

Struktur der CMA Population
im Freistaat Sachsen (2002)

Gesine Böttger, Frank Härtel, Hans-Jürgen Leonhardt, Kurt Mühler

Arbeitspapier 5 (Dezember 2002)

Arbeitsgruppe
Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke (CMA)

Autoren:

Dr. Gesine Böttger, Landessuchtbeauftragte Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie, Dresden

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 Theoretische Annahmen zur sozialen Dimension chronifizierten Trinkens.....	5
2.3 Die Indexbildung	9
3. Beschreibung der Gesamtanlage der Untersuchung	9
3.1 Warum eine Längsschnittuntersuchung?.....	9
3.2 Die Untersuchungseinheiten.....	10
3.3 Was kann vom zweiten Untersuchungsintervall erwartet werden?.....	11
4. Ergebnisse der Untersuchung	11
4.1 Die Verteilung der Gesamtpopulation auf den Index.....	11
4.2 Validierung der Strukturdaten.....	13
4.2.1 Empirische Anteile der drei Dimensionen an der Bestimmung des CMA-Status.....	13
4.2.2 Zur sozialen Charakteristik von CMA	15
Demographische Daten	15
Humankapital	16
Einkommensart.....	16
Weitere soziale Merkmale.....	17
4.2.3 Charakteristik der Abhängigkeitskarriere von CMA	19
Abhängigkeitsdauer.....	19
Beginn der Abhängigkeit.....	20
4.2.4 Klinische Karriere	21
4.2.5 Zusammenfassung	24
4.3 Bemerkungen zur Dynamik der CMA-Population	24
Anhang	28

Danksagung

Wir danken ausdrücklich dem Leiter der *Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren (SLS) e.V.*, Herrn Dr. Olaf Rilke, für die umfangreiche organisatorische Unterstützung des Projekts. Ferner danken wir Herrn Jens Böttcher, der als studentische Hilfskraft 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 zweiten Untersuchungswelle, 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 (vgl. Abschnitt 3.3).

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. Darüberhinaus - 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. Darüberhinaus 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-Populations-Größe in einem größeren administrativen Gebiet, das über einen eigenständigen Haushalt verfügt. Unseres Wissens ist **die hier in ihrer zweiten 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.

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.

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)

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 Theoretische Annahmen zur sozialen Dimension der Folgen chronifizierten Trinkens

Zwei Momente sind für eine Definition für uns von Wichtigkeit: Zum Ersten geht es uns darum, dass die sozialen Konsequenzen des chronifizierten Trinkens gleichrangig zu den physischen und psychischen Schädigungen gehören. Den Menschen als Einheit biologischer, psychischer und sozialer Komponenten zu betrachten, ist durchaus nicht selbstverständlich und nach wie vor von spürbaren Vorbehalten begleitet. Gern werden auf der einen Seite die physischen und psychischen und auf der anderen Seite – häufig quasi wie „das letzte Rad am Wagen“ - die sozialen Folgen gesehen. Im Weiteren wollen wir deshalb unseren Standpunkt der Gleichrangigkeit der Schädigungen und ihrer Folgen etwas ausführlicher darstellen.

Zum Zweiten geht es uns darum, mit der Definition darauf hinzuweisen, dass Menschen in ihrem sozialen Alltag mittels der ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen selbständig ihre eigenen materiellen und soziokulturellen Lebensgrundlagen herstellen, d.h. aktiv ihr Leben gestalten. Auch wenn sie zeitweilig oder dauerhaft z.B. in die Abhängigkeit von Arbeits- oder/und Sozialamt geraten, bleiben sie selbständige Produzenten ihrer Lebensgrundlagen, allerdings unter staatlicher Alimentierung ihrer materiellen Ressourcen. Ihre Lebensgestaltung behalten sie jedoch zum größten Teil in ihrer eigenen Entscheidung - das betrifft z.B. Tagesstruktur, Einkäufe, Behördengänge, soziale Kontakte in ihrer Alltagswelt. Bei CMA fehlt die aktive Fähigkeit selbst der elementaren Strukturierung von Tagesabläufen, oder sie ist mindestens schwer gestört. CMA benötigen Anstöße und Hilfe bei nahezu allen anfallenden Lebenstätigkeiten, auch wenn sie einen Teil z.B. exekutiver Alltagsfähigkeiten durch mittelfristige soziotherapeutische Interventionen zurückzugewinnen vermögen. Lebensgrundlagen eigenständig herzustellen, heißt aber in erster Linie, Ziele zu definieren, Entscheidungen zu treffen, Abläufe zu strukturieren. Diese komplexen

Fähigkeiten sind bei CMA nachhaltig gestört, sie können ohne fremde Hilfe nicht aktiviert werden. Aus diesem Grund ist z.B. nach erfolgreicher Soziotherapie die betreute Wohnform eine meist unabdingbare komplementäre Weiterbehandlung für CMA. Hier erfolgt Hilfe, Kontrolle und Anregung, etwas, das Menschen normalerweise autonom bezogen auf ihre Tätigkeiten können.

Die Gleichrangigkeit der sozialen Komponente des chronifizierten Trinkens wird hier ausführlicher dargelegt, weil sie als einzige der drei vorgestellten Schädigungen strittig ist. Alkoholkonsum begleitet uns Menschen seit über 7000 Jahren. Es scheint aber so, dass trotz vorhandener historischer Zeugnisse der Alkoholismus als Massenphänomen eine historisch relativ neue Erscheinung ist. Zum einen scheint dies darin begründet, dass in vielen Regionen Alkoholika nicht ganzjährig zur Verfügung standen; dies änderte sich erst mit dem Aufkommen der Branntweinproduktion. Weiterhin war der Genuss von Drogen in fester sozialer Gegebenheit ritualisierter und damit hochgradig vergesellschaftet. Die Auflösung sozialer Bande, z.B. unter dem Aspekt rascher und ungesteuerter Urbanisierung, brachten eine Lockerung von Konsumritualen und kollektiver Einbindung des Konsums und brachten auch Massenelend. Die Auflösung sozialer Kontrollfaktoren bzw. - anders formuliert - die Schwächung sozialer Integration der Individuen ist aber generell an der Entstehung der Alkoholabhängigkeit als gesellschaftliches Phänomen beteiligt. Schon deshalb kann sich das Suchthilfesystem gegenüber jeder Art von Abhängigkeit nicht auf einen alleinigen medizinischen Standpunkt zurückziehen.

Soziale Faktoren sind sowohl hinsichtlich der Verursachung als auch der Folgen von Abhängigkeit zu betrachten. Das wird u.a. in Klassifikationen wie von Cloninger bereits berücksichtigt. Hier geht es uns um den zweiten Aspekt.

Regelmäßig wird bezüglich unserer theoretischen Fixierung der Folgeschädigungen chronischer Abhängigkeit moniert, dass die soziale Dimension - von uns als soziale Desintegration erfasst - eine eigenständige Folge der Krankheit *Abhängigkeit* konstituiert. Konkret bedeutet das: ist soziale Desintegration eine direkte Folge des abhängigkeitsdiktierten Trinkens oder eine Folge der physischen und psychischen Folgeschädigungen des Trinkens? Die Brisanz der Frage kommt erst in der Umkehrung zum Vorschein und hat deshalb nicht geringe Konsequenzen für die Struktur des Suchthilfesystems. Die einfachste Antwort lautet: alle drei sind voneinander abhängig.

Wenn soziale Desintegration aber nur eine Folge von physischen und psychischen Folgeschädigungen des Trinkens wäre, ließe sich im Hinblick auf eine rehabilitative Therapie sagen, dass sich Rehabilitation vornehmlich auf die physischen und psychischen Erkrankungen zu richten hätte. Wären diese Folgeerkrankungen beseitigt oder erheblich gemindert und Alkoholabstinenz erreicht, dann stellte sich eine soziale Integration ohne weitere Interventionen von selbst wieder her.

Wenn man die Klassifikation der Patientengruppen nach Psychiatrie-Personalverordnung betrachtet, liegt für die Abhängigkeitskranken, die einer rehabilitativen Behandlung bedürfen, ein Schwergewicht auch auf medizinischer Rehabilitation. Allerdings genügt das nicht, wenn es sich um chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke, die der Kategorie S 4 der Psychiatrie-Personalverordnung entsprechen, handelt.

Wir stellen also in Zweifel, dass es sich bei den sozialen Folgeschädigungen eines CMA um eine eindeutige Nachrangigkeit handelt, die den physischen und psychischen Folgen „nachläuft“. Denn mit einem solchen Standpunkt von Nachrangigkeit würde die Eigenqualität und Eigendynamik sozialer Zusammenhänge, in denen unser Leben verläuft, ignoriert. Auch soziale Ressourcen lassen sich konkret benennen. Grundressourcen bestimmen sich aus ihrer Notwendigkeit bei der eigenständigen Herstellung der Lebensgrundlagen, wobei eigenständig heißt, die sozialen Gegebenheiten nicht losgelöst von gesellschaftlichen Zusammenhängen, sondern aktiv und eigenverantwortlich zu nutzen, um sich zu entfalten und den eigenen Platz in der Gesellschaft zu bestimmen und zu verteidigen. Dazu sind konkrete Ressourcen nötig, 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 Bourdieu² - oder auf Möglichkeiten der Transferierbarkeit sowie auf Gestaltformen dieser Kapitalien eingegangen werden, um die Argumentation im hier verfolgten Sinne konsistent zu halten. Humankapital, gegliedert in generelles und spezifisches, umfasst z.B. die Fähigkeiten eines 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 der 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. 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 erheblich. Wichtig aber ist, dass Menschen sich überhaupt Ziele stecken und diese unter Aufwendung ihrer Ressourcen zu erreichen trachten. Dabei ist stets Kooperation mit anderen Menschen, Gruppen oder Institutionen unumgänglich. Diese können dem Einzelnen das Erreichen der Ziele vereinfachen, erschweren oder unmöglich machen.

Für unsere Zwecke ist es nötig, zwischen sozialen Ressourcen und Gütern zu unterscheiden. Ein Gut, das mit sozial relevanten Ressourcen hergestellt wird, ist z.B. auch ein Arbeitsplatz. Im Zusammenhang mit Arbeit wiederum werden wichtige Ressourcen produziert und erweitert. Diese Unterscheidung halten wir insofern für relevant, weil es im Rahmen der Suchtkrankenbehandlung nicht darum gehen kann, einen Arbeitsplatz zu „kreieren“, sondern darum, sozial relevante Ressourcen aufzubauen, mit denen der Abhängige einen Arbeitsplatz wiedererlangen könnte. Soziotherapie muss sich bei

² Bourdieu, P.: Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Soziale Welt. Sonderband 2. Soziale Ungleichheit. Göttingen 1983

entsprechenden Defiziten auf den Ressourcenaufbau bzw. auf die Fähigkeit, mit eigenen Kräften Ressourcen zurückzugewinnen, richten.

Unser Einwand ist nun, dass sich - insbesondere für CMA - diese Ressourcen bzw. die Fähigkeiten, sozial relevante Ressourcen wieder aufzubauen, nicht von allein einstellen. Ein Mensch, der aus jahrzentelanger Abhängigkeit „auftaucht“, ist sozial auf schwerste Weise beeinträchtigt, so dass seine sozial relevanten Ressourcen möglicherweise nur bedingt zurückgewonnen werden können; dies gilt auch mit Blickrichtung auf den Arbeitsmarkt. In diesem Fall kann es nur darum gehen, zumindest Teilressourcen wiederaufzubauen.

Allerdings ist, wie wir noch anhand unserer Daten zeigen werden, der Anteil einseitiger sozialer Schädigungsprofile in den Stadien niedriger und mittlerer Gesamtschädigung äußerst gering. Das bedeutet, erst bei hohen Schädigungsgraden ist die soziale Desintegration mit ausgeprägt. Der hypothetische Fall einseitiger sozialer Desintegration ist empirisch nach unseren bisherigen Untersuchungen nicht relevant. Dabei ist zu beachten, dass ein nach ICD-10³ diagnostizierter Abhängigkeitskranker aufgrund der Kriterienwahl durch alleinige soziale Auffälligkeiten überhaupt nicht diagnoserelevant auffällt. Diese Konstellation macht einen Teil der Schwierigkeiten aus, Frühinterventionen zweckmäßig im Suchtkrankenhilfesystem zu plazieren und darüberhinaus in anderen Bereichen des medizinischen Versorgungssystems zu etablieren, bevor gewissermaßen „das Kind in den Brunnen fällt“. Auf die Bedeutung von Frühinterventionen haben unlängst K. Mann und M. Caspers-Merk⁴ hingewiesen.

Das bedeutet auch für den gesamten Bereich der Suchtkrankenbehandlung, die durch die Psychiatrie-Personalverordnung geregelt ist, dass nur nach ICD-10 diagnostizierte Abhängigkeitskranke Berücksichtigung finden können in den aufgeführten Kategorien von S 1 – S 6. Da es bei unserer Untersuchung um eine differenzierte Erfassung verschiedener Patientenkategorien geht, haben wir aus Übersichtsgründen zur Vereinfachung den Begriff der psychiatrischen Behandlung (nach Psych-PV) gewählt, der für alle einschlägigen Behandlungserfordernisse anwendbar ist. Das schließt natürlich ein, dass Patienten der Psychiatrie-Personalverordnungskategorie S 1 eine entsprechende psychiatrische Behandlung nach Psych-PV erhalten und Patienten der Kategorie S 4 nach Psychiatrie-Personalverordnung eine entsprechend gestaltete Behandlung für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke.

Indikationsgerecht ist in diesen Behandlungswegen die Anwendung soziotherapeutischer Interventionen eingeschlossen. Ohne die Rückgewinnung sozial relevanter Ressourcen bzw. Kompetenzen wird Alkoholabstinenz mit großer Wahrscheinlichkeit nicht längerfristig haltbar sein. Natürlich kann dem Abhängigkeitskranken bei noch vorhandener sozialer Integration nach einer entsprechenden psychiatrischen Behandlung nach Psych-PV durch das soziale Umfeld Hilfe bei der Wiedergewinnung und Stabilisierung sozialer Kompetenzen zuteil werden. Wenn jedoch sein soziales Netz zerstört

³ ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders

⁴ Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen. Hrsg. v. K.Mann. Berlin 2002. Pabst Science Publishers

ist, wie wir bei einer Vielzahl der CMA feststellen mussten, reichen die verbliebenen Fähigkeiten und Ressourcen im Alltag meist nicht aus, um die eigenen Lebensgrundlagen zu sichern.

Um es zusammenzufassen: sowohl die Gleichrangigkeit der drei Dimensionen der Folgeschädigungen als auch die selbständige Herstellung der Lebensgrundlagen betrachten wir als Kernaussagen unserer Definition.

2.3 Die Indexbildung

Die Operationalisierung unserer CMA-Definition erfolgt über einen Index.

Die medizinischen Komponenten basieren auf der Einschätzung des behandelnden Arztes. Dazu standen sechsstufige Schätzskalen 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. Das gleiche Verfahren wurde im Zusammenhang mit physischen Folgeerkrankungen angewendet. Wir gehen davon aus, daß diese gestufte Verfahrensweise hinreichend zuverlässige Daten der Gesamteinschätzung liefert.

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 und arbeitslos⁵.

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 Gesamtanlage der Untersuchung sieht vor, Daten über drei Zeiträume (2000, 2002, 2004) zu erheben. Um es vorweg zu nehmen: Dies ist ein Minimaldesign, auch wenn der Aufwand dieser drei Erhebungen bereits enorm ist. Folgende Gründe sprechen dafür:

Aus Einmaluntersuchungen (Querschnittanalysen) kann man keine zuverlässigen Daten über Veränderungen erhalten. Eine Zustandsanalyse liefert Strukturdaten und Zusammenhänge zwischen Strukturen (einen Teil derartiger Ergebnisse haben wir im letzten Heft *Arbeitspapier 4* vorgestellt); über die Stabilität solcher Strukturen kann man jedoch aus Querschnittanalysen keine Schlüsse ziehen. Die Erwartungen, aus zwei Untersuchungszeiträumen bereits entsprechende Aussagen zu erhalten, sind allerdings auch zu hoch angelegt. Grundsätzlich gilt, dass mit der Zahl von Messungen auch deren

⁵ Der Fragebogen ist im Anhang enthalten

Zuverlässigkeit steigt. Dies gilt ganz generell. Darüberhinaus hängt es natürlich auch vom Untersuchungsobjekt ab, wieviel 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.

Bezüglich CMA gilt eine Konstellation der ungünstigen Parameter. Zum Ersten muß man sagen, 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 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 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 bleibt sucht-medizinisch unauffällig.⁶ Die auffälligen Abhängigkeitskranken, also jene, 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. Demzufolge „pulsiert“ auch die Population der erkennbaren Abhängigen und damit der erfassbaren CMA.

Wir hoffen, mit unserer Untersuchung zu den bisher zuverlässigsten Daten über eine CMA-Population in einem Bundesland zu kommen.

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.

⁶ vgl. Mühlner, K. Der Grad der Folgeschädigungen chronifizierten Trinkens und medizinische Rehabilitation. 2002, eingereicht

Im Anhang sind jene Einrichtungen enthalten, die an der Erhebung 2002 teilgenommen haben. **Die Gesamtfallzahl, ohne Doppelerfassung, beträgt 1714.**

3.3 Was kann vom zweiten Untersuchungsintervall erwartet werden?

Nicht alle Einrichtungen der ersten Welle haben auch an der zweiten 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 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** erste Aussagen gewinnen, indem nur jene Daten berücksichtigt werden, die aus Einrichtungen stammen, die an beiden Erhebungszeiträumen teilgenommen haben und, zusammengenommen, die Voraussetzung erfüllen, tatsächlich den Schwerpunkt - dieser beinhaltet mindestens zwei Drittel der Gesamtfälle - des ausgewählten Prozesses der psychiatrischen Behandlungen zu bilden. Mit anderen Worten: Es muss zutreffen, dass diese Einrichtungen auch den größten Anteil psychiatrischer Behandlungen durchführen. Die Einschätzung wird mit Hilfe der Untersuchung aus dem Jahre 2000 erfolgen. Hier konnten wir eine sehr hohe Beteiligung verzeichnen. Von diesen Daten ausgehend, prüfen wir zunächst, wie hoch der Anteil an der Gesamtzahl der Fälle von den Einrichtungen, die auch im Jahre 2002 an der Untersuchung teilgenommen haben, ist.

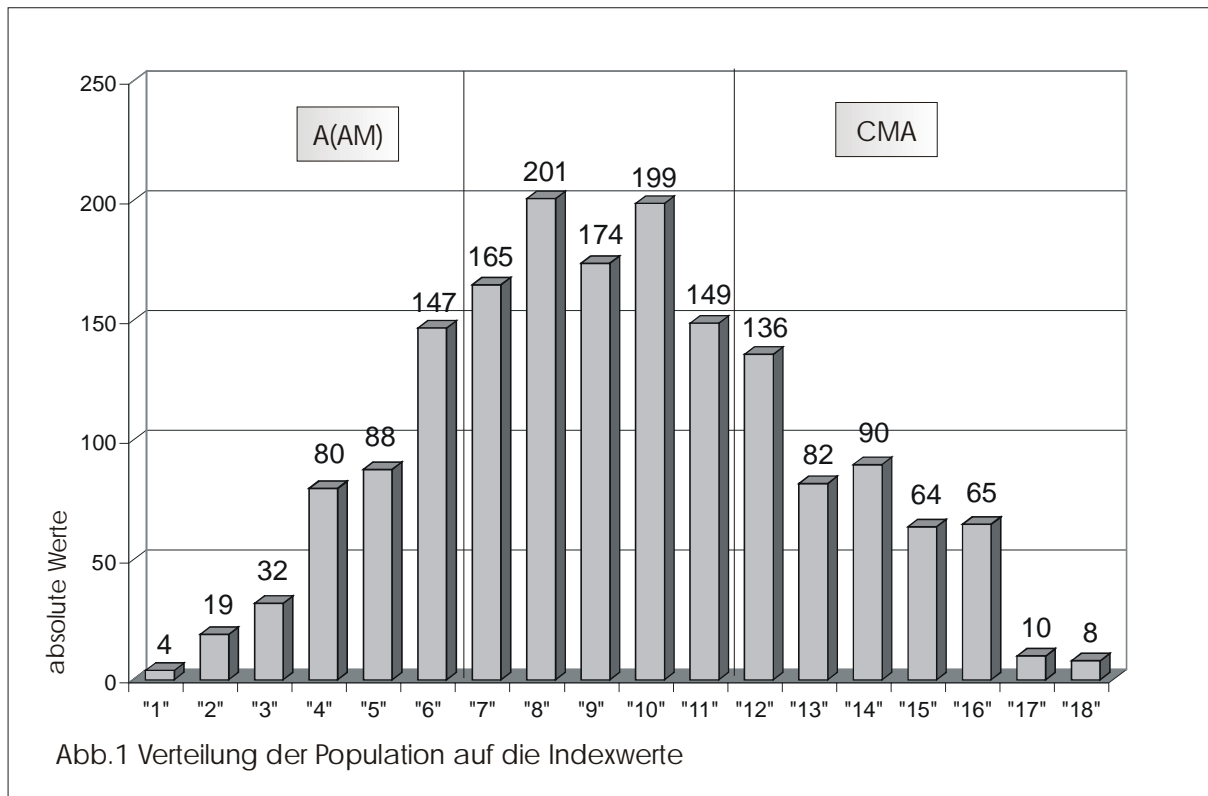
Vergleich der Strukturdaten und Vergleich der ausgewählten Einrichtungen bilden den Schwerpunkt des vorliegenden Heftes.

4. Ergebnisse der Untersuchung

4.1 Die Verteilung der Gesamtpopulation auf den Index

Zunächst wollen wir darauf eingehen, wie sich in der Erhebung 2002 die Abhängigen auf den aus unserer Definition folgenden Index verteilen. Dazu ist eine Vorbemerkung, die eine Korrektur der Klassifizierung an Hand dieser Indexwerte betrifft, erforderlich. An Hand der Untersuchung im Jahre 2000 hatten wir aus formalen Gründen zunächst vorgeschlagen, den CMA-Status mit Erreichen des Indexwertes 10 zu veranschlagen. Formal war der Grund deshalb, weil als einziger Anhaltspunkt das Überschreiten des 50%-Wertes des Index verbunden wurde. Wir wollen den CMA-Status nun aber über eine inhaltliche Argumentation fixieren, und zwar insofern, als die Behandlungsdaten dahingehend geprüft werden, inwieweit die Annahme gerechtfertigt ist, dass es einen quantitativen Sprung im Vergleich der Indexwerte gibt. Also: steigen die Behandlungserfahrungen (psychiatrische

Behandlungen, medizinische Rehabilitation, sonstige stationäre Aufenthalte wegen der Alkoholerkrankung und deren Folgen) kontinuierlich über die Indexwerte an oder lässt sich ab einem bestimmten Indexwert eine sehr rasche Zunahme in den drei genannten Behandlungskategorien beobachten? Diese Behandlungskategorien stellen eine Verbesserung des Kriteriums für die Einstufung dar, weil sie die Chronizität der Abhängigkeitsfolgen berücksichtigen.



Die Verteilung der Behandlungserfahrungen auf die Indexwerte steigt zwischen den Werten 11 bis 14 in den jeweiligen Behandlungskategorien deutlich an. Wir nehmen dies zum Anlass, den indexbezogenen Eintrittswert für CMA auf 12 zu korrigieren. Es soll an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, dass eine solche Bestimmung Näherungscharakter besitzt. Die Exaktheit der Daten entspricht nicht einem metrischen, sondern einem nominalen bzw. ordinalen Niveau. Die hier vorgeschlagenen Indexwerte sollen Anhaltspunkte zu einer CMA-Population geben, über die bessere Daten bisher nicht vorhanden sind. Die Gruppe der Abhängigen (Alkohol und Medikamente) - im folgenden als A(AM) bezeichnet - umfasst wie bisher die Indexwerte bis 6. Die dazwischenliegende Gruppe, die den Übergang (zu dem dann erreichten CMA-Status) darstellt, liegt zwischen den Indexerten 7 und 11.⁷

Die Verteilung der Gesamtfallzahl auf die Indexwerte (Abb.1) zeigt eine sehr große Ähnlichkeit mit der Verteilung aus dem Jahre 2000.

Zwischen beiden Verteilungen - jener aus dem Jahr 2000 und jener der neuen Untersuchung im Jahr 2002 - besteht auch in den einzelnen Indexwerten eine große

⁷ Die Untersuchungsergebnisse aus dem Jahre 2000 werden zwecks des Vergleichs der Strukturdaten an diese neue Einteilung angepaßt.

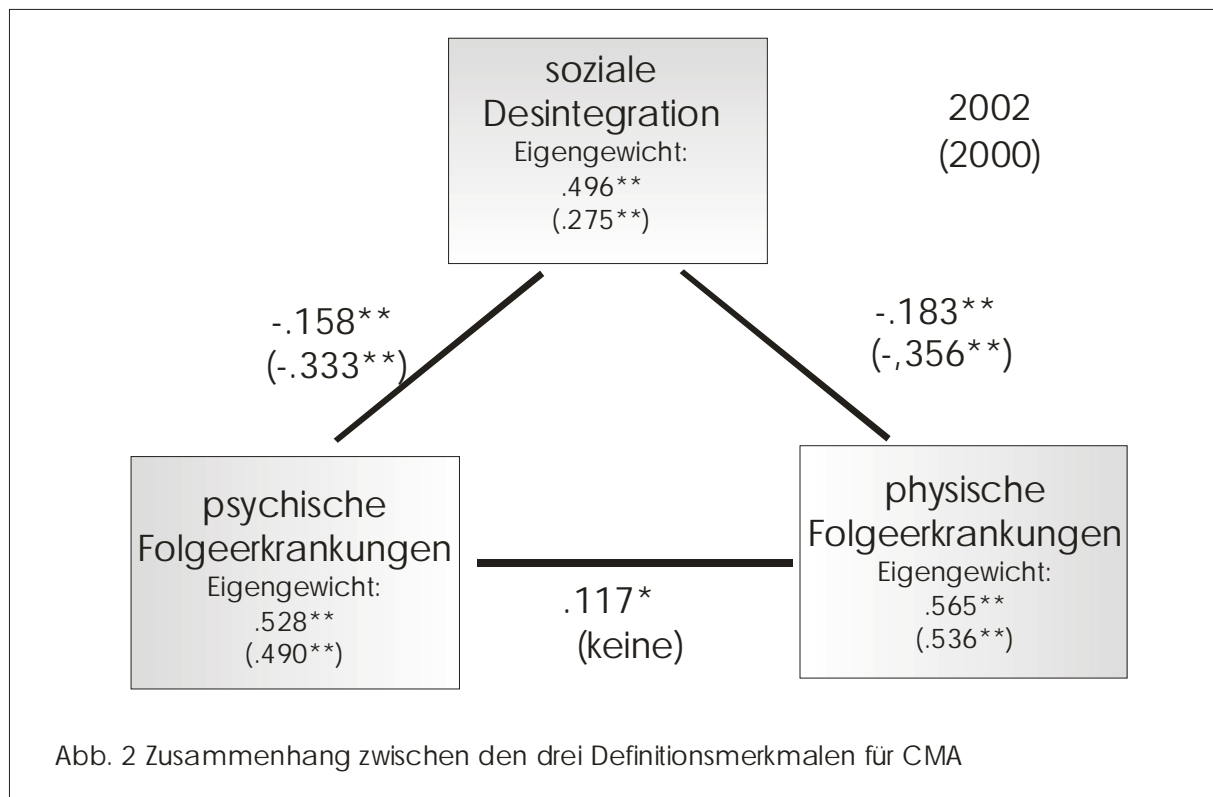
Ähnlichkeit, die sichert, dass es sich weitestgehend um die gleiche Population handelt. Berechnet man eine Korrelation zwischen den Prozentverteilungen beider Erhebungen, um deren Ähnlichkeit zu ermitteln, wird die Ähnlichkeit besonders deutlich. Wir erhalten eine hochsignifikante Korrelation von .950. Eine Korrelation von nahe 1 bedeutet, dass die Verteilung der erhobenen Population auf die Indexwerte nahezu identisch ist: sie beträgt 91%. Daraus darf gefolgert werden, dass zur Prüfung von Strukturdaten ein Vergleich zwischen beiden Erhebungen legitimiert ist, obwohl nicht genau dieselben Einrichtungen teilgenommen haben.

4.2 Validierung der Strukturdaten

Im Unterschied zur Ermittlung von Populationsveränderungen sollen hier Strukturmerkmale der sächsischen CMA-Population dahingehend geprüft werden, ob sie zufällig sind oder sich in der Untersuchung 2002 der Tendenz nach wieder bestätigen lassen.

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

Wir hatten 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. Die Untersuchung aus dem Jahre 2000 zeigte, dass die physische und die psychische Dimension der CMA-Bestimmung am stärksten zur Geltung kommen und die soziale Dimension deutlich schwächer beteiligt ist. Die jetzt vorliegende Untersuchung dagegen lässt nahezu eine empirische Gleichgewichtigkeit zwischen den drei Dimensionen bei der Einstufung als CMA erkennen. (Abb.2) Auch in den Beziehungen zwischen den Dimensionen sind Veränderungen eingetreten. Grundsätzlich bleibt die Beziehung erhalten, dass, wer sozial desintegriert ist, im CMA-Status weniger physische oder psychische Folgeerkrankungen aufweist, und umgekehrt. Diese Entgegensetzung ist jedoch deutlich schwächer geworden. Die CMA aus der Untersuchung 2000 wiesen keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der physischen und psychischen Dimension ihrer Einstufung auf. In der Untersuchung 2002 dagegen lässt sich ein sehr schwacher, gering signifikanter, Zusammenhang beobachten.

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.

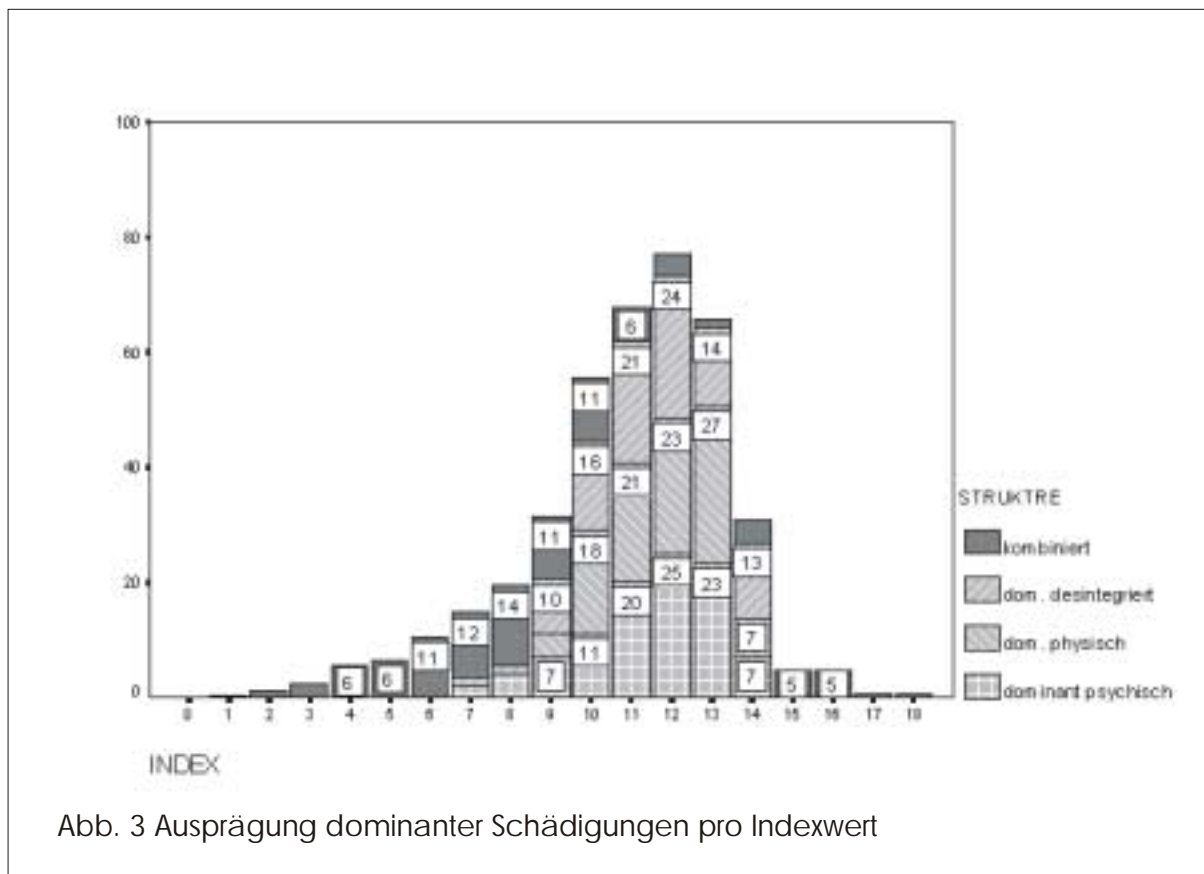


Abb. 3 Ausprägung dominanter Schädigungen pro Indexwert

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; diese CMA weisen entweder dominante physische oder dominante psychische Schädigungen auf oder sind dominant sozial desintegriert.

Der Unterschied zwischen beiden Erhebungen ist aber auch bemerkenswert, obgleich er noch nicht als zuverlässig bezeichnet werden kann. Die Eigengewichte der drei

Dimensionen sind in der Untersuchung 2002 stärker als in der von 2000 und die Zusammenhänge zwischen den drei Bestimmungsmerkmalen sind schwächer geworden (bis auf die Ausnahme zwischen physischen und psychischen Folgeerkrankungen). Die Eigengewichte bezeichnen die Stärke der Beziehung eines Merkmals zum Gesamtindex auf der Grundlage einer Pearsonkorrelation. Der Zusammenhang zwischen den Merkmalen - ebenfalls auf der Grundlage einer Pearsonkorrelation berechnet - weist aus, wie oft Merkmale verschiedener Dimensionen gleichzeitig bzw. sich ausschließend bei der CMA-Bestimmung empirisch beobachtbar sind. Insgesamt, d.h. die gesamten Indexwerte betrachtet, sind dominante Schädigungen für die mittleren Indexwerte sowie für die CMA-Eingangswerte typisch; sowohl in den niedrigen als auch in den hohen Indexwerten sind sie nicht anzutreffen - Abb. 3 verdeutlicht diese Feststellung. So weisen 75% der insgesamt dominant desintegrierten Abhängigkeitskranken Indexwerte zwischen 10 und 13 auf.

Bezogen auf die Gesamterhebungen 2000 und 2002 lässt sich feststellen, dass auch die prozentualen Anteile an den einzelnen Schädigungsklassen sehr große Ähnlichkeit aufweisen; wie ein Vergleich zwischen den Tabellen 1a und 1b im Anhang zeigt, sind die Verteilungen nahezu gleich.

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 sind (Durchschnittsalter 47 Jahre) und damit etwas älter als die als A(AM) (Durchschnittsalter 44 Jahre) Eingestuft.⁸ Die CMA der Untersuchung 2002 weisen 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). Inwieweit sich hier tendenzielle Veränderungen oder zufällige Schwankungen darstellen, kann aufgrund von zwei Erhebungen nicht entschieden werden. Wichtig jedoch ist die durch beide Untersuchungen bestätigte Tatsache, dass CMA durchschnittlich älter als andere Abhängige sind; ihr Altersdurchschnitt bewegt sich noch in den Toleranzen bisheriger anderer Untersuchungen, wenngleich dieser Populationswert insgesamt relativ hoch ist. In Tabelle 2 sind gruppierte Alterswerte der CMA aus der Untersuchung 2002 dargestellt.

Das zweite demographische Merkmal bezieht sich auf die Geschlechtszugehörigkeit. In der Untersuchung 2000 hat sich - ebenso wie in anderen Untersuchungen - bestätigt, dass CMA typischerweise Männer sind; im Jahr 2000 waren dies bei den CMA 90% und bei den A(AM) 73%. Die Werte haben sich 2002 etwas verändert: so sind bei den CMA 88% und bei den A(AM) 81% Männer. Für die CMA kann man davon ausgehen, dass die getroffene Feststellung bestätigt ist. Auch die relationale Aussage, dass der Männeranteil bei den CMA größer ist als bei anderen Abhängigen, kann als bestätigt angesehen werden, selbst wenn die Differenz 2002 kleiner ist. Auch hier gilt das zur Altersstruktur und den angetroffenen Differenzen Gesagte.

⁸ Die Werte aus der Untersuchung 2000 sind auf die neue Einteilung berechnet. Sie unterscheiden sich aber nicht von der im Arbeitsheft 4 getroffenen Grundaussage.

Humankapital

Humankapital haben wir in den Formen *Schulbildung*, *berufliche Qualifikation* und *Wert für das Berufsprestige* erhoben. In der vorangegangenen Untersuchung konnten wir beobachten, dass CMA gegenüber anderen Abhängigen - und auch gegenüber der Gesamtbevölkerung - noch deutlicher eine geringere formale Ausbildung und geringere Berufsprestigewerte aufweisen. Eingebettet waren diese Feststellungen in die Annahme, dass Humankapital insgesamt die sozialen Auswirkungen der Abhängigkeit - und vielleicht sogar das Nicht-In-Erscheinung-treten als Abhängiger - maßgeblich beeinflusst. Je höher das Humankapital, desto größer sind die Möglichkeiten, auch bei Abhängigkeit soziale Beziehungen aufrecht zu erhalten, Lebenstechniken zu generieren, die die Abhängigkeit lange kaschieren können, sowie den Arbeitsplatz länger zu erhalten. Zu den Berufsprestigewerten können wir feststellen, dass die Werte für beide Gruppen – CMA und A(AM) - in der Untersuchung 2002 etwas höher liegen als 2000, jedoch die Relation zwischen beiden Abhängigengruppen erhalten bleibt. Bei den Berufsprestigewerten auf der Magnitudeprestigeskala (MPS) von Wegener⁹, die ein standardisiertes Messverfahren für die Prestigewerte von Berufen darstellt, erreicht 2002 die Gruppe der A(AM) einen Durchschnittswert von 55,2 und die Gruppe der CMA einen Durchschnittswert von 49,3; der Durchschnittswert der sächsischen Bevölkerung (geschätzt nach ALLBUS 2000) liegt bei 62 (die Gesamtspanne der Prestigewerte bewegt sich zwischen 20 und 183). Wir können feststellen, dass dieser Wert in der Relation zwischen den verglichenen Gruppen bestätigt ist. Ob die Differenz in der Höhe zwischen beiden Untersuchungen eine Entwicklung darstellt, kann hier nicht entschieden werden.

In Bezug auf die Bildungsabschlüsse bestätigt sich, dass CMA dem Anteil nach bei *ohne Beruf* und *Teilfacharbeiter* stärker vertreten sind als die A(AM); auch in dieser Beziehung bestätigt sich ein niedrigeres Bildungsniveau der CMA in beiden Untersuchungen. Selbst wenn die Gesamthöhe in den Qualifikationsarten differiert, kann die relationale Aussage bezüglich der Differenz des Humankapitals zwischen beiden Abhängigengruppen bestätigt werden (vgl. Tabelle 3); während nur 21% der A(AM) über keinen Beruf verfügen oder lediglich Teilfacharbeiter sind, beläuft sich der entsprechende Anteil bei den CMA auf immerhin 36%.

Hinsichtlich der Schulbildung beläuft sich die Differenz zwischen CMA und A(AM) auf ein Schuljahr (8,86 zu 9,86 Schuljahre im Gruppendurchschnitt CMA/A(AM)). Damit bestätigt sich auch in der Untersuchung 2002 in Bezug auf alle drei ausgewählten Merkmale für die Repräsentation des Humankapitals: CMA verfügen im Durchschnitt über ein niedrigeres Humankapital als andere Abhängigkeitskranke.

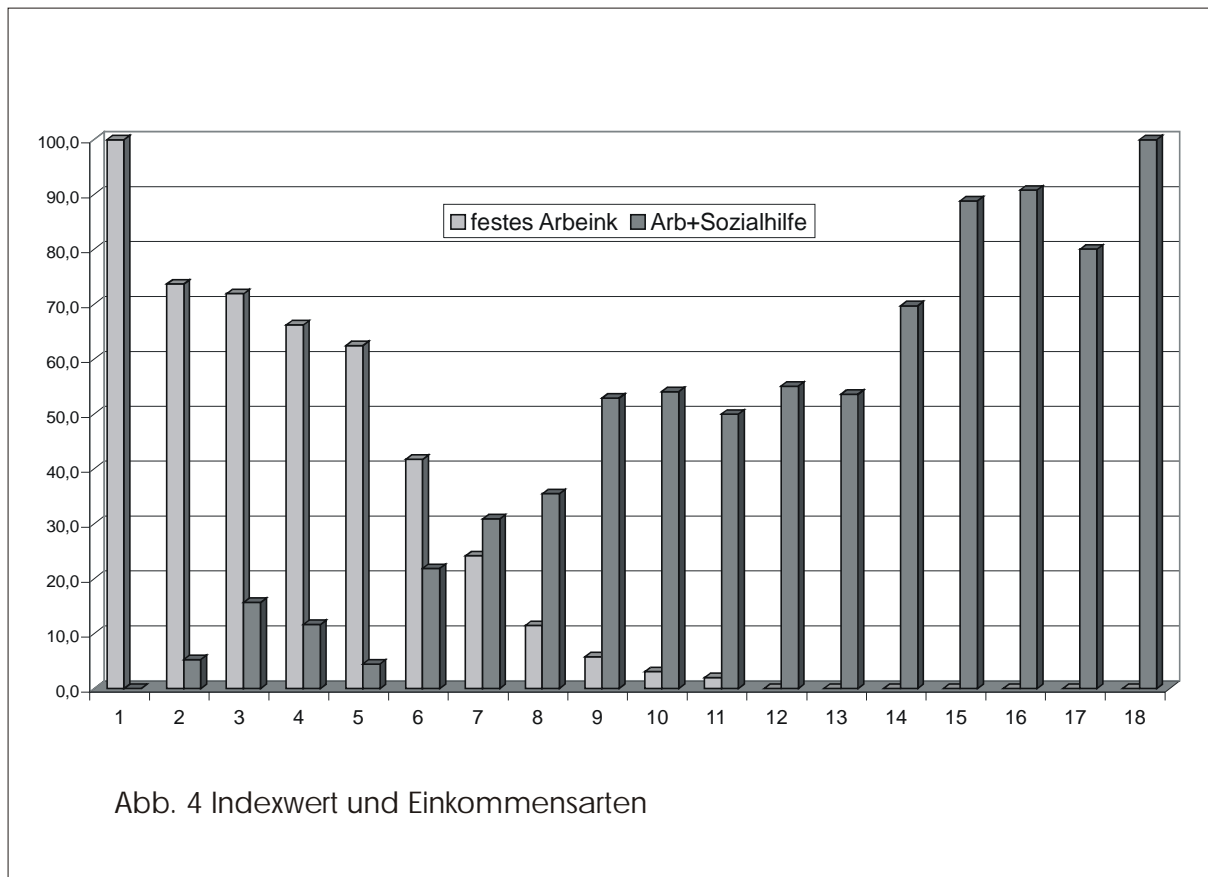
Einkommensart

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-

⁹ Wegener, B.: Kritik des Prestiges. Opladen 1988

Wolf, Chr.: Sozio-ökonomischer Status und berufliches Prestige. In: ZUMA-Nachrichten 37 (1995), 37 S. 102 – 136

Status, wie wir ihn hier vorschlagen. Demgegenüber steigen die Anteile an



Abhängigkeitskranken, die Arbeitslosen- oder Sozialhilfe beziehen; beim Indexwert 0 erhält kein Abhängigkeitskranker Arbeitslosen- oder Sozialhilfe, beim Indexwert 18 sind dies 100%. Im direkten Vergleich wird damit deutlich, daß CMA aus dem Arbeitsmarkt weitestgehend ausgegliedert sind – denn sowohl der Bezug von Arbeitslosenhilfe signalisiert, dass Langzeitarbeitslosigkeit vorliegt, als auch eine erfolgte Berentung macht dies, und zwar bei fast einem Drittel, deutlich.

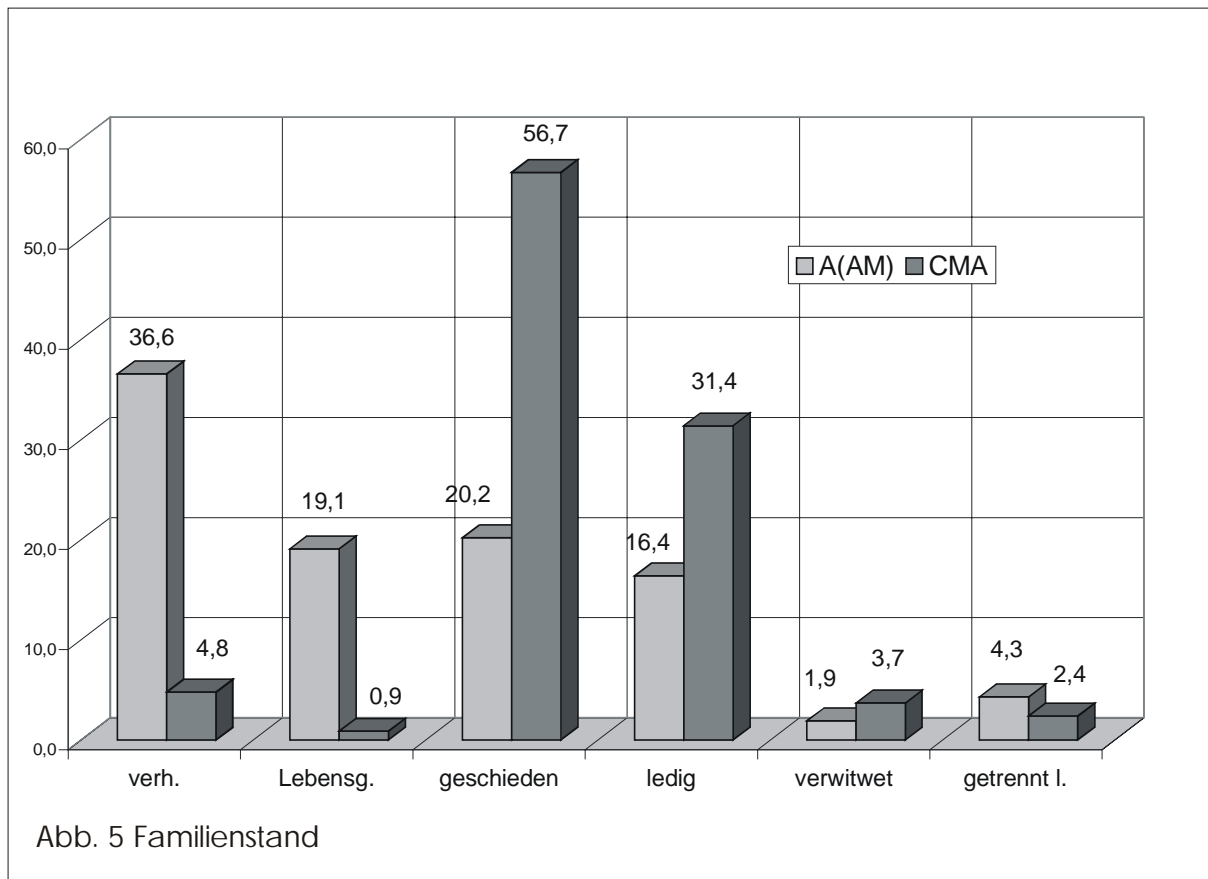
Das Balkendiagramm in Abb.4 ist so gestaltet, dass innerhalb jedes der insgesamt 18 Indexwerte der Anteil der Einkommensarten getrennt berechnet wurde und daraus erkennbar wird, dass für CMA die Arbeitslosen- und Sozialhilfe die typische Einkommensquelle darstellt; zudem sind 32% der CMA berentet. Beim Indexwert 18 beträgt die Arbeitslosen- oder/und Sozialhilfe 100%, d.h. jeder der Abhängigkeitskranken mit einem Indexwert von 18 erhält Arbeitslosen- oder/und Sozialhilfe. Diese Ergebnisse decken sich mit jenen aus der Untersuchung im Jahre 2000.

Weitere soziale Merkmale

Hier sollen die Merkmale *Familienstand* und *Wohnverhältnisse* mit den Daten aus der Untersuchung 2000 verglichen werden.

Im Heft *Arbeitspapier 4* haben wird die Gruppe der CMA und A(AM) miteinander verglichen, um nachzuweisen, dass sich auch hinsichtlich des sozialen Kapitals (der sozialen Beziehungen im Corenetzwerk) zwischen diesen beiden Gruppe eine deutliche Differenz

beobachten lässt. Auch dies verweist darauf, dass es sich bei CMA um eine von den A(AM)



qualitativ unterschiedliche Gruppe von Abhängigen handelt.

Der Tendenz nach stimmen die Ergebnisse beider Untersuchungen überein: wie in Abb. 5 ersichtlich, leben nur noch ca 5% der CMA in Ehen oder eheähnlichen Gemeinschaften gegenüber ca. 57% bei den A(AM). Dies ist eine sehr weitreichende Differenz und bedeutet, CMA haben nicht zuletzt auch deswegen bezüglich einer dauerhaften Alkoholabstinenz keine günstige Prognose. Mit anderen Worten: CMA können nach einer erfolgreichen Soziotherapie trotz Erreichen der therapeutischen Ziele nicht auf sich selbst gestellt entlassen werden; sie benötigen eine familienähnliche Konstruktion, die ihnen Geborgenheit, Bindung und Anerkennung hinsichtlich ihrer Standhaftigkeit, alkoholabstinent bleiben zu wollen, sichert. CMA benötigen im Allgemeinen nach der Soziotherapie eine gewisse Zeit in einer betreuten Wohnform. Aus Abb. 5 ist noch ein weiteres Moment ersichtlich; CMA haben auch sehr schlechte Chancen bezüglich einer Partnerschaft, aber sie hatten wahrscheinlich auch in der Vergangenheit bereits diese schlechteren Chancen als andere Abhängige, wenn man die Ledigenanteile der beiden Gruppen miteinander vergleicht. Nahezu ein Drittel der CMA sind ledig, aber nur halb so viele bei den A(AM). Denkbar ist, dass das geringe Humankapital, primäre Bindungsschwäche und sehr früh einsetzende Abhängigkeit an diesen schlechten Chancen beteiligt sein können.

Generell können wir auch in Bezug auf den Familienstand feststellen, dass die im Jahr 2002 beobachtbaren Ergebnisse sich mit jenen aus dem Jahre 2000 weitestgehend decken.

Auch in den Wohnverhältnissen werden klare Unterschiede sichtbar. Aus den Tabellen 4a und 4b geht hervor, dass die auffälligste Differenz im Hinblick auf eine eigene Wohnung besteht: ca. 90% der A(AM) verfügen über eine eigene Wohnung, während dies bei den CMA bei lediglich 39% der Fall ist. Ein zweiter Unterschied besteht in der Obdachlosigkeit. *Zeitweilig obdachlos* heißt, dass sich die Betroffenen in einer therapeutischen Einrichtung befinden, d.h. aktuell keine eigene Wohnung mehr unterhalten; rd. ein Drittel der CMA verfügt also über keinen eigenen, unabhängig verfügbaren, Wohnraum. Verbreitet ist auch, ein Zimmer bei sonstigen Personen - also keinen Verwandten oder Bekannten - zu haben; dies ist ein weiteres auffälliges Merkmal der Wohnverhältnisse von CMA. Während A(AM) sich in diesem Punkt kaum von der Durchschnittsbevölkerung unterschieden, wird deutlich, wie weit CMA von den sozialen „Normalbedingungen“ entfernt sind.

Auch hier soll angemerkt werden, dass in den beschriebenen Relationen die Ergebnisse beider Untersuchungen übereinstimmen.

4.2.3 Charakteristik der Abhängigkeitskarriere von CMA

Abhängigkeitsdauer

In Bezug auf die Abhängigkeitsdauer hatte sich in der vorangegangenen Untersuchung ergeben, dass aus der Analyse der Abhängigkeitsdauer nicht folgt, dass der

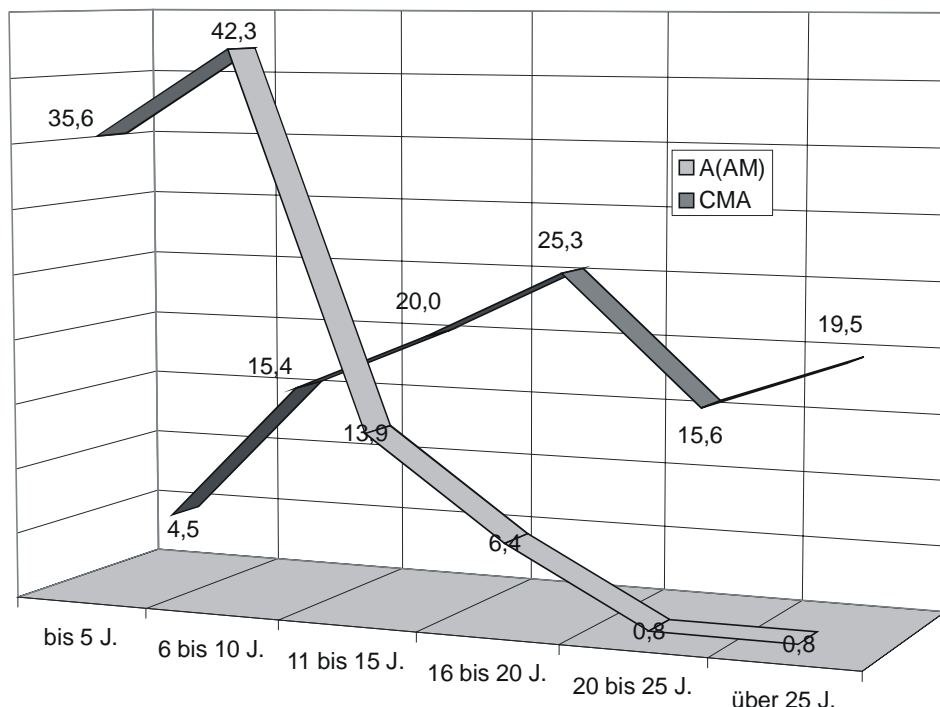


Abb. 6 Abhängigkeitsdauer

CMA-Status ausschließlich durch Langzeitabhängigkeit verursacht ist. Generell sind mehr CMA als A(AM) in den höheren Kategorien der Abhängigkeitsdauer zu finden und in den niedrigen Kategorien mit kurzer Abhängigkeitsdauer mehr A(AM). Die Verteilung der Daten

läuft 2002 doch deutlicher in die Richtung, dass die Abhängigkeitsdauer für einen Teil der CMA – aber nicht generell - eine wichtige Erklärungsgröße darstellt. Mit steigender Abhängigkeitsdauer steigt also auch die Wahrscheinlichkeit, in den CMA-Status einzutreten. Dies ist unseres Erachtens nach aber nicht zwingend. Für eine deterministische Aussage dürften keine CMA in den niedrigen und keine A(AM) in den höheren Kategorien zu finden sein. Dies ist aber auch in der Untersuchung 2002, wie Abb. 6 zeigt, nicht der Fall. Eine Tendenz dahin besteht jedoch.

In Abb.6 zeigt sich eine deutliche Schere im Zusammenhang von Abhängigkeitsdauer und Abhängigkeitsstatus. Dennoch: es sind ca. 20% der CMA weniger als 10 Jahre abhängig, also bereits nach relativ kurzer Dauer im CMA-Status. Demgegenüber sind allerdings nur wenige Langzeitabhängige nicht in den CMA-Status eingetreten. Letzteres ist ein sehr auffälliger Unterschied zur Untersuchung 2000. In Tabelle 5a und 5b sind im Anhang die neu berechneten Werte aus der Untersuchung 2000 wiedergegeben. In der vorangegangenen Untersuchung waren demnach immerhin ca. 10% der über 20 Jahre lang Abhängigen keine CMA.

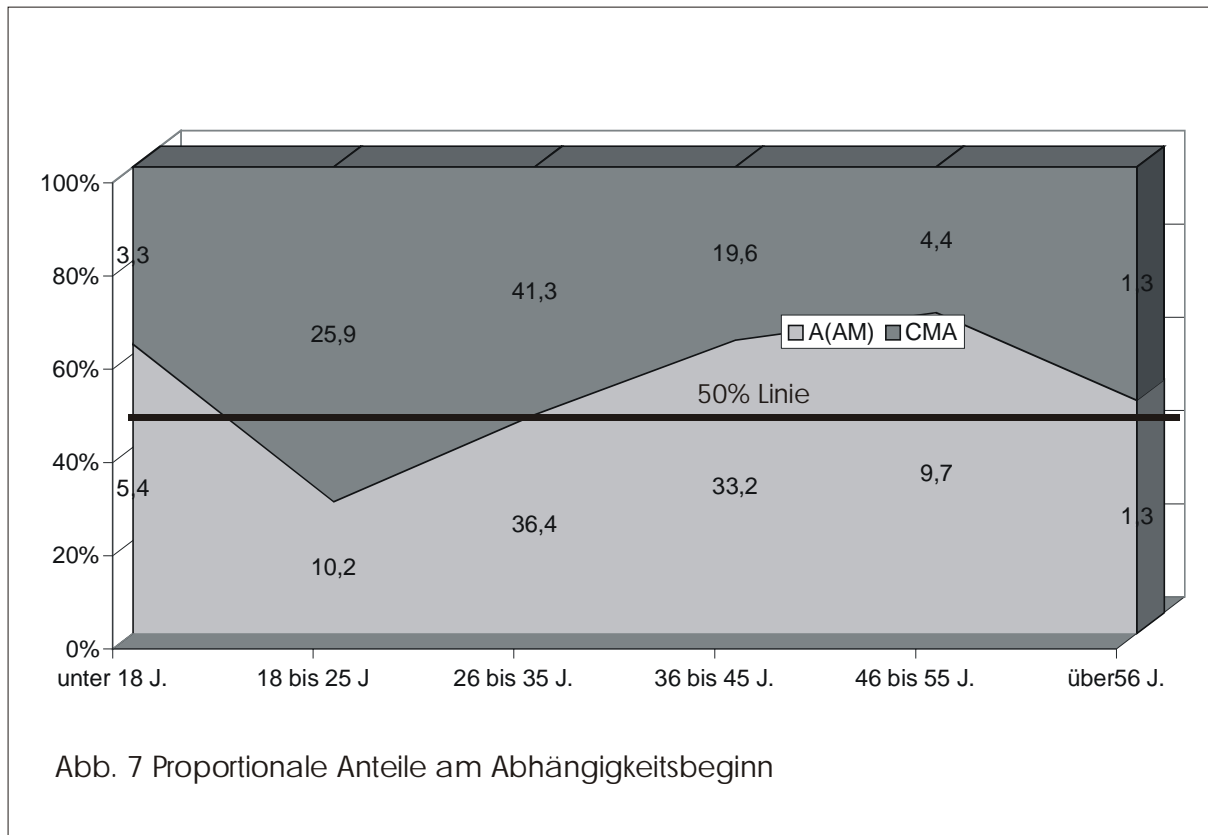
Über den Zusammenhang zwischen Abhängigkeitsdauer und Abhängigkeitsstatus kann aus dem Vergleich beider Untersuchungen noch kein schlüssiges Ergebnis abgeleitet werden. Darüber kann erst eine weitere Untersuchung Aufschluss geben.

Beginn der Abhängigkeit

Eine nähere Betrachtung des Beginns der Abhängigkeit (= Differenz: Lebensalter minus Abhängigkeitsdauer) soll Aufschluss darüber geben, ob sich dafür typische Zeiträume im Lebenslauf von CMA beobachten lassen. In der Untersuchung 2000 hatte sich gezeigt, dass die CMA in den jüngeren Altersgruppen stärker vertreten sind als die A(AM), das Verhältnis in den höheren Altersgruppen jedoch genau umgekehrt ist.

Dieser Zusammenhang ist in der Untersuchung 2002 nicht mehr zu finden. Überraschenderweise ist sogar in der jüngsten Altersgruppe (unter 18 Jahre alt) ein größerer Anteil A(AM) zu finden. Demnach liegt der lebenslaufbezogene Abhängigkeitsbeginn bei 5,4% der A(AM) in dieser Alterskategorie, dagegen beginnt die lebenslaufbezogene Abhängigkeit in dieser Alterskategorie nur bei 3,3% der CMA. Allerdings ist diese Konstellation kaum aus dem Blickwinkel einer so kurzen Untersuchung schlüssig interpretierbar, da der Statusübergang von A(AM) zu CMA noch nicht beurteilt werden kann. Mit anderen Worten: ein Teil der A(AM), deren Abhängigkeitsbeginn vor dem 18. Lebensjahr datiert, kann noch in den CMA-Status eintreten. Dies wäre dann relevant, wenn generell - im Sinne eines Kohorteneffekts - der Zeitpunkt des Abhängigkeitsbeginns sinken würde. Wenn also jüngere Kohorten einen früheren Abhängigkeitsbeginn aufweisen als ältere Kohorten, und sich darin ein Generationsunterschied manifestiert, würde sich auf der Zeitachse die Graphik in Abb.7 im Rahmen des Älterwerdens der jüngeren Generation wieder in die erwartete Tendenz verändern. - Eine Kreuztabellierung zwischen Lebensalter und Alter des Abhängigkeitsbeginns soll Anhaltspunkte für die eine oder andere Möglichkeit liefern. Tabelle 6 zeigt, dass die Wahrscheinlichkeit des Sinkens des Abhängigkeits-Eintrittsalters besteht. Ein Anhaltspunkt dafür ist darin zu sehen, dass bei den A(AM) 90% derjenigen, deren Eintrittsalter unter dem 18. Lebensjahr liegt, nicht älter als 30 Jahre sind; d.h. diese 90% weisen erst eine relativ kurze Abhängigkeitsdauer auf. Für die CMA sieht das Ergebnis

anders aus: in dieser Gruppe verteilen sich die Personen mit sehr frühem Abhängigkeitsbeginn über verschiedene Altersgruppen, was darauf schließen lässt, dass



hier keine abrupte Veränderung zwischen den Kohorten zu beobachten ist.

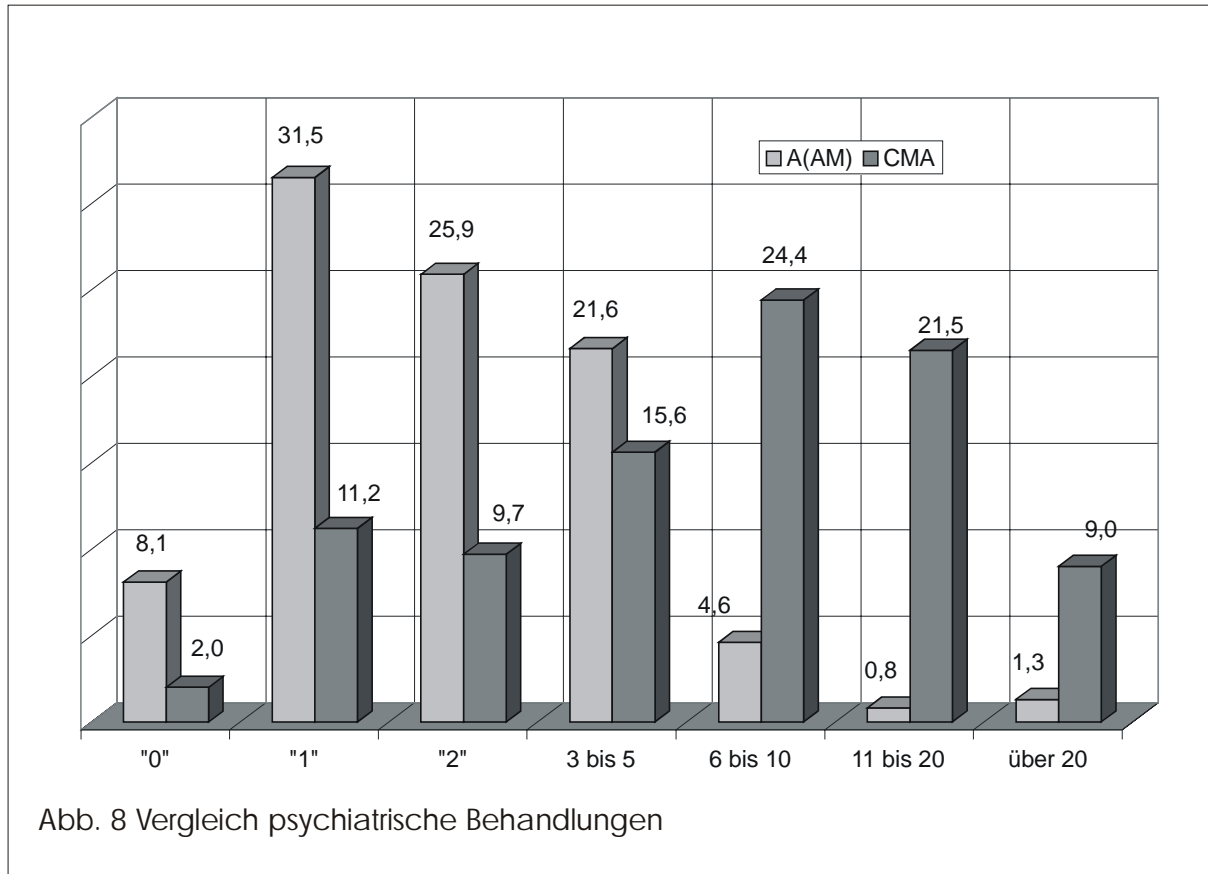
Die in diesem Zusammenhang aus den Unterschieden zwischen beiden Untersuchungen aufgetretenen Fragen bedürfen einer längeren Beobachtung, um zu fixierbaren Ergebnissen zu gelangen. Hier kann nur festgestellt werden, dass der Abhängigkeitsbeginn nicht dazu geeignet scheint, als ein spezifisches Charakteristikum für CMA zu gelten.

4.2.4 Klinische Karriere

Erhoben wurde die klinische Karriere in drei Kategorien: Anzahl der psychiatrischen Behandlungen, Anzahl der medizinischen Rehabilitationen und Anzahl der sonstigen stationären Behandlungen wegen der Alkoholerkrankung und ihrer Folgen. Fazit der Untersuchung im Jahre 2000 war, dass CMA über eine beachtlich größere klinische Erfahrung verfügen, womit die Bezeichnung „Drehtürpatient“ weitestgehend für CMA als zutreffend angesehen werden kann.

Zunächst zu den Erfahrungen mit psychiatrischen Behandlungen. Wir hatten uns im vorangegangenen Arbeitsheft auf einen Vergleich mittels eines *t-Tests* bezogen. Die dort beobachtete signifikant größere Behandlungserfahrung der CMA fällt in der Untersuchung 2002 noch deutlicher aus: demnach haben A(AM) im Durchschnitt an 2.62 psychiatrischen Behandlungen teilgenommen, CMA dagegen an 9.30. Die Mittelwertdifferenz von 6.68 ist hochsignifikant statistisch gesichert. Eine solche Mittelwertdifferenz ist als hoch einzuschätzen, da sie zunächst unterschiedslos für jeden A(AM) bzw. CMA berechnet ist, ohne individuelle Schwankungen zu berücksichtigen. Abb. 8 zeigt nun die gruppierten

empirischen Verteilungen, und hier wird die Unterschied sehr deutlich: häufig wiederholte psychiatrische Behandlungen sind ein Charakteristikum von CMA. Die Verteilungen beider Gruppen weisen sozusagen eine Phasenverschiebung auf, die klar veranschaulicht, dass ca. 55% CMA lediglich 7% A(AM) in den Kategorien mit mehr als fünf psychiatrischen



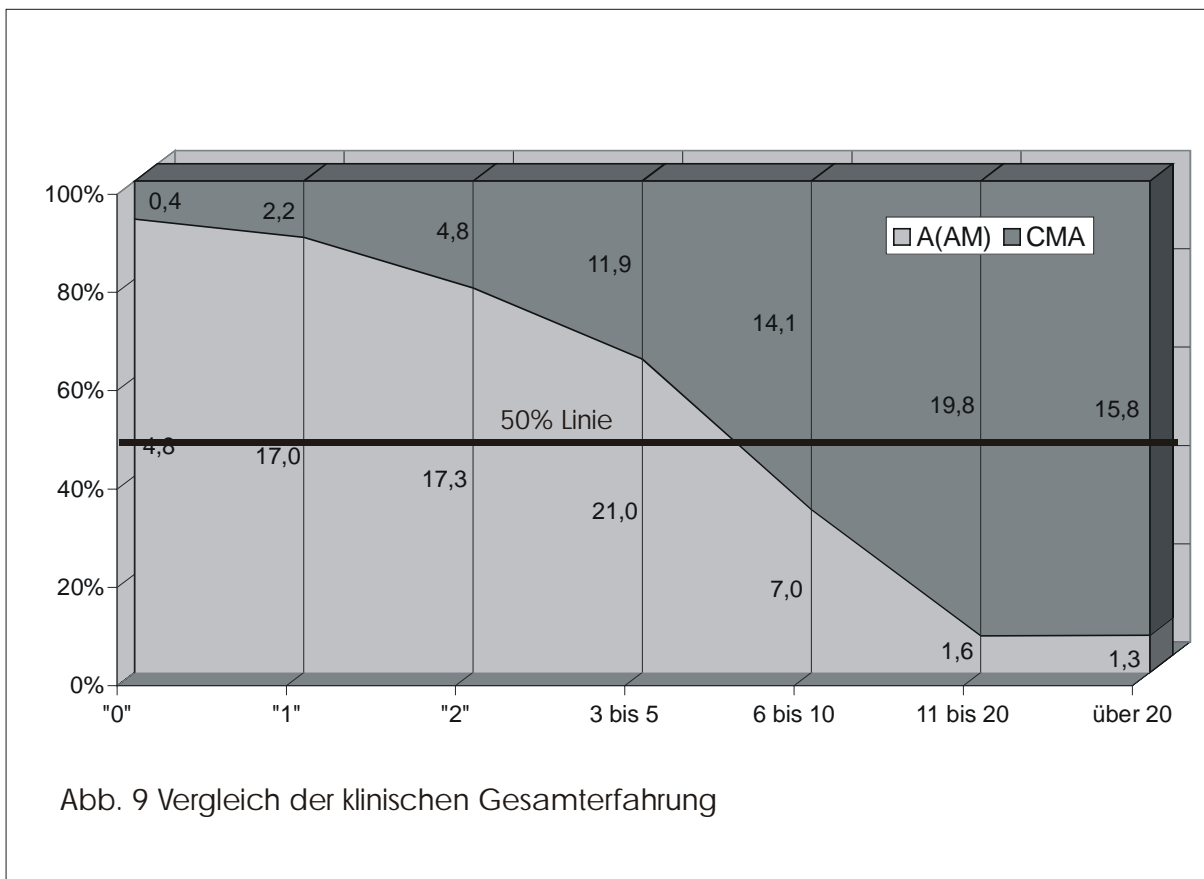
Behandlungen gegenüberstehen.

Kein nennenswerter Unterschied zeigte sich dagegen in der vorangegangenen Untersuchung in Bezug auf die Anzahl der medizinischen Rehabilitationen. Dies bestätigt sich auch in der jetzt vorliegenden Untersuchung: ein *t-Test* weist aus, daß A(AM) an durchschnittlich 0.29 medizinischen Behandlungen teilgenommen haben, während der Mittelwert bei CMA 1.18 beträgt. Generell kann man sagen, dass, wenn durchschnittlich ein CMA an einer medizinischen Rehabilitation teilgenommen hat währenddessen bei den A(AM) nur jeder Dritte über eine solche Erfahrung verfügt - ein ebenfalls signifikanter Unterschied. Wenn man bedenkt, dass die Zugangsschwelle zu einer medizinischen Rehabilitation bedeutend höher als zu einer psychiatrischen Behandlung ist, könnte man diesen Unterschied durchaus auch als charakteristische Differenz zwischen A(AM) und CMA betrachten. In Tabelle 7 sind die gruppierten empirischen Verteilungen enthalten. Ein Vergleich verstärkt den Eindruck einer charakteristischen Differenz, die allein durch den Mittelwertvergleich nicht sichtbar wird. Von den A(AM) haben lediglich ca. 2% an mehr als einer medizinischen Rehabilitation teilgenommen; bei den CMA sind dies immerhin fast ein Viertel.

Bei den sonstigen stationären Behandlungen ergibt sich ebenfalls eine Differenz „zugunsten“ der CMA: im Durchschnitt verfügen CMA über eine Erfahrung von ca. drei stationären Aufenthalten mehr. Interessant ist hier die Lage des Mittelwertes: bei A(AM)

weist dieser 0.8 aus; was bedeutet, dass im Durchschnitt ein A(AM) nicht einmal einen sonstigen stationären Aufenthalt aufweist, und damit festzustellen ist, dass sonstige stationäre Behandlungen für A(AM) untypisch zu sein scheinen. Anders liegt dies bei den CMA: der Mittelwert weist vier sonstige stationäre Behandlungen auf; mithin haben wir hier ein weiteres charakteristisches Merkmal für CMA. Man kann vermuten, dass auch die schlechtere soziale Situation ihren Anteil daran hat, dass CMA deutlich öfter stationär behandelt werden müssen. Obdachlosigkeit und Bindungslosigkeit im persönlichen Nahbereich tragen wahrscheinlich dazu bei, dass Folgen des chronifizierten Trinkens zeitweilig einschneidender ausfallen als bei Abhängigen in günstigerer sozialer Situation. In Tabelle 8 sind die gruppierten empirischen Verteilungen enthalten.

Betrachtet man nun die klinischen Gesamterfahrungen, lässt sich vorab bereits als Resümee feststellen, dass CMA in allen verglichenen Behandlungen über eine z.T. deutlich höhere Behandlungserfahrung als A(AM) verfügen. Über einen *t-Test* - und dies soll nur zur Veranschaulichung dienen, denn es werden hier sehr unterschiedliche Behandlungen zusammengefasst - wird ein Unterschied von 10,5 Teilnahmen an allen Behandlungsformen ausgewiesen. In Abb. 9 wird die Systematik dieses Unterschieds sehr deutlich; in dieser



Graphik sind die prozentualen Anteile innerhalb jeder Gruppe der jeweiligen Behandlungskategorie zugeordnet. Die 50%-Linie markiert jenen Punkt innerhalb der jeweiligen Kategorie, dem zufolge der relative Anteil innerhalb der A(AM) oder CMA im direkten Vergleich gleich groß ist. Dies bedeutet z.B., dass 2.2% der CMA lediglich über eine Behandlungserfahrung verfügen; dagegen sind dies 17% bei den A(AM). Setzt man nun beide Gruppen in Beziehung zueinander und will wissen, wieviel Prozent aller verglichenen

Abhängigen über eine Behandlungserfahrung verfügen, kann man jene Stelle, die den Grenzwert zwischen hellem und dunklem Feld markiert, an der Größenachse ablesen. Da es sich hier um die Veranschaulichung einer Tendenz handelt, genügt der ungefähre - also nicht explizit numerisch ausgewiesene - Wert. Im dargelegten Beispiel sind dies ungefähr 90% auf der Größenachse, d.h. die Kategorie *eine Behandlungserfahrung* wird aus 90% A(AM) und 10% CMA gebildet; in der Kategorie mit der höchsten Behandlungserfahrung ist es genau umgekehrt.

4.2.5 Zusammenfassung

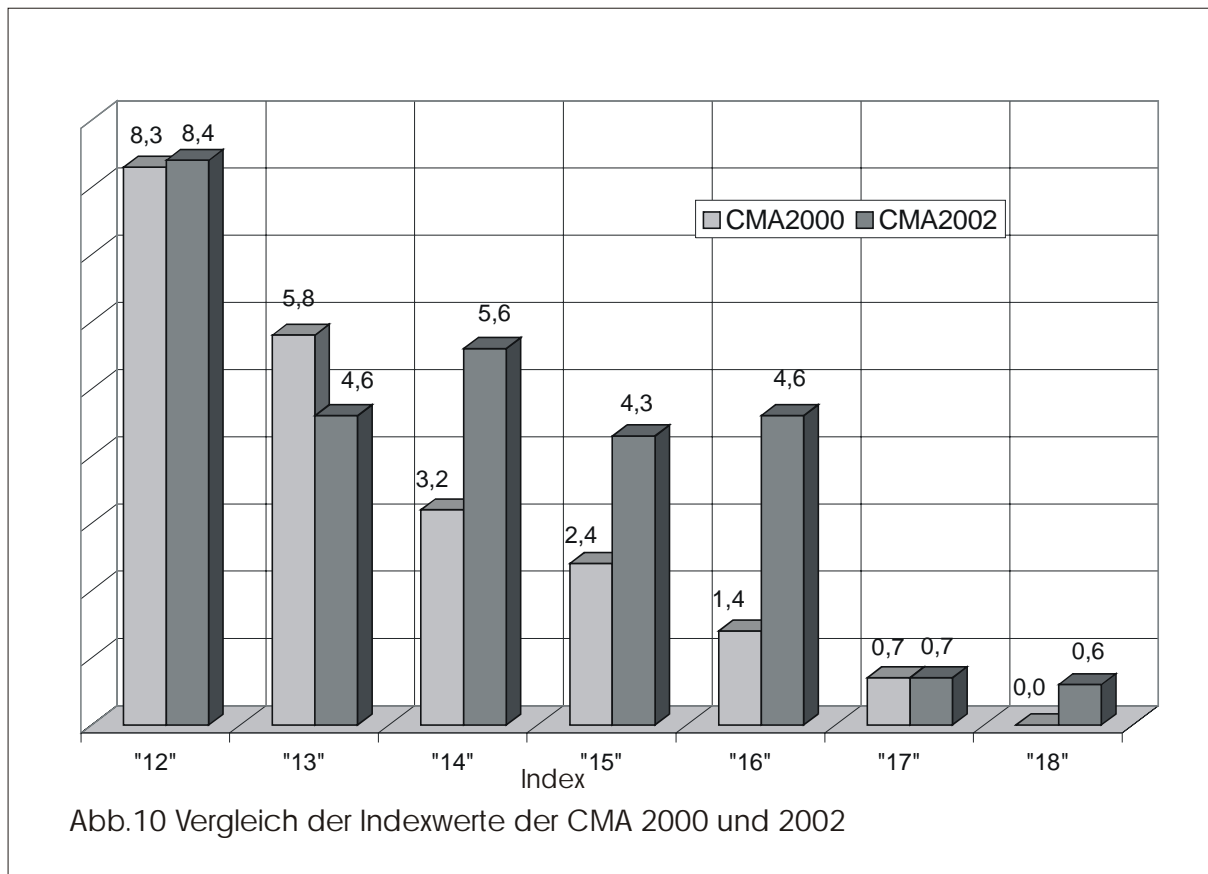
Im Vergleich beider Untersuchungen der Jahre 2000 und 2002 haben sich nahezu alle ausgewählten Strukturmerkmale für CMA bestätigt.

CMA sind durchschnittlich etwas älter als andere Abhängige. In der jetzt vorliegenden Untersuchung sind sie durchschnittlich fast 50 Jahre alt. Ebenfalls bestätigt ist, dass CMA in der überwiegenden Mehrheit Männer sind. CMA weisen einen hohen Berentungsanteil auf und leben ansonsten 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 bieten sie 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. Lediglich die Ergebnisse zur Abhängigkeitsdauer und zum Eintrittsalter in die Abhängigkeit weichen deutlich von denen der Untersuchung aus dem Jahre 2000 ab: die Abhängigkeitsdauer zeigt 2002 ein stärkeres Gewicht als Charakteristikum von CMA. Während in der Untersuchung 2000 nur eine relativ geringe Differenz zwischen A(AM) und CMA beobachtbar war, ist 2002 diese Differenz deutlicher. Die Aussage bezüglich der Abhängigkeitsdauer läuft scherenförmig auseinander: je länger die Abhängigkeitsdauer, desto größer sind die Anteile von CMA in der jeweiligen Kategorie.

4.3 Bemerkungen zur Dynamik der CMA-Population

Wir hatten bereits auf die Schwierigkeit hingewiesen, verlässliche Aussagen über die Veränderung der Größe der CMA-Population im Freistaat Sachsen ableiten zu können. Dazu sind zwei Untersuchungen nicht ausreichend. Da zudem an beiden Untersuchungen nicht genau dieselben Einrichtungen teilgenommen haben, hatten wir als Kriterium für den Vergleich definiert, dass diejenigen Einrichtungen, die in beiden Zeiträumen an der Erhebung teilgenommen haben, zumindest zwei Drittel der erfassten Gesamtfälle umfassen müssen. Insgesamt sind dies 17 Einrichtungen. Diese Einrichtungen sind in Tabelle 9 enthalten sowie deren gesamte Fallzahl aus beiden Untersuchungen. Bezogen auf deren Gewichtung lässt sich folgendes sagen: Diese 17 Einrichtungen weisen in der Untersuchung 2000 1176 Fälle aus, dies sind 71.53% aller damals untersuchten Fälle. In der Untersuchung 2002 entstammen 85.52% der untersuchten Fälle diesen Einrichtungen. Durch die ausgewählten Einrichtungen werden 75.52% der aufgetretenen CMA repräsentiert. Mithin kann man sagen, dass auf der Grundlage dieser Einrichtungen durchaus zunächst eine vorsichtige Aussage

über eine tendenzielle Veränderung der CMA-Population abgeleitet werden kann. 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. Vorausgesetzt wird dabei natürlich auch, dass sich die Einzugsgebiete der Fachkliniken nicht verändert haben. Insgesamt wollen wir deshalb vorab darauf verweisen, dass das Ergebnis unsicher ist, aber besser als bisher verfügbare Angaben. Wir wollen hier zunächst nur jene Daten auswerten, die auf den Indexwert bezogen werden können. Auf Parameter, die auf Veränderung der Behandlungsstruktur oder andere Zusammenhänge verweisen, werden wir zu einem späteren Zeitpunkt Bezug nehmen.



Wir betrachten zunächst den Index insgesamt. Bei einem Vergleich (2002/2000) des durchschnittlichen Indexwertes aller in den ausgewählten Einrichtungen behandelten Abhängigen zeigt sich, dass deren Anzahl angestiegen ist. Dies bedeutet auch, dass die durchschnittlichen Gesamtfolgeschädigungen der behandelten Abhängigkeitskranken 2002 höher sind als 2000. Der Indexwert lag 2000 bei 8.56 und 2002 bei 9.49. Diese Mittelwertdifferenz ist statistisch signifikant.

Die Frage, ob am Steigen des durchschnittlichen Indexwertes alle drei Komponenten gleichermaßen beteiligt sind, kann man eindeutig mit Nein beantworten: der Anteil der Parameter der sozialen Desintegration ist schneller gewachsen als die Anteile der physischen und psychischen Parameter. Während die soziale Desintegration um durchschnittlich 0.42 Indexwerte höher liegt, beträgt die Zunahme der physischen sowie der psychischen ca. 0.2 Indexwerte (vgl. Tabelle 10). Was bedeutet dies hinsichtlich des CMA-Anteils? Der Anteil der CMA ist sowohl absolut als auch relativ gestiegen. In Tabelle 11 sind die drei von uns gebildeten Abhängigengruppen hinsichtlich ihres zahlenmäßigen Anteils

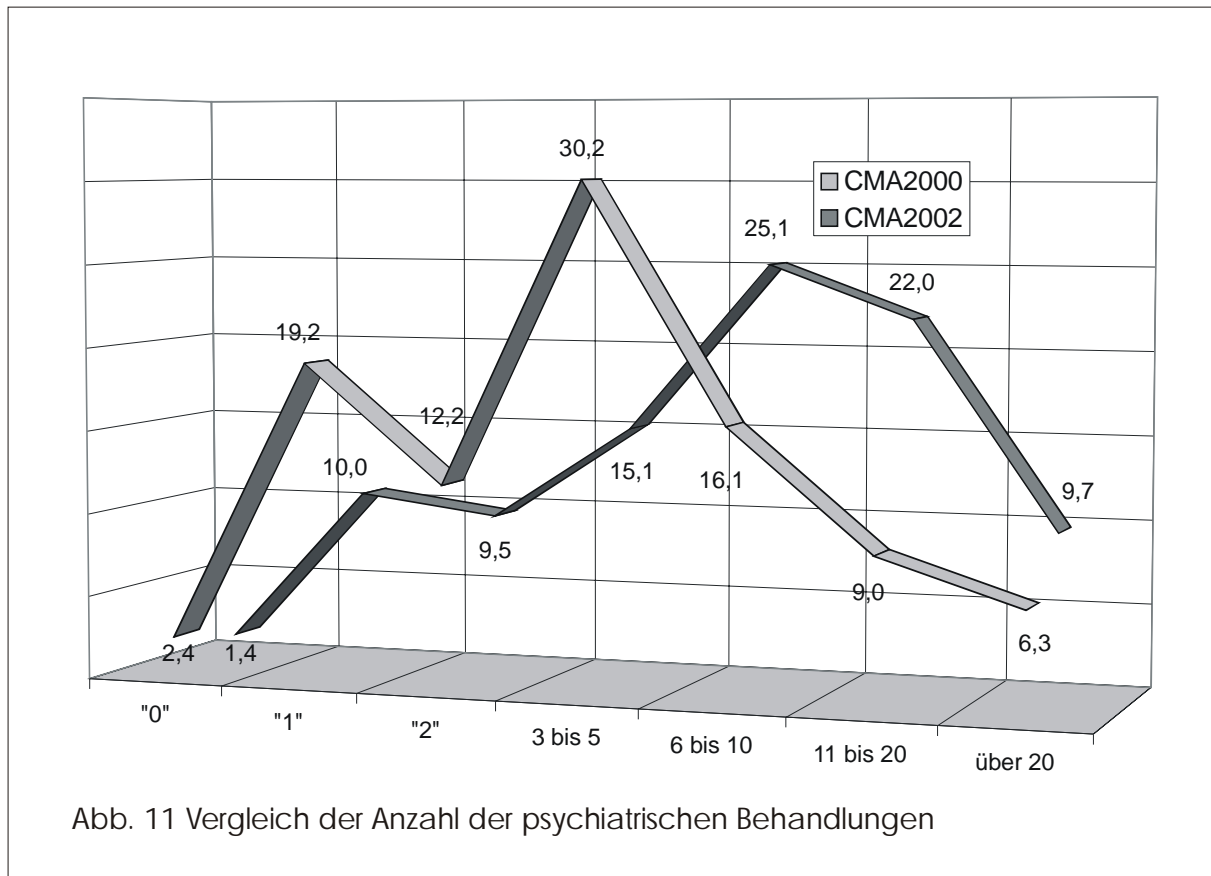
miteinander verglichen, wobei das quantitative Verhältnis aus genannten Gründen selbstverständlich nicht verlässlich sein kann.

Aus Abb.10 wird ersichtlich, wie sich innerhalb der CMA-Population die Anteile - herangezogen aus beiden Untersuchungen - an den jeweiligen Indexwerten verändert haben, wobei es uns nicht um das Wachstum der CMA-Population, sondern um deren Schädigungsgrade geht. Deutlich wird dabei, dass der Anteil der CMA bei den höheren Indexwerten zugenommen hat, während er in den Eintrittswerten gleich geblieben oder relativ geringer geworden ist. Mit gebotener Vorsicht könnte man folgern, dass sowohl die Zahl der CMA als auch das Niveau ihrer Folgeschädigungen zugenommen hat.

In diesem Zusammenhang interessierte ebenfalls, ob sich auch die Struktur der Folgeschädigungen verändert hat. Wie bereits der Vergleich der Gesamtindexwerte zeigt, ist der Anteil der sozialen Dimension an der Bestimmung des Indexwertes gegenüber denen der psychischen und physischen Folgeschädigungen gewachsen. Zum Ersten kann man feststellen, dass der relative Anteil der sozialen Dimension an der CMA-Bestimmung nur geringfügig von 14.1% auf 18.0% gestiegen ist, wie Tabelle 12 ausweist. Es wäre aus der Veränderung des sozialen Kontextes durchaus schlüssig, Annahmen darüber zu entwickeln, dass im Verhältnis der Verschlechterung der wirtschaftlichen und sozialen Gesamtsituation diese Dimension der CMA-Bestimmung durchaus weiter zunehmen kann. Wie oben bereits erörtert, handelt es sich bei CMA nicht um schlechthin Obdachlose, Familienlose, sondern um abhängigkeitskranke Obdachlose, Familienlose, d.h. um Obdachlose, Familienlose, die - relativ betrachtet - noch etwas geringere physische und psychische Folgeschädigungen der Abhängigkeit aufweisen als CMA, die noch über Wohnung bzw. Familie verfügen. Relativ bedeutet hier, dass bei einem Gesamtpunktwert von 14 und der Annahme höchster sozialer Desintegration auf der Schädigungsskala der physischen und psychischen Schädigungen im Durchschnitt 4 von 6 Punkten erreicht werden. Wir möchten dies besonders betonen, weil Kritiker unseres Verfahrens bisher der Ansicht waren, dass durch die Hinzunahme der sozialen Dimension die „eigentlichen“ Schädigungen verdeckt werden. Wir nehmen das Gegenteil an: mit der Hinzunahme der sozialen Dimension in die Definition der CMA ist es (uns) möglich, der Komplexität der Struktur und der Veränderungen von CMA-Populationen gerecht zu werden.

Eine weitere Auffälligkeit in der Strukturveränderung besteht hinsichtlich der Gruppe, die in allen drei Dimensionen Dominanz aufweist, d.h. in allen drei Dimensionen mindestens den Punktwert 5 erreicht. Mit der Gesamtzunahme höherer Indexwerte wächst - wie bereits festgestellt - natürlich auch die Wahrscheinlichkeit, dass sich die Struktur zugunsten multipler Schädigungsdominanz verändert. Der Anteil der CMA, die in allen drei Dimensionen mindestens den Punktwert 5 erreichen, hat sich 2002 gegenüber 2000 nahezu vervierfacht. CMA, die höchste Schädigungen physischer, psychischer Art und soziale Desintegration aufweisen, machten in der Untersuchung 2000 mit ca. 7% einen ausgesprochen geringen Anteil der CMA-Population aus, in der Untersuchung 2002 sind es 26%. Das unterstützt auch unsere bereits erwähnte Annahme, dass das alleinige Auftreten sozialer Desintegration bei Abhängigkeitskranken eine selten zu beobachtende Konstellation ist. Vielmehr muss von einer gewissen Parallelität des Schädigungsfortschritts zwischen den Dimensionen gesprochen werden. Alle anderen Anteile weisen in beiden Untersuchungen relative Ähnlichkeit aus.

Damit geht auch einher, dass die Behandlungserfahrungen von CMA in der



Untersuchung 2002 beobachtbar höher sind als in der Untersuchung 2000. Stellvertretend dafür soll die gruppierte Anzahl psychiatrischer Behandlungen bei CMA aus der Untersuchung 2000 mit jener von 2002 verglichen werden.

In Abb. 11 wird deutlich, dass die Anteile in den Kategorien ab sechs psychiatrische Behandlungen in der Untersuchung 2002 merklich höher sind. Dies bedeutet nicht zuletzt, dass mit der Zunahme von CMA auch das Suchthilfesystem insgesamt stärker belastet wird. Daraus ergibt sich nicht, Hilfe zu reduzieren, sondern danach zu fragen, welche geeigneten Anschlussbehandlungen an psychiatrische Behandlungen eine solche Entwicklung aufhalten könnten. Wenn dem Merkmal des CMA, „Drehtürpatient“ zu sein, nicht entgegengewirkt werden kann, und die CMA-Population zunimmt, ist mit einem Wachstum der Belastung des Suchthilfesystems zu rechnen.

Insgesamt möchten wir hier feststellen, dass unsere Bemerkungen zur Dynamik der CMA-Population einen ersten Versuch darstellen, überhaupt etwas über quantitative Veränderungen dieser Abhängigengruppe auszusagen. Unter den gegebenen Einschränkungen - insbesondere, dass nur ein Teil der Einrichtungen an beiden Untersuchungen teilgenommen hat und dass grundsätzlich der Vergleich von zwei Erhebungszeitpunkten nicht ausreicht, um gesicherte Aussagen über Veränderungen zu erhalten - sind diese Bemerkungen auch als eine Anregung bzw. Diskussionsgrundlage zu verstehen.

A N H A N G

Vergleich der Schädigungsprofile zwischen beiden Untersuchungen

Tabelle 1a: Schädigungsprofile (2000)

VERTEILUNG DER SCHÄDIGUNGSPROFILE ERHEBUNG 2000

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig dominant psychisch	104	6,3	6,3	6,3
dom. physisch	106	6,4	6,4	12,8
dom. desintegriert	102	6,2	6,2	19,0
dom. psychisch und physisch	93	5,7	5,7	24,6
dom. psychisch und desintegriert	27	1,6	1,6	26,3
dom. physisch und desintegriert	18	1,1	1,1	27,4
psychisch, physisch, desintegriert	18	1,1	1,1	28,5
ohne deutliche Ausprägung	1176	71,5	71,5	100,0
Gesamt	1644	100,0	100,0	

Tabelle 1b: Schädigungsprofile (2002)

VERTEILUNG DER SCHÄDIGUNGSPROFILEERHEBUNG 2002

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig dominant psychisch	99	5,8	5,8	5,8
dom. physisch	73	4,3	4,3	10,0
dom. desintegriert	147	8,6	8,6	18,6
dom. psychisch und physisch	68	4,0	4,0	22,6
dom. psychisch und desintegriert	41	2,4	2,4	25,0
dom. physisch und desintegriert	29	1,7	1,7	26,7
psychisch, physisch, desintegriert	104	6,1	6,1	32,7
ohne deutliche Ausprägung	1153	67,3	67,3	100,0
Gesamt	1714	100,0	100,0	

Tabelle 2: Altersgruppen

Altersgruppen der CMA (Untersuchung 2002)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	bis 25 Jahre	27	7,3	7,3	7,3
	26 bis 30	12	3,2	3,3	10,6
	31 bis 35	36	9,7	9,8	20,3
	36 bis 40	61	16,4	16,5	36,9
	41 bis 45	86	23,2	23,3	60,2
	46 bis 50	79	21,3	21,4	81,6
	51 bis 55	35	9,4	9,5	91,1
	56 bis 60	23	6,2	6,2	97,3
	über 60 Jahre	10	2,7	2,7	100,0
	Gesamt	369	99,5	100,0	
Fehlend	System	2	,5		
Gesamt		371	100,0		

Tabelle 3: Berufliche Qualifikation

höchste Qualifikation

Abhängig engrupp			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
A(AM)	Gültig	ohne berufliche Qualifikation	41	11,1	11,3	11,3
		Teilfacharbeiter	25	6,7	6,9	18,2
		Facharbeiter	206	55,5	56,9	75,1
		Meister	12	3,2	3,3	78,5
		Fachschule/ Hochschule	78	21,0	21,5	100,0
		Gesamt	362	97,6	100,0	
	Fehlend	System	9	2,4		
Gesamt		371	100,0			
CMA	Gültig	ohne berufliche Qualifikation	76	16,7	16,8	16,8
		Teilfacharbeiter	87	19,1	19,2	36,1
		Facharbeiter	231	50,8	51,1	87,2
		Meister	10	2,2	2,2	89,4
		Fachschule/ Hochschule	48	10,5	10,6	100,0
		Gesamt	452	99,3	100,0	
	Fehlend	System	3	,7		
Gesamt		455	100,0			

Tabelle 4a: Wohnverhältnisse (A(AM))

		Wohnung			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	1	,3	,3	,3
	eigene Wohnung	333	89,8	90,5	90,8
	Zimmer bei Verwandten	20	5,4	5,4	96,2
	Zimmer bei Bekannten	5	1,3	1,4	97,6
	Zimmer bei sonstigen obdachlos (zeitweilige Unterbringung in städt. Einrichtung.)	8	2,2	2,2	99,7
		1	,3	,3	100,0
	Gesamt	368	99,2	100,0	
Fehlend	System	3	,8		
Gesamt		371	100,0		

Tabelle 4b: Wohnverhältnisse CMA

		Wohnung			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	eigene Wohnung	177	38,9	39,1	39,1
	Zimmer bei Verwandten	23	5,1	5,1	44,2
	Zimmer bei Bekannten	18	4,0	4,0	48,1
	Zimmer bei sonstigen obdachlos (zeitweilige Unterbringung in städt. Einrichtung.)	76	16,7	16,8	64,9
		139	30,5	30,7	95,6
	obdachlos	20	4,4	4,4	100,0
	Gesamt	453	99,6	100,0	
Fehlend	System	2	,4		
Gesamt		455	100,0		

Tabelle 5a: Abhängigkeitsdauer von A(AM) (Untersuchung 2000)

DAUER

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	bis 5 Jahre	160	33,2	37,1	37,1
	6 bis 10	124	25,7	28,8	65,9
	11 bis 15	48	10,0	11,1	77,0
	16 bis 20	57	11,8	13,2	90,3
	21 bis 25	15	3,1	3,5	93,7
	über 25 Jahre	27	5,6	6,3	100,0
	Gesamt	431	89,4	100,0	
Fehlend	System	51	10,6		
Gesamt		482	100,0		

Tabelle 5b: Abhängigkeitsdauer von CMA (Untersuchung 2000)

DAUER

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	bis 5 Jahre	28	8,4	8,7	8,7
	6 bis 10	83	24,8	25,8	34,5
	11 bis 15	73	21,8	22,7	57,1
	16 bis 20	82	24,5	25,5	82,6
	21 bis 25	24	7,2	7,5	90,1
	über 25 Jahre	32	9,6	9,9	100,0
	Gesamt	322	96,1	100,0	
Fehlend	System	13	3,9		
Gesamt		335	100,0		

Tabelle 6: Kreuztabelle Eintrittsalter - Lebensalter

Gruppiertes Eintrittsalter * Gruppiertes Lebensalter Kreuztabelle

				Alter (grob gruppiert)					Gesamt
				bis 30 Jahre	31 bis 40	41 bis 50	51 bis 60	über 60 Jahre	
A(AM)	gruppiertes Eintrittsalter	unter 18 Jahre	Anzahl	18	1		1		20
			% von gruppiertes Eintrittsalter	90,0%	5,0%		5,0%		100,0%
		18 - 25	Anzahl	19	14	5			38
			% von gruppiertes Eintrittsalter	50,0%	36,8%	13,2%			100,0%
		26 - 35	Anzahl	2	72	56	5		135
			% von gruppiertes Eintrittsalter	1,5%	53,3%	41,5%	3,7%		100,0%
		36 - 45	Anzahl		8	87	28		123
			% von gruppiertes Eintrittsalter		6,5%	70,7%	22,8%		100,0%
	46 - 55	Anzahl			10	21	5	36	
		% von gruppiertes Eintrittsalter			27,8%	58,3%	13,9%	100,0%	
	56 - 65	Anzahl				1	4	5	
		% von gruppiertes Eintrittsalter				20,0%	80,0%	100,0%	
	Gesamt	Anzahl	39	95	158	56	9	357	
		% von gruppiertes Eintrittsalter	10,9%	26,6%	44,3%	15,7%	2,5%	100,0%	
CMA	gruppiertes Eintrittsalter	unter 18 Jahre	Anzahl	1	5	7	2		15
			% von gruppiertes Eintrittsalter	6,7%	33,3%	46,7%	13,3%		100,0%
		18 - 25	Anzahl	10	42	40	23	3	118
			% von gruppiertes Eintrittsalter	8,5%	35,6%	33,9%	19,5%	2,5%	100,0%
		26 - 35	Anzahl	1	21	97	50	19	188
			% von gruppiertes Eintrittsalter	,5%	11,2%	51,6%	26,6%	10,1%	100,0%
		36 - 45	Anzahl		1	17	36	35	89
			% von gruppiertes Eintrittsalter		1,1%	19,1%	40,4%	39,3%	100,0%
	46 - 55	Anzahl				10	10	20	
		% von gruppiertes Eintrittsalter				50,0%	50,0%	100,0%	
	56 - 65	Anzahl					5	5	
		% von gruppiertes Eintrittsalter					100,0%	100,0%	
	über 65 Jahre	Anzahl					1	1	
		% von gruppiertes Eintrittsalter					100,0%	100,0%	
	Gesamt	Anzahl	12	69	161	121	73	436	
		% von gruppiertes Eintrittsalter	2,8%	15,8%	36,9%	27,8%	16,7%	100,0%	

Tabelle 7: Vergleich der Häufigkeit medizinischer Rehabilitationen

ENTWÖHN

			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
A(AM)	Gültig	0	233	62,8	80,1	80,1
		1	51	13,7	17,5	97,6
		2	4	1,1	1,4	99,0
		3	1	,3	,3	99,3
		4	1	,3	,3	99,7
		5	1	,3	,3	100,0
		Gesamt	291	78,4	100,0	
	Fehlend	System	80	21,6		
Gesamt			371	100,0		
CMA	Gültig	0	165	36,3	42,2	42,2
		1	118	25,9	30,2	72,4
		2	51	11,2	13,0	85,4
		3	52	11,4	13,3	98,7
		4	3	,7	,8	99,5
		5	2	,4	,5	100,0
		Gesamt	391	85,9	100,0	
	Fehlend	System	64	14,1		
Gesamt			455	100,0		

Tabelle 8: Vergleich der sonstigen stationären Behandlungen

sonstige stationäre Behandlungen

			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
A(AM)	Gültig	0	172	46,4	63,7	63,7
		1	60	16,2	22,2	85,9
		2	29	7,8	10,7	96,7
		3 bis 5	4	1,1	1,5	98,1
		6 bis 10	3	,8	1,1	99,3
		über 21	2	,5	,7	100,0
		Gesamt	270	72,8	100,0	
	Fehlend	System	101	27,2		
Gesamt			371	100,0		
CMA	Gültig	0	61	13,4	18,3	18,3
		1	28	6,2	8,4	26,6
		2	66	14,5	19,8	46,4
		3 bis 5	124	27,3	37,1	83,5
		6 bis 10	33	7,3	9,9	93,4
		11 bis 20	15	3,3	4,5	97,9
		über 21	7	1,5	2,1	100,0
	Gesamt	334	73,4	100,0		
Fehlend	System	121	26,6			
Gesamt			455	100,0		

Tabelle 9: Einrichtungen, die 2000 und 2002 teilgenommen haben

Kliniken

welle			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
2000	Gültig	FK Wiesen	160	13,6	13,6	13,6
		EKH Annaberg	41	3,5	3,5	17,1
		Haus am Hain	52	4,4	4,4	21,5
		SK Zwickau	76	6,5	6,5	28,0
		HK Aue	72	6,1	6,1	34,1
		KKH Mittleres Erzgebirge	38	3,2	3,2	37,3
		KKH Glauchau	16	1,4	1,4	38,7
		Parkkrkhs. Leipzig (2002 Soteria)	147	12,5	12,5	51,2
		SKH Wernsdorf	52	4,4	4,4	55,6
		SKH Altscherbitz	157	13,4	13,4	69,0
		SKH Großschweidnitz	109	9,3	9,3	78,2
		SKH Rodewisch	95	8,1	8,1	86,3
		SKH Dresden-Neustadt	26	2,2	2,2	88,5
		SK Görlitz	45	3,8	3,8	92,3
		UK Dresden	24	2,0	2,0	94,4
		Haus am Park	57	4,8	4,8	99,2
		BKH Schindelbach	9	,8	,8	100,0
Gesamt		1176	100,0	100,0		
2002	Gültig	FK Wiesen	192	13,1	13,1	13,1
		EKH Annaberg	3	,2	,2	13,3
		Haus am Hain	40	2,7	2,7	16,0
		SK Zwickau	45	3,1	3,1	19,1
		HK Aue	20	1,4	1,4	20,5
		KKH Mittleres Erzgebirge	64	4,4	4,4	24,8
		KKH Glauchau	18	1,2	1,2	26,1
		Parkkrkhs. Leipzig (2002 Soteria)	395	26,9	26,9	53,0
		SKH Wernsdorf	23	1,6	1,6	54,6
		SKH Altscherbitz	144	9,8	9,8	64,4
		SKH Großschweidnitz	148	10,1	10,1	74,5
		SKH Rodewisch	119	8,1	8,1	82,6
		SKH Dresden-Neustadt	57	3,9	3,9	86,5
		SK Görlitz	28	1,9	1,9	88,4
		UK Dresden	16	1,1	1,1	89,5
		Haus am Park	116	7,9	7,9	97,4
		BKH Schindelbach	38	2,6	2,6	100,0
Gesamt		1466	100,0	100,0		

Tabelle 10: Anteil der drei Komponenten an der Erhöhung des Durchschnittsindex

Gruppenstatistiken

	welle	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
DESSOZ	2000	1176	2,99	1,511	,044
	2002	1465	3,39	1,669	,044
Ausmaß der psych. Erkrankung insg.	2000	1141	3,03	1,454	,043
	2002	1438	3,22	1,285	,034
Ausmaß der somat. Erkrankungen insg.	2000	1092	2,83	1,526	,046
	2002	1401	3,04	1,368	,037

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
DESSOZ	Varianzen sind gleich	14,585	,000	-6,397	2639	,000	-,40	,063	-,524	-,278
	Varianzen sind nicht gleich			-6,467	2601,166	,000	-,40	,062	-,523	-,279
Ausmaß der psych. Erkrankung insg.	Varianzen sind gleich	7,651	,006	-3,543	2577	,000	-,19	,054	-,297	-,085
	Varianzen sind nicht gleich			-3,493	2292,650	,000	-,19	,055	-,299	-,084
Ausmaß der somat. Erkrankungen insg.	Varianzen sind gleich	17,197	,000	-3,673	2491	,000	-,21	,058	-,327	-,099
	Varianzen sind nicht gleich			-3,623	2209,612	,000	-,21	,059	-,329	-,098

Tabelle 11: Vergleich der Abhängigkeitsgruppen beider Untersuchungswellen

welle		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
2000	Gültig A(AM)	353	30,0	30,0	30,0
	7 - 11	568	48,3	48,3	78,3
	CMA	255	21,7	21,7	100,0
	Gesamt	1176	100,0	100,0	
2002	Gültig A(AM)	321	21,9	21,9	21,9
	7 - 11	722	49,2	49,2	71,1
	CMA	423	28,9	28,9	100,0
	Gesamt	1466	100,0	100,0	

Tabelle 12: Vergleich der CMA-Struktur der ausgewählten Einrichtungen 2000-2002

STRUKT

welle			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
2000	Gültig	dominant psychisch	38	14,9	14,9	14,9
		dom. physisch	31	12,2	12,2	27,1
		dom. desintegriert	36	14,1	14,1	41,2
		dom. psychisch und physisch	68	26,7	26,7	67,8
		dom. psychisch und desintegriert	24	9,4	9,4	77,3
		dom. physisch und desintegriert	15	5,9	5,9	83,1
		psychisch, physisch, desintegriert	18	7,1	7,1	90,2
		ohne deutliche Ausprägung	25	9,8	9,8	100,0
		Gesamt	255	100,0	100,0	
		2002	Gültig	dominant psychisch	44	10,4
dom. physisch	39			9,2	9,2	19,6
dom. desintegriert	73			17,3	17,3	36,9
dom. psychisch und physisch	61			14,4	14,4	51,3
dom. psychisch und desintegriert	34			8,0	8,0	59,3
dom. physisch und desintegriert	27			6,4	6,4	65,7
psychisch, physisch, desintegriert	104			24,6	24,6	90,3
ohne deutliche Ausprägung	41			9,7	9,7	100,0
Gesamt	423			100,0	100,0	

Fragebogen Untersuchung 2002

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 weger der Alkohol-erkrankung und ihrer Folgen:

S4-Patient entsprechend der Psychiatrie-Personalverordnung? 1 - ja
2 - nein

pflegebedürftig? 1 - ja
2 - nein

Erwerbsunfähigkeitsrente 1 - vorhanden
2 - beantragt
3 - nein

psychische Erkrankungen:

wenn ja, welche?

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Delir
- Demenz
- hirnorganische Durchgangs- und Psychosynndrome
- Entzugssyndrom
- Morbus Korsakow
- Halluzinose
- paranoide Psychose
- neurotische und Persönlichkeitsfehlentwicklung

wenn andere, bitte notieren

.....
.....

Ausmaß der psychischen Erkrankungen insgesamt:

1 - gering bis 6 - sehr stark

somatische Erkrankungen:

wenn ja, welche?

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

wenn andere, bitte notieren

.....
.....

Ausmaß der somatischen Erkrankungen insgesamt:

Aufnahmemonat

behandelnde Einrichtung:

Liste der Einrichtungen, die an der Untersuchung 2002 teilgenommen haben

- 1 Verein zur sozialen Rehabilitation
von Abhängigkeitskranken (VRA) e.V.
(Trägereinrichtungen)

Chemnitzer Str. 50
04289 Leipzig

Herr Dr. Hans-Jürgen Leonhardt
- 4 Sozialteam gGmbH
Sozialtherapeutische Wohnstätte für chronisch
mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke (CMA) „Haus am Hain“

Muskauer Str. 111
02943 Weißwasser

Frau Ingrid Nagorka
- 5 „Blaukreuz-Haus Schindelbach“
Sozialtherapeutisches Wohnheim für alkohol- bzw.
medikamentenabhängige Frauen

Schindelbach Nr.13
09518 Großrückerswalde

Herr Riehl
- 6 Sächsisches Krankenhaus für
Psychiatrie und Neurologie
Arnsdorf

Hufelandstr. 15
01477 Arnsdorf

Ärztl. Leiter, Herr Dr. Heilemann
- 7 Erzgebirgsklinikum Annaberg

gGmbH Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie

Str. der Freundschaft 11
09456 Annaberg-Buchholz

Herr ChA Dr. Ralf Schädlich

- 8 HELIOS Klinikum Aue GmbH
 Klinik für Neurologie und Psychiatrie

 Gartenstr. 6
 08280 Aue

 Herr ChA Dr. Hübner
- 13 Städtisches Krankenhaus
 Dresden-Neustadt, Klinik für
 Psychiatrie und Psychotherapie

 Heinrich-Cotta-Str. 12
 01324 Dresden

 Herr ChA Prof. Dr. J. Morgner
- 14 Universitätsklinikum
 CARL GUSTAV CARUS
 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

 Fetscherstr. 74
 01307 Dresden

 Herr ChA Prof. Dr. Felber
- 18 Kreiskrankenhaus RUDOLF VIRCHOW
 Glauchau gGmbH, Abt. für Psychiatrie und
 Psychotherapie

 Virchowstr. 18
 08371 Glauchau

 Herr ChA Dr. Zedlick
- 19 Klinikum Görlitz GmbH
 Psychiatrische Klinik

 Jochmannstr. 12
 02826 Görlitz

 Herr ChA Dr. Rochler
- 21 Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie,
 Psychotherapie und Neurologie
 Großschweidnitz

 Ernst-Thälmann-Str.41
 02708 Großschweidnitz

 Herr ChA Dr. Volker Hocke

- 29 Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und
 Neurologie

 Bahnhofstr. 3
 08228 Rodewisch

 Herr ChA Dr. Waldemar Baron
- 30 Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und
 Neurologie Altzscherbitz

 Leipziger Str. 59
 04435 Schkeuditz

 Herr ChA Dr. Vetter
- 31 Sächsisches Krankenhaus Hubertusburg
 Klinik für Psychiatrie/Psychotherapie

 PF 13
 04777 Wermsdorf

 Herr ChA Dr. Grampp
- 33 ASKLEPIOS Fachklinikum Wiesen
 Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

 Kirchberger Str. 2
 08134 Wildenfels/ OT Wiesenburg

 Herr ChA Dr. Härtel
- 34 Diakoniewerk Zschadraß gGmbH
 Klinik für Psychiatrie und Neurologie

 Im Park 15 a
 04680 Zschadraß

 Herr ChA Dr. Hain
- 35 Kreiskrankenhaus Mittleres Erzgebirge
 Haus Zschopau
 Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie

 Alte Marienberger Str. 52
 09405 Zschopau

 Herr ChA Dr. Wagner

- 36 HEINRICH-BRAUN-Krankenhaus Zwickau
Städtisches Klinikum
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Karl-Keil-Str. 35
08060 Zwickau

Herr ChA Prof. Dr. Walden
- 37 Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie
und Neurologie Hochweitzschen

OT Hochweitzschen
04720 Großweitzschen

Herr ChA Dr. Lehle
- 38 SOTERIA Klinik Leipzig GmbH
Fachklinik für Alkohol- und
Medikamentenabhängigkeit

Morawitzstr. 4
04289 Leipzig

Ärztl. Direktor Dr. Mario Wernado

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)