

## **Forum 6**

### **Soziotherapie chronisch mehrfachbeeinträchtigter Abhängiger**

#### **Struktur und Veränderung einer CMA-Population**

Hans-Jürgen Leonhardt, Kurt Mühler

#### **Vorbemerkung**

Mit der Bereitstellung von Hilfen für *Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke* verbindet sich oftmals die Frage danach, ob damit zu rechnen ist, dass die Anzahl dieser Abhängigen in den nächsten Jahren zunimmt, stabil bleibt oder sinkt. Eine solche Frage kann man gegenwärtig nicht zuverlässig beantworten. Wir wollen aber im Folgenden versuchen, einen Weg zu einer bedingten Vorhersage aufzuzeigen. Dazu wollen wir Antworten auf drei Fragen vorstellen:

1. Lassen sich stabile Strukturmerkmale in CMA Populationen empirisch beobachten?
2. Eignen sich diese oder einige dieser Merkmale als Prädiktoren für die Vorhersage quantitativer Veränderungen einer CMA-Population?
3. Eignen sich Außenwohngruppen, um einen Therapieerfolg sozialer Rehabilitation von CMA langfristig zu sichern?

Diese drei Fragen wollen wir auf der Grundlage einer empirischen Studie im Freistaat Sachsen sowie langjährigen Erfahrungen in der Soziotherapie beantworten.

## **Kurzbeschreibung der empirischen Untersuchung**

Wir beziehen uns hier auf eine Untersuchung aus dem Jahre 2002, an der 17 Psychiatrische Kliniken und drei soziotherapeutische Einrichtungen im Freistaat Sachsen teilnahmen.<sup>1</sup> Im Datensatz sind Angaben zu 1048 Personen enthalten, die im Zeitraum von April bis Juni 2002 in einer psychiatrischen Klinik bzw. einer der soziotherapeutischen Einrichtungen wegen ihrer Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit behandelt wurden. Erfasst wurden Daten zur sozialen Situation sowie zur Schwere von psychischen und somatischen Folgen der Alkoholabhängigkeit.

## **Ein Index für die Einstufung als CMA**

Die Operationalisierung unserer CMA-Definition<sup>2</sup> erfolgt über einen Index. Die medizinischen Komponenten basieren auf der Einschätzung des behandelnden Arztes. Dazu stehen sechsstufige Schätzskalen zur Verfügung. „1“ bedeutet dabei gering und „6“ sehr stark. Davor werden im Fragebogen einzelne, besonders häufig auftretende Folgeschädigungen abgefragt. Dabei wird nur das Vorhandensein einer Erkrankung, wie z.B. Delir, Halluzinose, paranoide Psychose usw., hinsichtlich psychischer Folgeerkrankungen auf dem Niveau ja/nein ermittelt. Auf diese Weise wird die dann folgende Gesamteinschätzung der psychischen Folgeerkrankungen trainiert. Das gleiche Verfahren ist im Zusammenhang mit physischen Folgeerkrankungen angewendet worden. Wir gehen davon aus, dass diese gestufte Verfahrensweise hinreichend zuverlässige Daten für eine Gesamteinschätzung liefert.

Anders sind wir hinsichtlich der Indexkomponente soziale Folgen des Trinkens vorgegangen. Sie setzt sich aus drei Teilen zusammen: Wohnung, Familie, Arbeit. Hierbei wird 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 bzw. oder arbeitslos.

Insgesamt können maximal 18 Punkte erreicht werden. Jede Art der Folgeschädigungen kann also mit bis zu 6 Punkten berücksichtigt werden. Eine Einstufung als CMA erfolgt ab 12 Punkten.

---

<sup>1</sup> Diese Untersuchung ist Teil einer Längsschnittstudie. Sie ist referiert in: G. Böttger, F. Härtel, H.-J. Leonhardt, K. Mühler: Struktur der CMA-Population im Freistaat Sachsen (2002). Arbeitsgruppe CMA, Arbeitspapier 5 (Dezember 2002).

<sup>2</sup> Ausführlich siehe: G. Böttcher, F. Härtel, H.-J. Leonhardt, K. Mühler: CMA – Zur Definition und Therapie. Arbeitsgruppe CMA, Arbeitspapier 3 (November 1999), H.-J. Leonhardt u. K. Mühler (2006): Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke. Freiburg i. Breisgau

## **Stabile Strukturmerkmale von CMA-Populationen**

Aus unseren empirischen Untersuchungen gehen insbesondere drei Merkmale hervor, die sich als spezifisch für CMA im Vergleich mit anderen Abhängigkeitskranken erweisen: Lebensalter, Geschlecht, Bildung.

Das Durchschnittsalter von CMA liegt (in verschiedenen Untersuchungen) zwischen 45 und 50 Jahren. Dabei zeigt sich im Vergleich zwischen CMA und sächsischer Wohnbevölkerung, dass CMA in den Altersgruppen der bis 30-jährigen gegenüber der Erwachsenenbevölkerung deutlich unterrepräsentiert sind. Dies ist u.a. aus der im Regelfall nachweisbaren längjährigen Abhängigkeit von CMA erklärbar. Zweitens sind CMA in den Altersgruppen der über 35-jährigen bis 55-jährigen deutlich überrepräsentiert. Schließlich lässt sich drittens beobachten, dass man bei den über 60jährigen gegenüber der sächsischen Wohnbevölkerung eine starke und schwankende Unterrepräsentation von CMA beobachten kann. In den insgesamt drei Untersuchungen liegt der Anteil von CMA, die über 60 Jahre alt sind, zwischen 7,5 und 15,8 % der CMA, während der Anteil von über 60-jährigen in der sächsischen Wohnbevölkerung rund 22 % beträgt. Dies weist auf eine hohe Mortalität in dieser Altersgruppe hin. Denn zum einen zeigt sich kein Ansteigen dieses Anteils in der CMA-Population zu den verschiedenen Zeitpunkten, sondern ein Schwanken und zum anderen lässt sich ein Zusammenhang zwischen der Abhängigkeitsdauer und dem Eintrittsalter in die Abhängigkeit und dem CMA-Status beobachten. So konnten wir feststellen, dass die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer von CMA mit einem Lebensalter von über 60 Jahren 23 Jahre beträgt, während die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer von Abhängigkeitskranken, die diesen Status im Lebensalter von über 60 Jahren nicht erreicht haben, lediglich bei 10 Jahren liegt.

Für unser Anliegen lässt sich hier festhalten, dass sich das Lebensalter und die Abhängigkeitsdauer eines administrativen Gebiets eignen, um das Anwachsen oder Schrumpfen einer CMA-Population vorherzusagen.

*Je höher das Lebensalter und die Abhängigkeitsdauer, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, den CMA-Status zu erreichen.*

Bezüglich des Geschlechts gilt eine Überrepräsentation von Männern als empirisch gesichert. Das ist keinesfalls verwunderlich. Ein nicht unbeträchtlicher Erklärungsanteil dürfte der Wirkung geschlechtsspezifischer Normen anzulasten sein. Frauen unterliegen einer stärkeren informellen Sozialkontrolle, Alkoholverträglichkeit ist für Frauen kein askriptives Leistungsmerkmal und schließlich sind sie im Erwachsenenalter seltener in Peers integriert und darin auftretenden gruppenspezifischen Effekten ritualisierter Trinkwettbewerbe ausgesetzt. Darüber hinaus konnten wir in unserer Untersuchung nachweisen, dass der Frauenanteil mit dem Ansteigen des Indexwertes sogar sinkt. Beträgt der Anteil abhängigkeitskranker Frauen in den Indexwerten bis 6 insgesamt 26 %, so sinkt er in den mittleren Werten auf 18 und bei den

CMA mit den höchsten Indexwerten auf 12 %. Diese Tendenz lässt sich in allen unseren Untersuchungen nachweisen. Hinzu kommt, dass Frauen im Durchschnitt weniger therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen (sowohl Regelbehandlungen als auch Entwöhnungen). Im Prinzip können wir hier aber nur konstatieren, dass Frauen offensichtlich auf Symptome von objektiver Selbstgefährdung sensibler reagieren als Männer. Die Häufigkeitsverteilung zwischen Männern und Frauen unter den Abhängigkeitskranken eines Gebiets könnte sich also ebenfalls als Prädiktor für die quantitative Veränderung einer CMA-Population eignen.

*Frauen sind unter den auffälligen Abhängigkeitskranken deutlich unterrepräsentiert; und: Je höher der Indexwert der Folgen der Alkoholabhängigkeit, desto geringer ist der Anteil an Frauen unter diesen Abhängigkeitskranken.*

Die Höhe des formalen Schulabschlusses (Abgangsschuljahr) und die Höhe der beruflichen Qualifikation sind weitere in Betracht kommende Merkmale. Beide Merkmale erweisen sich im Vergleich zwischen CMA und Abhängigkeitskranken mit geringeren Indexwerten sowie der Wohnbevölkerung als signifikant verschieden. Sowohl der formale Schulabschluss als auch die berufliche Qualifikation sind bei CMA in allen uns zur Verfügung stehenden Untersuchungen niedriger als in den genannten Vergleichsgruppen. Ein zusätzlicher Vergleich anhand des erreichten Berufsprestiges (skaliert nach der Magnitude-Prestige-Skala von Wegener) führt zu dem gleichen Ergebnis: Vor allem gegenüber der Wohnbevölkerung sind CMA im unteren Bereich der Werte (bis 60 von 180 Punkten) überrepräsentiert (86 % CMA, 56 % Wohnbevölkerung). Um einem Missverständnis vorzubeugen: Wir betrachten geringes Humankapital nicht als eine Ursache der Alkoholabhängigkeit. Wir gehen stattdessen von folgenden Annahmen aus: Schulbildung und berufliche Qualifikation sind Ressourcen, mit denen Menschen ihre Lebensqualität herstellen. Verfügbare Ressourcen werden sowohl dafür eingesetzt, um persönliche Ziele zu erreichen, als auch um sich vor unangenehmen Ereignissen und einer Verschlechterung der eigenen Lebenssituation zu schützen.

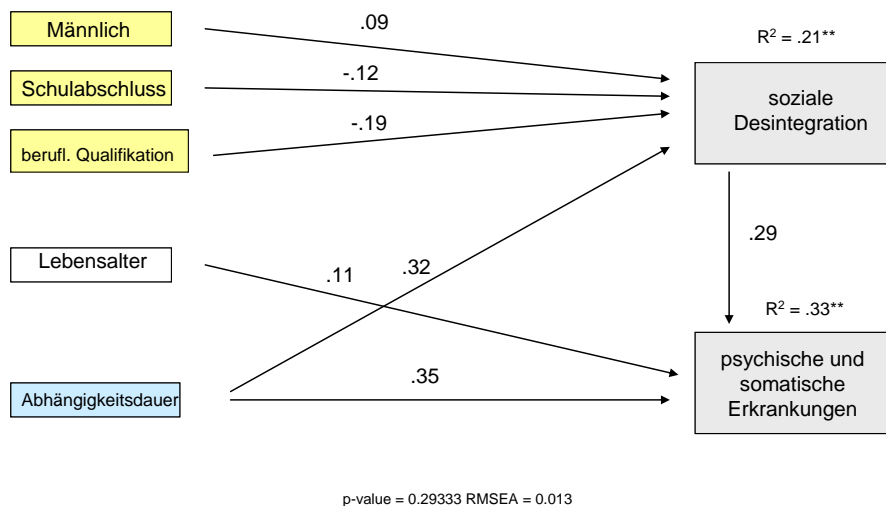
Wir gehen gegenstandsbezogen deshalb von zwei Konsequenzen aus: *Je geringer das durch diese beiden Ressourcen gebildete Humankapital, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit sozial und medizinisch wegen der Alkoholabhängigkeit auffällig zu werden.*

### **Prädiktoren für den Eintritt in den CMA-Status der Abhängigkeit**

Wir wollen uns nun der zweiten Frage zuwenden, also inwieweit sich diese empirisch beobachteten Merkmale, in denen sich CMA von Abhängigkeitskranken mit geringeren Folgen der Abhängigkeit unterscheiden, eignen, um ein quantitatives Ansteigen einer CMA-Population vorherzusagen. Wenn wir von einer bedingten Vorhersage sprechen, dann meinen wir damit, dass es kaum möglich ist, aus den vorhandenen Untersuchungen eine direkte Vor-

hersage zu treffen. Stattdessen sind wir der Auffassung, dass das beobachtete Ansteigen oder Sinken dieser Merkmale in der Population von Abhängigkeitskranken eines administrativen Gebiets mittelfristig zu einem Ansteigen oder Sinken der CMA-Population führen wird. Sind im Stadium geringer Folgen der Alkoholabhängigkeit also mehr Männer mit geringem Humankapital anzutreffen, dann nimmt die Wahrscheinlichkeit eines quantitativen Ansteigens der CMA-Population zu. Eine Eignung dieser Merkmale soll deshalb in einem Mehrgleichungsmodell geprüft werden. Dies hat den Vorteil, dass sich die unabhängigen Variablen unter komplexen Bedingungen bewähren müssen. Als abhängige Variablen verwenden wir in unserem Mehrgleichungsmodell die soziale Desintegration und die zusammengefassten Schwere der psychischen und somatischen Folgen des Alkoholmissbrauchs.

**Abb. 1 Mehrgleichungsmodell zur Erklärung der Folgen der Alkoholabhängigkeit**



Das Modell ist insgesamt sehr zufriedenstellend angepasst, für eine Erklärung der abhängigen Variablen also zulässig. Zum einen sind die Wirkungen aller betrachteten Merkmale signifikant. Sie tragen also zur Erklärung eines Ansteigens der sozialen Desintegration oder der psychischen und somatischen Folgeerkrankungen bei. Überzeugend sind die beiden Variablen zum Humankapital. Sie weisen einen negativen Effekt auf die soziale Desintegration auf. Je höher demnach das Humankapital, wie es hier operationalisiert wurde, ist, desto geringer ist die soziale Desintegration. Es bestätigt sich auch, dass Männer im Unterschied zu Frauen als Abhängige einen höheren Grad an sozialer Desintegration aufweisen. Wenngleich dieser Unterschied nicht sehr groß ist. Die größte Wirkung aber geht von der Abhängigkeitsdauer aus. Sie ist die stärkste unabhängige Variable, d.h., sie erklärt am besten das Ansteigen der beiden unabhängigen Variablen. So bestätigt sich, dass mit steigender Abhängigkeitsdauer die soziale Desintegration als auch die somatischen und psychischen Folgeerkrankungen merklich zunehmen. Bemerkenswert ist des Weiteren, dass das Humankapital und das Geschlecht indirekt über den Grad der sozialen Desintegration auf die medizinische Variable wirken. Es lässt sich

beobachten, dass die Wirkung der sozialen Desintegration fast so hoch ist wie jene der direkten Wirkung der Abhängigkeitsdauer. Verstärkt wird dieses Ergebnis dadurch, dass wir auch die entgegengesetzte Wirkung von den medizinischen Folgen auf die soziale Desintegration geprüft haben. Dieser Effekt weist lediglich eine Stärke von ,03 auf und ist nicht signifikant. Die plausible Vorstellung, dass der Umfang an psychischen und somatischen Folgeerkrankungen die soziale Desintegration beschleunigt, kann damit nicht bestätigt werden.

Damit wird ein Mechanismus deutlich. Da wir nur über das Hellfeld von Abhängigkeitskranken urteilen können, ergibt sich folgendes Bild: Ungünstige soziale Bedingungen in Form sozialer Desintegration werden nachweisbar durch geringes Humankapital mit verursacht. Der dadurch begünstigte Grad an sozialer Desintegration verstärkt eigenständig die Intensität medizinischer Folgen des Trinkens, aufgrund der damit einhergehenden ungünstigen materiellen und emotionalen Lebensbedingungen.

Zusammenfassend können wir feststellen: Wenn in einer Population von Abhängigkeitskranken die Häufigkeit eines oder aller hier betrachteten Merkmale z.B. zunimmt, dann lässt sich in Abhängigkeit der Stärke dieser Zunahme die Vorhersage einer Zunahme der CMA Population treffen.

### **Außenwohngruppen und die Sicherung des Therapieerfolgs**

Die quantitative Veränderung einer CMA-Population ist aber nicht nur von der Veränderung des Auftretens von bestimmten Merkmalen in der Gesamtpopulation abhängig, sondern auch davon, in welchem Umfang es gelingt, Therapieerfolge zu sichern, also den „Rückfluss“ in Gestalt von Rückfällen zu vermindern. Damit kommen wir zu unserer dritten Frage, und zwar, inwieweit eignen sich Außenwohngruppen um einen Therapieerfolg sozialer Rehabilitation langfristig zu sichern?

Langjährige Erfahrungen in Behandlung/Betreuung von CMA haben gezeigt, dass nach ca. 2-jähriger vollstationärer sozialer Rehabilitation etwa zwei Drittel der Klienten – gesundheitlich im Rahmen des Möglichen stabilisiert, sozial durchaus angemessen trainiert, im Allgemeinen mit einer Erwerbsunfähigkeitsrente versorgt und glaubhaft alkoholabstinent – vorsichtig, aber nachdrücklich nach „draußen“ drängen, sprich: Unter der schützenden Glocke der Einrichtung sich subjektiv in der Lage fühlen, künftig ein eigenverantwortliches, alkoholabstinentes Leben führen zu können; in vielen Fällen wird auch eine Erwerbsfähigkeit phantasiert. Da sich weder die Behandler noch die möglicherweise vom Amtsgericht bestellten Betreuer diesem Begehren nicht grundsätzlich verschließen können, kommt es zu sogenannten „planmäßigen“ Entlassungen. Im Allgemeinen wird in einem Zeitraum von einem Vierteljahr die Entlassung mit z.B. Versorgen eines angemessenen Wohnraumes, einer Eingliederungshilfe des Kostenträgers etc. vorbereitet und realisiert. Dem Klienten wird nahe gelegt, sich eine Selbsthilfe-

gruppe und eine nachbehandelnde Suchtberatungs- und –behandlungsstelle nach eigener Wahl zu suchen. Soweit so gut – alle Beteiligten haben ihr Klassenziel erreicht. Wie aber ist es tatsächlich?

In Zusammenarbeit mit dem Verein zur sozialen Rehabilitation von Abhängigkeitskranken (VRA) e.V. in Leipzig gibt eine Diplomarbeit „Soziale Bedingungen der Rückfallwahrscheinlichkeit bei abstinenten Alkoholikern“ am Institut für Soziologie der Leipziger Universität (Ehrenteit, 2005) folgende Auskunft: Von ca. 220 seit 1993 in eigenen Wohnraum entlassenen ehemaligen Klienten der Trägereinrichtungen o.g. Vereins leben z.Z. lediglich ca. 41 Personen glaubhaft alkoholabstinent.

Sich jahrelang in dem Spannungsfeld befindend, einerseits eine erfolgreiche soziale Rehabilitation durchführen zu wollen, andererseits zu wissen, dass der *Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke* immer auf institutionelle Hilfe angewiesen sein wird, scheint uns eine fortführende Betreuung/Behandlung von CMA in Außenwohngruppen (AWG) das Mittel der Wahl, und dies tendenziell zunehmend, da sich bekanntlich der Schweregrad der Folgeschädigungen der CMA-Population bemerkenswert erhöht hat.

Die AWG könnten maximal über ca. 20 Einzelzimmer in 4–5 Wohngemeinschaften verfügen. Darüber hinaus sollten ein umfangreiches Garten- bzw. parkähnliches Areal und eine gute Verkehrsanbindung gewährleistet sein.

Die Tagesstruktur sollte eine ca. 3 - 4-stündige wochentägliche Arbeitserprobung beinhalten.

Die Klienten des Vereins zur sozialen Rehabilitation von Abhängigkeitskranken (VRA) e.V. in Leipzig leisten im Allgemeinen gemeinnützige Arbeit, pflegen öffentliche Grünanlagen, sorgen mit für die Sauberkeit in öffentlichen Einrichtungen etc. und sind in Teams mit Nichtbetroffenen eingebunden – dort erfahren sie nicht nur Wertschätzung, sondern fühlen sich als ein Teil des Ganzen; sozial integriert und geborgen. Da in der wochentäglichen Arbeitserprobung die Klienten die Erfahrung machen müssen, physisch nicht länger belastbar zu sein, werden auch mögliche Phantasien, doch wieder voll erwerbsfähig agieren zu können, deutlich reduziert. Es zeigt sich, dass die Klienten im Verlaufe der Behandlung/Betreuung in den Stammhäusern und in den Außenwohngruppen „unter der Hand“ eine Lebensbilanzierung erfahren haben, die zu einem neuen Lebensentwurf – ihr jetziges Leben – führt. Die Klienten können sich mit ihrer chronischen Erkrankung annehmen und in einem schützenden Milieu – je nach ihren Fertigkeiten und Fähigkeiten – agieren.