, entfernte Verwandte jene Hilfefunktion erfüllen. Wie wahrscheinlich diese Annahme ist, kann natürlich mit dem uns zur Verfügung stehenden Datensatz nicht entschieden werden. Wir halten jedoch auch diesen Punkt als an der Konstituierung des Typs einer „stillen“ Abhängigkeitskarriere beteiligt. Das würde auch erklären, weshalb die im Hilfesystem angetroffenen Abhängigkeitskranke im Durchschnitt ein deutlich niedrigeres Berufsprestige aufweisen als das der Bevölkerung im Durchschnitt.

Die genannte Gruppe kann selbstverständlich nicht direkt mit Hilfe des vorliegenden Datensatzes analysiert werden. Es ist nur möglich, Hinweise auf die „stillen Abhängigen“ zu erhalten, indem die Merkmale jener Abhängigkeitskranken, die im Erhebungszeitraum nur einen einmaligen Kontakt mit einer an unserer Untersuchung beteiligten Fachklinik hatten, näher betrachtet werden.

3. Beanspruchung des klinischen Hilfesystems in Abhängigkeit des Grades der Folgeschädigungen chronifizierten Trinkens

Psychiatrische Regelbehandlungen (Entgiftungsbehandlungen)

Es gibt keine geborene sog. „Drehtürpatienten“. Das mag zunächst lapidar klingen, aber dahinter verbirgt sich ein Problem. Denn man könnte auch davon ausgehen, dass es personale Prädispositionen - wie auch immer geartet - gibt, die das Fehlschlagen psychiatrischer Regelbehandlungen verursachen. Nicht davon wollen wir ausgehen, sondern zunächst voranstellen, dass die Wahrscheinlichkeit einer ernsthaften Chance zur Alkoholabstinenz im Allgemeinen mit jedem Therapie-„Fehlschlag“ sinkt. Wir sind der Auffassung, dass mehrfach wiederholte psychiatrische Regelbehandlungen zu einer Therapieresistenz führen können, sofern nicht eine weitestgehende Änderung im Hilfeangebot in Aussicht steht. Das bedeutet, um einen sog. „Gewöhnungseffekt“ an die Verfahren der psychiatrischen Regelbehandlung bei den „Drehtürpatienten“ zu verhindern, müsste das Verfahren selbst variantenreicher auf diesen Patiententyp eingestellt werden. Jedoch: im Falle des Vorhandenseins prädisponierender Faktoren wäre dies natürlich von vornherein ein vergebliches Unterfangen.

Einen direkten Beweis für unsere Auffassung können wir nicht antreten, jedoch ist an Hand der Strukturdaten gleichwohl nachweisbar, dass der Anteil sog. „Drehtürpatienten“ in unseren Untersuchungen mit steigendem Indexwert zunimmt.

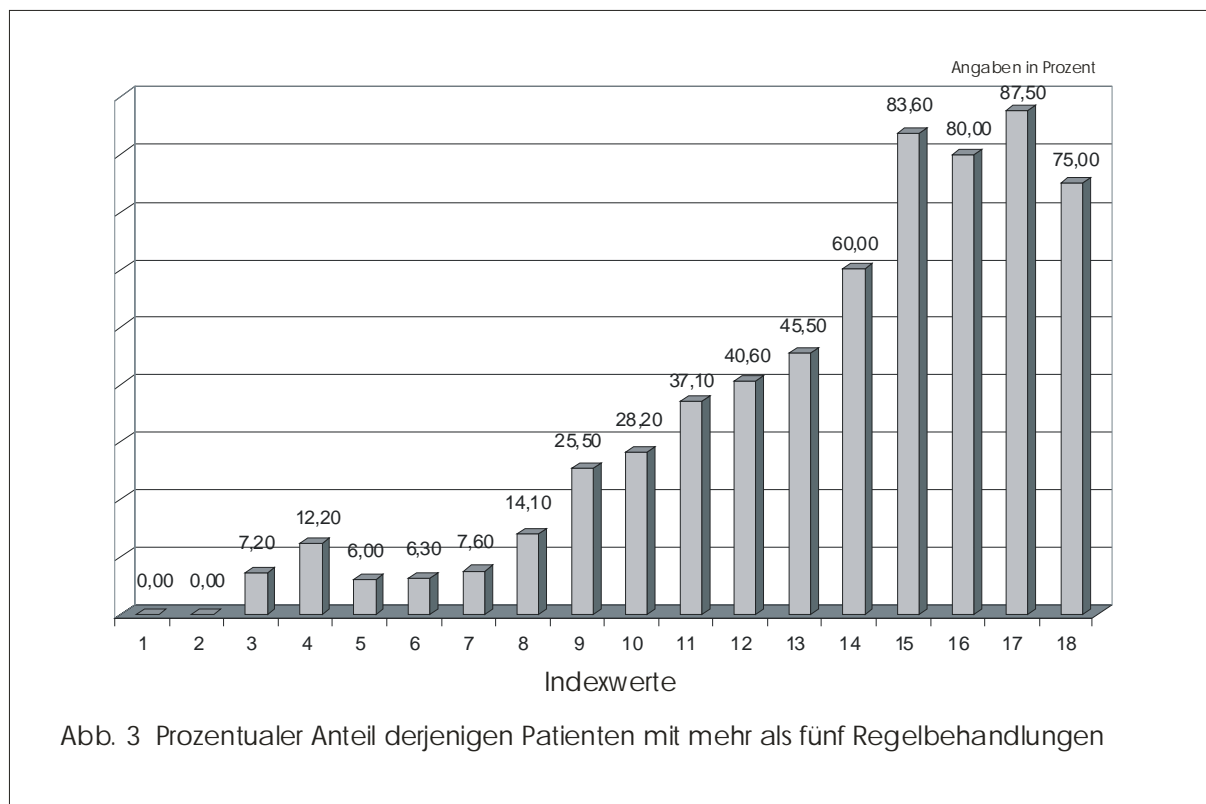


Abb.3 zeigt die Zunahme von Abhängigkeitskranken mit steigendem Indexwert innerhalb der Untersuchungsergebnisse von mehr als fünf psychiatrischen Regelbehandlungen. Besonders auffällig ist der hohe Anteil ab Indexwert 14. Betrachtet man die durchschnittliche Zahl der psychiatrischen Regelbehandlungen, wird noch deutlicher, welches Ausmaß an nicht erfolgreicher medizinischer Behandlung hier zu verzeichnen ist. Bei einem Indexwert von 15 weisen die Abhängigkeitskranken durchschnittlich 12 und bei einem Indexwert von 17 sogar durchschnittlich 18 psychiatrische Regelbehandlungen pro Abhängigkeitskranker auf. Insgesamt steigt diese Kurve stetig an, ist jedoch bis zum Indexwert 10 relativ flach. Das kann auch bedeuten, dass mit steigendem

Folgeschädigungsgrad die Abstände zwischen den einzelnen psychiatrischen Regelbehandlungen immer kürzer werden.

Medizinische Rehabilitationsbehandlungen (Alkoholentwöhnungsbehandlungen)

Hier wird der Begriff des sog. „Drehtürpatienten“ kaum verwendet. Aufgrund der im Vergleich zur psychiatrischen Regelbehandlung höherem Aufwand und des Anspruchs an die Motivation und Krankheitseinsicht des Patienten ist dies auch nicht anders zu erwarten. Dennoch zeigt sich auch hier tendenziell in unserer Untersuchung, dass o.g. Aufwand in praxi durchaus erfolgt. Einerseits ist es durchaus berechtigt, einen Abhängigkeitskranken nicht bereits beim Scheitern der ersten medizinischen Rehabilitationsbehandlung aufzugeben. Andererseits muss man sich die Frage stellen, ab wann auch die medizinische Rehabilitationsbehandlung zum Therapie-Routinebestandteil einer Suchtkarriere wird. Damit stellt sich zwingend die Frage, was man verändern kann, um erreichte Alkoholabstinenz dauerhaft zu festigen, und welche Hilfsangebote nach medizinischer/n Rehabilitationsbehandlung/en folgen sollten. Für Abhängigkeitskranke mit wiederholten erfolglosen medizinischen Rehabilitationsbehandlungen sollte überdacht werden, inwieweit es möglich ist, neue therapeutische Wege zu gehen, statt Standardverfahren zu wiederholen. Wir sind uns durchaus im Klaren, dass dies keine leichte Aufgabe ist, und können auch keine fertigen Lösungen dazu anbieten. Es sollte aber bewusst sein, dass diese Gruppe von Abhängigkeitskranken innerhalb der gesamten medizinischen Rehabilitation einer besonderen Aufmerksamkeit bedarf, die zwingend durch eine stärkere Individualisierung gekennzeichnet sein muss.

Bei den Strukturdaten zur Häufigkeit medizinischer Rehabilitationsbehandlungen zeigt sich erstens - im Gegensatz zu den Erkenntnissen bei o.g. Regelbehandlungen -, dass die Anzahl pro Abhängigkeitskranken deutlich geringer ist; dies war zu erwarten. Zweitens lässt sich aber auch hier beobachten, dass ab dem Indexwert 15 ein deutlich höherer Durchschnitt der Anzahl medizinischer Rehabilitationsbehandlungen vorliegt als bei Abhängigkeitskranken mit geringeren Indexwerten – bei o.g. Regelbehandlungen ebenfalls ab gleichem Indexwert beobachtbar. Drittens - und dies ist vielleicht noch wichtiger zu wissen - ist bis zum Indexwert 13 (also bereits mit sehr umfangreichen manifesten Folgeschädigungen der Alkoholkrankung) die durchschnittliche Anzahl der medizinischen Rehabilitationsbehandlungen eher als gering zu bezeichnen. Der Durchschnittswert liegt hier bei 0,5, d.h. nahezu jeder zweite Abhängigkeitskranke hat bisher an keiner medizinischen Rehabilitationsbehandlung (Alkoholentwöhnungsbehandlung) teilgenommen.

Hieß es bei den psychiatrischen Regelbehandlungen in diesem Zusammenhang: Warum durchläuft eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Abhängigkeitskranken diese Behandlung so oft?, muss man nun konstatieren: Warum unterzieht sich eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Abhängigkeitskranken mit geringem und mittlerem Folgeschädigungsgrad nicht der medizinischen Rehabilitationsbehandlung?

Wir hatten schon darauf hingewiesen, dass hier der Aufwand größer ist. Gleichzeitig liegt hier aber ein neuralgischer Punkt in Bezug auf den Gesamterfolg medizinischer Behandlung bei Abhängigkeitserkrankung. Wenn die Zeit im Anschluss an die psychiatrische/n Regelbehandlung/en nicht genutzt werden kann, um in kontinuierlichem Kontakt die weitere Abstinenzmotivation des Abhängigkeitskranken aufzubauen, kann sich sehr rasch die Suchtkarriere fortsetzen. Betrachtet man in den 18 Indexgruppen den Anteil derjenigen, die bis zu diesem Folgeschädigungs-Grad an noch keiner medizinischen Rehabilitationsbehandlung teilgenommen haben, wird das Gesagte noch deutlicher. Man kann feststellen, dass medizinische Rehabilitationsbehandlung/en für eine relativ große Anzahl Abhängigkeitskranker erst zu spät, also bei sehr hohem Folgeschädigungsgrad, einsetzt. Im Grunde liegt die Problematik darin, dass, je später medizinische Rehabilitationsbehandlung/en einsetzen, deren Erfolg umso geringer ist. Es stellt sich die Frage: Warum setzt im Durchschnitt die medizinische Rehabilitationsbehandlung zu spät ein? Anders gesagt: Was muss getan werden, um bereits in einem sehr frühen Stadium Abhängigkeitskranke für eine medizinische Rehabilitationsbehandlung zu motivieren? Das ist zugegebenermaßen eine sehr komplexe Frage, die durchaus im Bewusstsein der enormen Schwierigkeit ihrer Beantwortung gestellt ist.

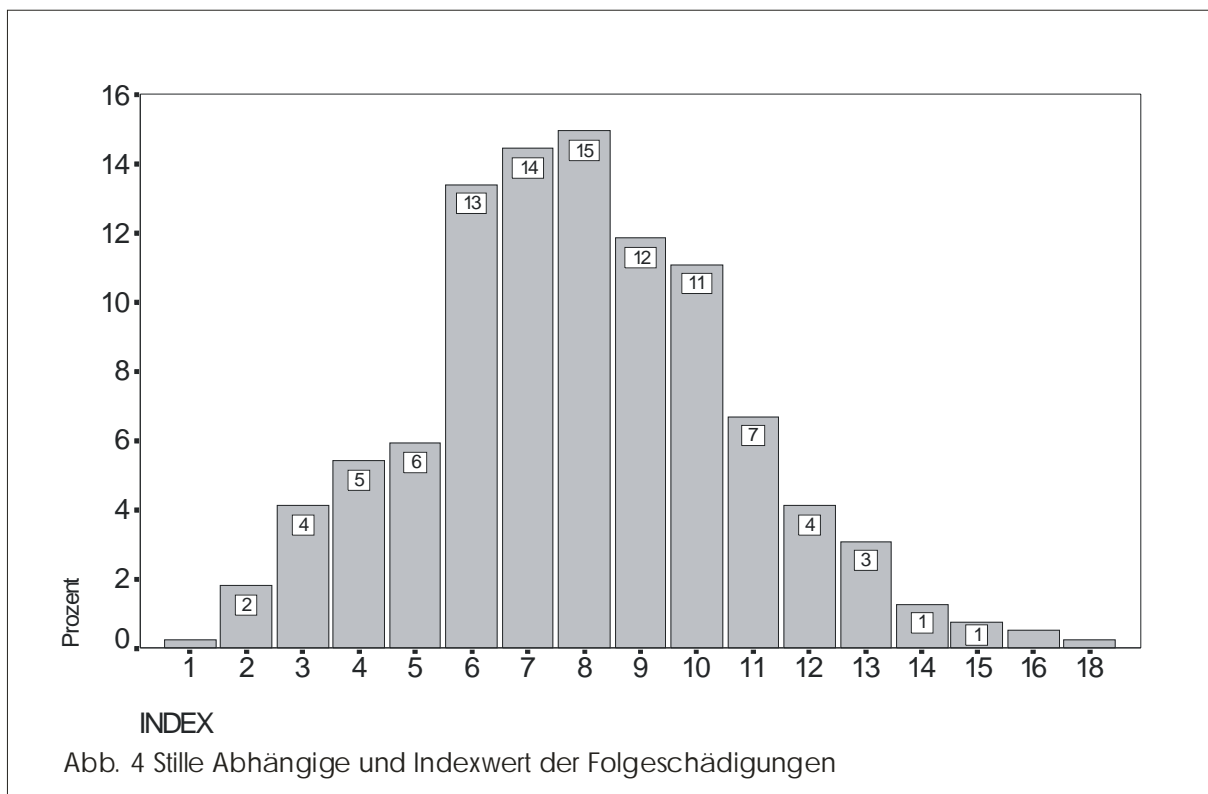
Der Umschlag lässt sich zwischen den Indexwerten 13 und 14 geschieht. Ab Indexwert 14 liegt der Anteil der Abhängigkeitskranken, die sich noch keiner medizinischen Rehabilitationsbehandlung unterzogen haben, erstmals über 50%. Dies ist unserer Auffassung nach zu spät.

Im Weiteren wollen wir uns nun einer spezifischen Analyse der sog. „stillen“ Abhängigkeitskranken und ihrer Nichtannahme der medizinischen Rehabilitationsbehandlungs-Angebote zuwenden, und zwar darunter der Teilgruppe, die einen mittleren Grad an Folgeschädigungen der Abhängigkeitserkrankung aufweist und sich noch nie einer medizinischen Rehabilitationsbehandlung unterzogen hat.

4. Sog. „stille“ Abhängigkeitskranke und medizinische Rehabilitationsbehandlung

Annahmen zum Zustandekommen sog. „stiller“ Abhängigkeitserkrankung

Wie bereits oben erwähnt, handelt es sich hierbei um Abhängigkeitskranke, die wegen ihrer Alkoholerkrankung auch bei einem bereits hohen Grad an Folgeschädigungen keine fachspezifischen Hilfsangebote - Suchtberatungs- und -behandlungsstellen - annehmen bzw. aufsuchen und zeitlebens auch keine Alkoholabstinenz anstreben. Ihre gesamte Suchtkarriere bleibt daher weitestgehend medizinisch unauffällig.

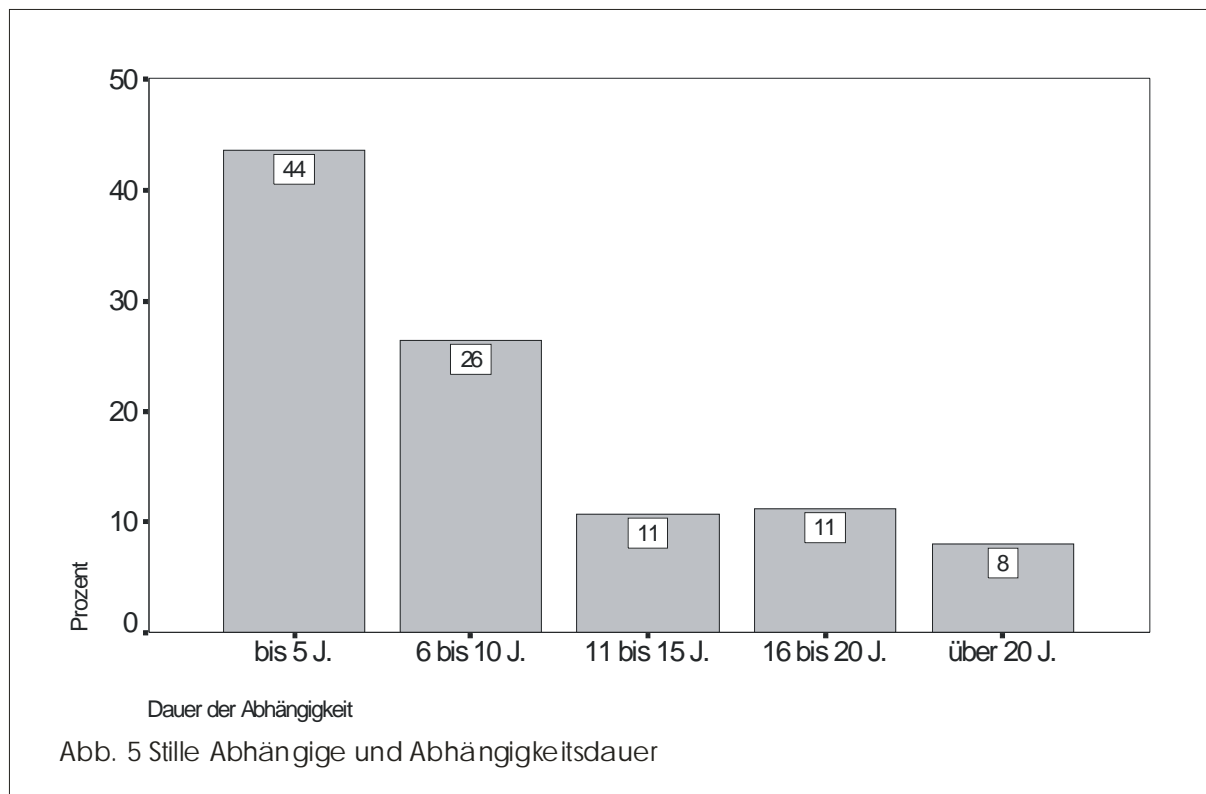


Eine solche Stichprobe weist unser Datensatz natürlich nicht auf; dazu wäre ein grundsätzlich anderes und sehr aufwändiges Forschungsdesign erforderlich. Wir bekommen in unserem Datensatz nur die Spitze des Eisberges zu sehen. Das bedeutet, wir gewinnen die Indikation für die Strukturdaten „stiller“ Abhängigkeitskranker aus jener Gruppe von Abhängigkeitskranken, die sich im Erhebungszeitraum einmal einer psychiatrischen Regelbehandlung unterzogen haben, jedoch noch niemals einer medizinischen Rehabilitationsbehandlung - es sind also keine reinen „stillen“ Abhängigkeitskranken. Die Folgerung von dieser Gruppe auf tatsächlich durchgängig „stille“ Abhängigkeitskranke ist natürlich mit Unsicherheit behaftet, aber sie bietet derzeit aus unserer Sicht die einzige Möglichkeit, um überhaupt etwas über diese Gruppe von Abhängigkeitskranken zu erfahren.

Zwei Basisvermutungen sind möglich: zum einen kann man vermuten, dass es sich hier um ein grundsätzlich vorübergehendes Phänomen handelt, das mit Zunahme möglicher Folgeschädigungen verschwindet; zum anderen, dass es sich bei diesen Abhängigkeitskranken um eine konsistente Gruppe handelt, die aufgrund anderer, nicht abhängigkeitsbedingter, Merkmale dauerhaft stabilisiert wird (z.B. hohes Humankapital, hohes soziales Kapital usw.).

Im Sinne der ersten Vermutung könnte man weiter annehmen, dass diese medizinische Unauffälligkeit - oder hier besser geringe Auffälligkeit - einem relativ niedrigen Grad an Folgeschädigungen der Abhängigkeitserkrankung geschuldet ist, diese Gruppe also zu einem großen Teil aus Abhängigkeitskranken mit niedrigen Indexwerten gebildet wird. Weiter könnte man vermuten, dass es sich um altersmäßig relativ junge Abhängigkeitskranke handelt. Zum Ersten: Die hier betrachtete Gruppe weist hinsichtlich der Indexwerte eine Normalverteilung auf; das bedeutet, dass die mittleren Folgeschadigungsgrade hoch vertreten sind und die extrem niedrigen und hohen Folgeschadigungsgrade in geringem Umfang. Dies ist also eher unspezifisch und weist auch nicht in die Richtung der zunächst plausiblen Vermutung, derzufolge eine „stille“ Abhängigkeitserkrankung lediglich eine Funktion geringer Folgeschadigungsgrade ist. In dem Fall würde es sich nicht um einen spezifischen Abhängigkeitstyp handeln, sondern um eine temporäre Erscheinung bis zu dem Zeitpunkt, an dem auch diese Abhängigkeitskranke suchtspezifische Hilfsangebote annehmen müssen.

Hinsichtlich des Lebensalters zeigt sich, dass es im Grunde keine auffälligen Werte gibt. Die Werte sind nicht normal-, sondern eher gleichverteilt über die gebildeten Altersgruppen. So sind 9% der „stillen“ Abhängigkeitskranken unter 25 Jahre und ebenfalls 9% älter als 60 Jahre. Dazwischen lassen sich Schwankungen beobachten, bei denen die 45- bis 50-Jährigen mit einem Anteil von 20% am stärksten vertreten sind. Die relativ ähnlichen prozentualen Anteile in allen Altersgruppen weisen eher darauf hin, dass auch das Lebensalter nicht konstituierendes Merkmal einer „stillen“ Abhängigkeitserkrankung ist. In Bezug auf die Abhängigkeitsdauer zeigt sich ein etwas anderes Bild. Hier lässt sich eine rechtsschiefe Verteilung der Daten beobachten, d.h. die Gruppe „stiller“ Abhängigkeitskranker weist einen hohen Anteil Abhängigkeitskranker mit relativ geringer Abhängigkeitsdauer auf: insgesamt 70% sind bis zu 10 Jahren alkoholabhängig. In diesem Zusammenhang möchten wir darauf hinweisen, dass dieses Ergebnis nicht mit dem Grad der Folgeschädigungen identisch ist: wie Abb.4 ausweist, lässt sich kein Zusammenhang von „stiller“ Abhängigkeitserkrankung und Grad der Folgeschädigungen herstellen.



Aus Abb.5 ist aber auch ersichtlich, dass 20% der „stillen“ Abhängigkeitskranken bereits über 15 Jahre lang alkoholabhängig sind. Weil diese Gruppe noch relativ groß ist, wollen wir hier festhalten, dass sich die Gruppe der „stillen“ Abhängigkeitskranken im Sinne der eingangs formulierten Annahmen aus zwei Gruppen zusammensetzt. Zum einen trifft man hier temporäre und zum anderen – nennen wir es - echte „stille“ Abhängigkeitskranke an, also jene, die über ihren gesamten Suchtkarriere-Verlauf suchtspezifischen Hilfsangeboten fernbleiben, aber mit Sicherheit eine langjährige Suchtkarriere aufweisen.

Im Folgenden wollen wir an Hand eines Extremgruppenvergleichs zumindest Hinweise aus dem Datensatz erhalten, die etwas über Charakteristika „stiller“ Abhängigkeitskranker aussagen. Dazu wird eine zweite Gruppe von Abhängigkeitskranken gebildet, die bereits an über fünf psychiatrischen Regelbehandlungen und an mindestens zwei medizinischen Rehabilitationsbehandlungen teilgenommen haben. Verglichen werden darunter zudem nur Abhängigkeitskranke, die seit über 15 Jahren alkoholabhängig sind. Dies war die gefundene Bedingung, unter der die Wahrscheinlichkeit hoch ist, dass es sich dabei um – nennen wir sie wieder - echte „stille“ Abhängigkeitskranke handelt.⁵

Hier ist von Interesse, ob es Unterschiede in den sozialen Charakteristika gibt. Dazu werden die drei sozialen Teilkomponenten (Familie, Wohnen, Arbeit) verglichen. Die Frage ist, ob die „stillen“ Abhängigkeitskranken ein intakteres soziales Umfeld aufweisen als die auffällig werdenden und dadurch keine suchtspezifischen Hilfsangebote annehmen.

Tabelle 1: Extremgruppenvergleich zu den drei sozialen Teilkomponenten

	Familie	Wohnen	Arbeit
Stille Abhängigkeitskranke	1.1096	.2917	1.6712
auffällige Abhängigkeitskranke	1.8526	1.1053	1.8854
Mittelwertdifferenz	-.7430	-.8126	-.2142
Signifikanz	.000	.000	.026

⁵ Die Gruppengröße beläuft sich bei den „stillen“ Abhängigkeitskranken auf n = 74 und bei den auffälligen Abhängigkeitskranken auf n = 96.

Die drei Teilkomponenten sind zwischen den Werten 0 und 2 skaliert. Dabei bedeutet 0, dass die betreffende Teilkomponente intakt ist: bei *Familie* heißt dies verheiratet und zusammenlebend, bei *Wohnung*, in einer eigenen Wohnung zu leben, und bei *Arbeit*, einen festen Arbeitsplatz zu haben. In der Teilkomponente Arbeit unterscheiden sich die beiden Extremgruppen nahezu nicht; im Grunde verfügen die Abhängigkeitskranken beider Gruppen über keine feste Arbeit mehr. In den beiden anderen Teilkomponenten gibt es jedoch deutliche Unterschiede, die in die vermutete Grundrichtung weisen. Auffällige Abhängigkeitskranke weisen in der Teilkomponente Familie nahezu keine Kontakte auf; sie sind also geschieden, verwitwet oder ledig und alleinlebend, sie leben auch nicht in Lebensgemeinschaften. Die Mittelwertdifferenz von .74 ist bei einer Skala von nur drei Werten ganz erheblich. Die „stillen“ Abhängigkeitskranken befinden sich im Durchschnitt um fast einen Skalenwert in einem intakteren Beziehungsumfeld. Hinsichtlich eigenen Wohnraums ist die Differenz noch etwas höher; hier bedeutet es, dass fast alle in einer eigenen Wohnung leben, und der Skalenwert nahe 0 liegt. Die auffälligen Abhängigkeitskranken dagegen weisen einen deutlich höheren Skalenwert auf, d.h. sie wohnen bei Verwandten/Bekanntem/Freunden bzw. sind obdachlos. Die Basisannahme, in der vermutet wird, dass das soziale Umfeld damit in Beziehung steht, ob Einrichtungen des Hilfesystems aufgesucht werden, um die Alkoholabhängigkeit behandeln zu lassen, ist damit nicht verworfen. Das vorliegende vorläufige Ergebnis deutet allerdings aus therapeutischer Sicht ein Paradoxon an, nämlich, dass erst das soziale Umfeld zerbrechen muss, damit die Bereitschaft entstehen kann, professionelle Hilfe anzunehmen.

Es sind allerdings konkrete Untersuchungen erforderlich, die die Art und Weise bzw. die Kombinationen sozialer Faktoren näher zu bestimmen erlauben. Denn ein intaktes soziales Umfeld sollte der Schlüssel dazu sein, Motivation zur Alkoholabstinenz aufzubauen bzw. den Abhängigkeitskranken überhaupt zu erreichen. Im Grunde liegt das Problem bei einem noch vorhandenen einigermaßen intakten sozialen Umfeld darin, ob es dem Abhängigkeitskranken gelingt, seine personalen Beziehungen zu dominieren (seine „stille“ Abhängigkeitserkrankung wird – auch im Sinne von Co-Abhängigkeit – toleriert) oder ob ihn die sozialen Beziehungen dominieren (als Chance von „Verbündeten“ zum Aufbauen einer Behandlungsmotivation).

Der Vergleich weiteren Variablen (Alter, Geschlecht, Geschwister, Zahl der eigenen Kinder) brachte keine nennenswerten Differenzen.

Alkoholabhängigkeitserkrankung „auf der Kippe“

Neben dem Problem, dass es eine Gruppe von Abhängigkeitskranken gibt, die suchtspezifische Einrichtungen des Hilfesystems meidet, besteht ein weiteres Problem darin, ob in den Strukturdaten systematische Reserven für eine bessere Erreichung von Abhängigkeitskranken für die medizinische Rehabilitationsbehandlung beobachtet werden können. Die Absicht hierbei ist, Abhängigkeitskranke hinsichtlich der verfügbaren Strukturdaten etwas näher zu betrachten. Dazu wird eine Gruppe von Abhängigkeitskranken gebildet, deren Indexwert in der Mitte der Schädigungsskala liegt (Index 7 bis 11) und die sich noch keiner medizinischen Rehabilitationsbehandlung unterzogen haben⁶. Bei diesen Abhängigkeitskranken sind physische und psychische Folgeschädigungen noch nicht so fortgeschritten, so dass man mit relativ großer Sicherheit sagen kann, dass ihre Suchtkarriere „auf der Kippe steht“. Hier lohnt es sich näher zu fragen, wie groß dieses Potential ist, um nach Wegen für einen spezifischen und konkreten Zugang zu suchen, die sie für eine medizinische Rehabilitationsbehandlung motivieren. Um dies zu verdeutlichen, sind in Tabelle 2 und 3 die am häufigsten auftretenden physischen und psychischen Folgeschädigungen aufgelistet und deren prozentualer Häufigkeits-Anteil zum einen bei den Abhängigkeitskranken verglichen, die einen Indexwert zwischen 7 und 11 aufweisen, zum anderen bei solchen mit einem Indexwert zwischen 12 und 18. Das Fortschreiten mehrfacher Folgeschädigungen weist deutlich darauf hin, dass sich oberhalb eines Indexwertes von 11 medizinische Rehabilitationsbehandlungen zwar nicht prinzipiell ausschließen, aber der

⁶ Diese Gruppe besteht aus 471 Personen.

gewünschte Erfolg zweifelhaft sein würde. Damit soll kein Ausschlusskriterium benannt sein. Um es noch einmal zu betonen: es geht darum zu zeigen, dass diese ausgewählte Teilgruppe mit einem Indexwert zwischen 7 und 11 jene Gruppe ist, in der sich anbietet, nach potentiellen Reserven für eine mögliche medizinische Rehabilitationsbehandlung zu suchen. Der durchschnittliche Leidensdruck dürfte in dieser Teilgruppe einerseits bereits hoch genug sein, um suchtspezifische Hilfsangebote annehmen zu können, andererseits sind die bereits eingetretenen physischen und psychischen Folgeschädigungen soweit fortgeschritten, dass medizinische Rehabilitationsbehandlungen nur unter deutlich verringerten Erfolgsaussichten indiziert sind.

Tabelle 2: physische Folgeschädigungen (Mehrfachnennungen waren möglich)

ERKRANKUNG	INDEX 7 BIS 11 (n = 888)	INDEX 12 BIS 18 (n = 455)
Carcinom des Verdauungstraktes	.1	2.4
Epileptische Anfälle	20.7	53.8
Hypertonie	16.8	24.2
Kleinhirnatrophie	9.6	24.0
Lebererkrankungen	74.0	82.4
Oesophagusvarizen	2.0	5.7
Pankreopathie	12.1	29.7
Polyneuropathie	35.9	77.1
Kardiomyopathie	3.4	8.4

Tabelle 3: psychische Folgeschädigungen (Mehrfachnennungen waren möglich)

	INDEX 7 BIS 11	INDEX 12 BIS 18
Delir	8.6	29.5
Demenz	1.0	9.9
Hirnorg. Durchgangs- u. Psychosyndrom	28.5	68.6
Entzugssyndrom	71.6	74.1
Morbus Korsakow	2.8	16.5
Halluzinose	3.7	11.0
Paranoide Psychose	2.0	13.8
Neurotische u. Persönlichkeitsfehlentwicklung	35.4	61.3

Angaben in Prozent

Insgesamt wird deutlich, dass aufgrund der hohen Anteile an physischen und psychischen Folgeschädigungen jenseits des Indexwertes 11 deren Mehrfachkombination zunimmt. Im Folgenden soll nun die Teilgruppe mit Indexwert zwischen 7 und 11 in Bezug auf drei Merkmale betrachtet werden: Lebensalter, Abhängigkeitsdauer und Zahl der psychiatrischen Regelbehandlungen. Die drei Fragen, die auf eine nähere Bestimmung dieser für medizinische Rehabilitationsbehandlung/en interessanten Teilgruppe abzielen, sind:

Wie hoch ist der Anteil derer, die aufgrund ihres Lebensalters eventuell besonders für die medizinische Rehabilitationsbehandlung bereit sind? Damit soll nicht gesagt werden, dass sich Motivationsbemühungen zur medizinischen Rehabilitationsbehandlung für ältere Abhängigkeitskranke nicht lohnen oder von vornherein zum Scheitern verurteilt sind; hier geht es darum, gemäß der definierten Zielstellung medizinischer Rehabilitationsbehandlungen (und nur diese wird hier betrachtet) – Erhalt oder

Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit -, den Anteil an Abhängigkeitskranken zu bestimmen, der dieser Zielstellung in besonderem Maße entspricht.

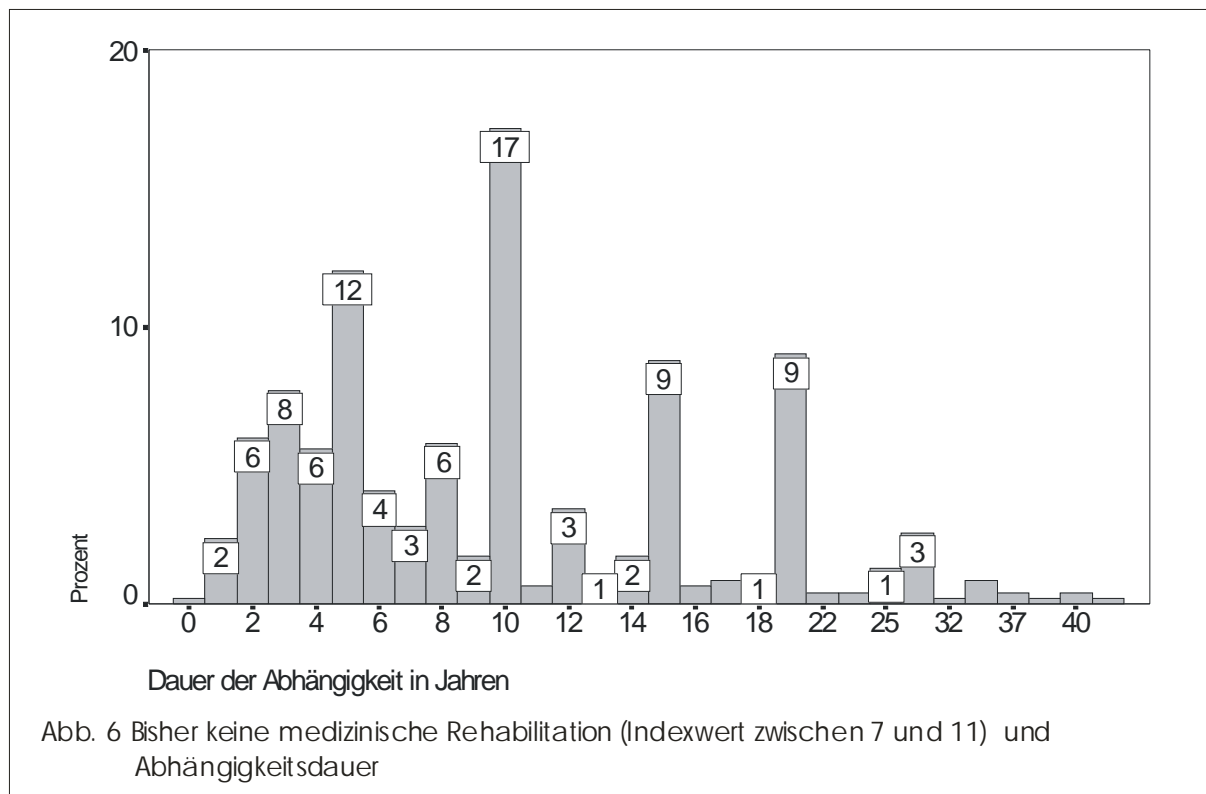
Eine weitere Frage besteht darin, wie hoch darunter der Anteil Abhängigkeitskranker mit einer relativ kurzen Abhängigkeitsdauer ist. Auch hier dürften die Chancen für erfolgreiche medizinische Rehabilitationsbehandlungen mit abnehmender Dauer der Abhängigkeit steigen.

Schließlich ist zu fragen, wie hoch der Anteil Abhängigkeitskranker mit bisher wenigen psychiatrischen Regelbehandlungen ist. Hier dürfte eine Rolle spielen, ob es sich dabei um „Drehtürpatienten“ handelt oder nicht. Je weniger psychiatrischen Regelbehandlungen sie sich bisher unterzogen haben, umso größer scheint die Chance auf erfolgreiche medizinische Rehabilitationsbehandlung zu sein.

Zur ersten Frage lässt sich Folgendes feststellen: das Durchschnittsalter beträgt 44,5 Jahre, dabei ist ein nicht unbeträchtlicher Anteil unter 40 Jahre alt. Dies ist erfahrungsgemäß zunächst eine recht günstige Voraussetzung für eine medizinische Rehabilitationsbehandlung. Insgesamt liegen die empirischen Werte nahe einer Normalverteilung, d.h. im Umkreis des ermittelten Mittelwertes sind die meisten Fälle zu beobachten. Insgesamt 9% dieser Teilgruppe von Abhängigkeitskranken, die beide o.g. Merkmale aufweisen, sind älter als 60 Jahre; also eine sehr kleine Gruppe, für die jedoch spezifische Vorgaben formuliert werden müssen, um die Ziele medizinischer Rehabilitationsbehandlung zu bestimmen. Demgegenüber sind 11% dieser Teilgruppe unter 30 Jahre alt.

Die zweite hier interessierende Frage nach der Abhängigkeitsdauer dieser Teilgruppe ergibt überraschenderweise die Antwort, dass ca. 65% seit weniger als 10 Jahren alkoholabhängig sind. Demgegenüber - wie aus Abb.6 zu ersehen - sind ca. 20% länger als 15 Jahre alkoholabhängig.

Eine relativ kurze Abhängigkeitsdauer dürfte auch für die Erfolgsprognose nicht uninteressant sein. Denn immerhin weist ein Drittel von Abhängigkeitskranken dieser Teilgruppe, die einen mittleren Folgeschadigungsgrad aufweisen und sich noch nie einer medizinischen Rehabilitationsbehandlung unterzogen haben, eine Abhängigkeitsdauer von unter fünf Jahren auf. Ein zweites Moment, das an Hand Abb. 6 deutlich wird: die Erreichung eines Folgeschadigungsgrades ist keine lineare Funktion der Abhängigkeitsdauer. Zumindest ein Drittel dieser Teilgruppe von Abhängigkeitskranken weist bereits eine beträchtliche Abhängigkeitsdauer auf, ohne in die Bereiche hoher Folgeschadigungsgrade gekommen zu sein.



Auch in Bezug auf die dritte Frage ist das Ergebnis innerhalb dieser Teilgruppe bemerkenswert: die Hälfte sind keine „Drehtürpatienten“. 50% dieser Abhängigkeitskranken haben sich bisher keiner oder nur einer psychiatrischen Regelbehandlung unterzogen. Im Zusammenhang mit der eingangs getroffenen Annahme ist dies ein weiterer günstiger Parameter hinsichtlich einer positiven Prognose für eine medizinische Rehabilitationsbehandlung. Betrachtet man nachfolgende Strukturdaten: Indexwert zwischen 7 und 11, keine medizinische Rehabilitationsbehandlung, bisher maximal eine psychiatrische Regelbehandlung, bis zu maximal 10 Jahre Abhängigkeitsdauer kumulativ, dann sind es 36% - (n = 165) - dieser Teilgruppe von Abhängigkeitskranken, auf die alle diese Merkmale zutreffen.

Abschließend noch eine Bemerkung in Bezug auf eine möglicherweise bereits erfolgte Herausbildung eines spezifischen Schädigungsprofils innerhalb dieser Teilgruppe. Als Schädigungsprofil bezeichnen wir die Dominanz einer Folgeschädigung des chronifizierten Trinkens, wobei wir *dominant* definieren ab einem Wert von 5 auf der 6-stufigen Schätzskala, die für den Index verwendet wird. Demnach ist ein Abhängigkeitskranker dominant psychisch geschädigt, wenn die Zusammensetzung seines Indexwertes eine 5 oder 6 hinsichtlich psychischer Folgeerkrankungen aufweist. Des Weiteren sind natürlich auch Kombinationen möglich: z.B. ist ein Abhängigkeitskranker dominant psychisch und physisch geschädigt, wenn sich sein Indexwert von 11 aus 5 (psychisch) + 5 (physisch) + 1 (sozial) ergibt. Ohne Ausprägung sind dagegen jene Abhängigkeitskranke, bei denen keiner der Werte über 4 (also keine dominante Folgeschädigung) ausgebildet ist: das Ergebnis ist ausgesprochen interessant, denn 80% dieser Teilgruppe von Abhängigkeitskranken weist keine dominante Folgeschädigung auf. Das bedeutet, ihre Schädigungswerte in allen drei Dimensionen (s.o.) überschreiten in keiner Dimension den Wert 4 bzw. liegen z.T. deutlich darunter.

In einer Dimension dominant geschädigt sind lediglich durchschnittlich 6% dieser Teilgruppe von Abhängigkeitskranken. Auch dies sind günstige Werte für eine erfolgreiche medizinische Rehabilitationsbehandlung. Betrachtet man den Anteil der Teilgruppe der Abhängigkeitskranken, die einen Indexwert über 11 aufweisen, wird deutlich, dass nun Schädigungsdominanzen deutlich zunehmen: z.B. sind 24% dominant psychisch folgeschädigt. Auch dies spricht dafür, dass mit dem gewählten Indexbereich eine

Teilgruppe von Abhängigkeitskranken spezifiziert ist, die günstige Strukturdaten für eine erfolgreiche medizinische Rehabilitationsbehandlung aufweisen.

5. Resümee

Die Analyse der Strukturdaten chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker, die sich einer psychiatrischen Regelbehandlung unterzogen haben, lässt die Schlussfolgerung zu, dass es einen Typ des „stillen“ Alkoholabhängigkeitskranken gibt. Über die Ursachen konnten hier nur theoretische Annahmen getroffen werden. Wahrscheinlich sind diese „stillen“ Alkoholabhängigkeitskranken (noch) keine homogene Gruppe.

Es lässt sich vermuten, dass es einerseits Abhängigkeitskranke sind, die über ein intaktes soziales Umfeld verfügen. Bricht dieses Umfeld weg, wird ihre Abhängigkeitserkrankung von Partnern, Freunden usw. nicht länger akzeptiert, sie werden plötzlich auch medizinisch „auffällig“: so wurden bei unserer Untersuchung z.B. Abhängigkeitskranke erfasst, die sich nach über 20 Jahren Abhängigkeitsdauer zum ersten Mal einer psychiatrischen Regelbehandlung unterzogen. Andererseits könnte es es sich um Abhängigkeitskranke handeln, die aufgrund ihres hohen generellen Humankapitals in der Lage sind, ihr abhängigkeitsdiktirtes, chronifiziertes Trinken durch entsprechende Lebenstechniken zu kaschieren und notwendig werdende medizinische Behandlungen dauerhaft außerhalb des angebotenen suchtspezifischen Hilfesystems in Anspruch zu nehmen.

Die Strukturdaten, die uns zu der „stillen“ Abhängigkeitserkrankung zur Verfügung stehen, legen die Vermutung nahe, dass es sich dabei um den Teil Alkoholabhängigkeitskranker handelt, dessen soziales Umfeld relativ intakt ist. Im Unterschied zu den medizinisch auffällig Gewordenen leben sie in eigener Wohnung und verfügen noch über soziale Kontakte.

Der relativ hohe Anteil Alkoholabhängigkeitskranker, die einen mittleren Grad an Folgeschädigungen aufweisen und bisher nahezu keine suchtspezifischen Hilfsangebote angenommen haben, legt es nahe, bei der zu stellenden Frage „Wer kann noch rehabilitiert werden?“ nach Wegen zu suchen, wie gerade diese Abhängigkeitskranken für eine medizinische Rehabilitation z.B. über Suchtberatungs- und –behandlungsstellen motiviert werden können.