

Soziodemografischer Wandel und gesundheitliche Veränderungen bei suchtkranken Menschen Sachsens

Zusammenfassung

Im Längsschnitt werden soziodemografische Veränderungen hinsichtlich der sozialen Beziehungen und der Einkommenssituation der suchtkranken Menschen Sachsens in Verbindung zur Schwere der Abhängigkeit und der Alkoholfolgeschäden gesetzt. Im Ergebnis gehen die Faktoren Alleinleben und Langzeitarbeitslosigkeit mit einer nachweisbaren alkoholbedingten

Verschlechterung des gesundheitlichen Status einher. Bei immer mehr Suchtkranken wächst die Wahrscheinlichkeit einer chronischen Mehrfachschädigung.

Schlüsselwörter: Psychiatrie, Psychiatrische Klinik, Sucht, chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke

Das Suchtaufkommen in Sachsen

Für den Freistaat Sachsen schätzt die Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (SLS), dass allein bei der Droge Alkohol ca. 80.000 Abhängigkeitserkrankungen, 140.000 Alkoholmissbräucher und 260.000 Menschen mit riskantem Alkoholkonsum zu verzeichnen sind (Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 2002). Die Zahl der Drogenabhängigen wird auf 15.000 geschätzt, die der Medikamentenmissbräucher und -abhängigen auf 74.000. In Sachsen Krankenhäusern stieg die Anzahl der Suchtbehandlungen von 10.260 Fällen 1993 auf 18.275 Fälle im Jahre 2003 (Angaben laut Statistischem Landesamt). Rund ein Drittel der Behandlungen erfolgte in der Psychiatrie. Die Daten, welche vom Statistischen Landesamt erhältlich sind, geben allerdings nur die Erstdiagnosen wieder; Zweitdiagnosen werden nicht erhoben. Nach Angaben der Bundesregierung und der Arbeitsgruppe um Professor John in Greifswald (Wienberg 1995, John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J. et al 1996, John, U. 1997, Rumpf, H.-J. et al. 2000, Tölle, R. 2001), sind rund 20 Prozent der verfügbaren Betten an Allgemeinkrankenhäusern dem Alkohol/Drogenmissbrauch geschuldet. An dieser Stelle lohnt es sich, eine Hochrechnung durchzuführen. In Sachsen waren laut Statistischem Landesamt im Jahr 2003 24.973 aufgestellte Betten an Allgemeinkrankenhäusern verfügbar. Wenn 20 Prozent der Betten an den Allgemeinkrankenhäusern wegen Alkohol/Drogenmissbrauch und Folgeschäden belegt sind, so wären das ca. 5.000 Betten. Bei einer angenommenen Verweildauer von 10 Tagen ergeben sich für den Freistaat Sachsen immerhin 182.500 Behandlungsfälle. Das ist rund das 10-fache von dem, was das Statistische Landesamt mit seiner Datenlage angeben kann. Die Daten vom Statistischen

Landesamt reflektieren also nur die genau zielbezogene Behandlung der Alkohol- oder Drogenabhängigkeit. Erkrankungen, die als Alkoholfolgen anzusehen sind, werden somit statistisch nicht identifiziert. Im Fazit lässt sich feststellen, es werden wohl mehr Alkohol/Drogenfolgeerkrankungen stationär behandelt als auf den ersten Blick zu erahnen ist. Nun zu den Entwicklungen auf der ambulanten Seite. Die Jahresstatistiken der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland (früher Jahresstatistiken der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland genannt), der Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (SBB) und die Erhebungen der SLS zeigen von 1995 bis 2004 einen Zuwachs an jährlichen Klientenneuzugängen von 5.701 auf 12.466 (Abb.1).

Zahlen aus dem ambulanten medizinischen Sektor waren nicht erhältlich. Die Gesamtzahl der von den SBB betreuten Klienten in Sachsen, also auch die Personen (inclusive Angehörige) mit eingerechnet, welche schon länger in einer Suchtberatungsstelle

betreut werden, stieg von 20.261 Personen 1995 auf 29.165 Personen im Jahre 2004.

Hilfstrukturen – und Kapazitäten

Welche Hilfstrukturen stehen dem Suchtaufkommen gegenüber?

Im Freistaat Sachsen sah die Behandlungs- und Betreuungslandschaft 2004 wie folgt aus:

- Für die hochspezialisierte Behandlung der Sucht im Sinne der psychiatrischen Regelbehandlung stehen an den psychiatrischen Fachkrankenhäusern in Sachsen 239 Betten zur Verfügung.

- Es können 445 Plätze für Entwöhnungsbehandlungen bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit und 90 Plätze für die Drogenentwöhnung vorgehalten werden.

- Für die Adaptionsbehandlung stehen für Alkohol- und Medikamentenabhängige 20 Plätze, für Drogenabhängige 15 Plätze zur Verfügung.

- Im Freistaat sind 467 Plätze für die Behandlung und Betreuung chronisch mehrfach geschädigter/beeinträchtigter Abhängigkeitskranke (CMA) in sozialtherapeu-

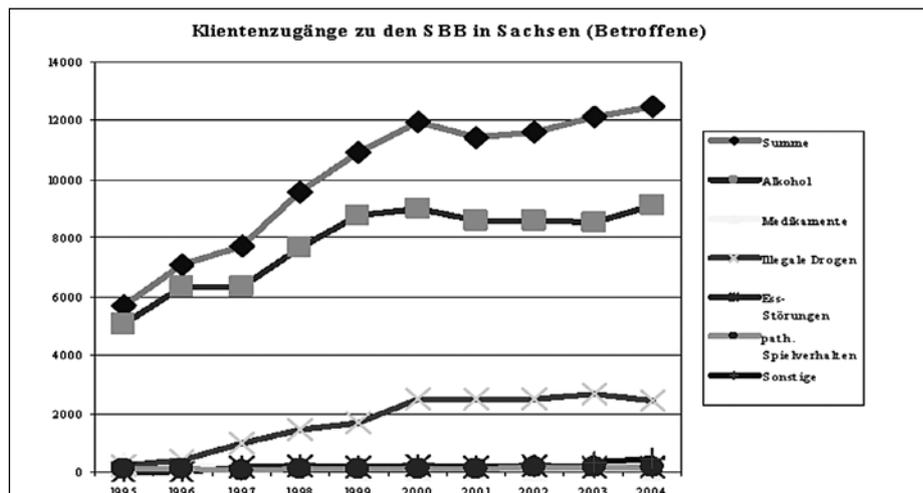


Abbildung 1

tischen Heimen geschaffen worden. Es sind 353 stationäre Therapieplätze, 55 Plätze in Außenwohngruppen und 59 Plätze im ambulant betreuten Wohnen vorhanden.

■ Im Freistaat Sachsen arbeiten insgesamt 46 Suchtberatungsstellen.

■ Es sind 410 Plätze für das betreute Wohnen für Jugendliche und Erwachsene, welche durch die Suchtberatungsstellen und Jugendämter vorgehalten werden, verfügbar.

■ Im Jahr 2006 sollen ca. 120 Therapieplätze nach § 64 StGB in den Stationen des Maßregelvollzuges bestehen.

■ In Sachsen arbeiten rund 350 Suchtselbsthilfegruppen.

In den letzten 15 Jahren ist im Freistaat Sachsen ein funktionsfähiges und in sich schlüssiges Suchtkrankenhilfesystem geschaffen worden. Aufschlussreich ist dabei eine Entwicklungslinie: Die Behandlungskapazität für chronisch mehrfach geschädigte/beeinträchtigte Abhängigkeitskranke in den sozialtherapeutischen Heimen musste in den vergangenen Jahren auf 467 Plätze erweitert werden. Es stellt sich die Frage, erreichen wir die suchtmittelabhängigen Menschen zu spät?

Die Veränderung der Lebenssituation der suchtmittelabhängigen Menschen

Folgende Darstellungen sind Auswertungen der Jahresstatistiken der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Sie verdeutlichen im Kern zwei Veränderungslinien. Erstens: Immer mehr suchtmittelabhängige Patienten leben mittlerweile allein. In einer festen sozialen Beziehung leben nur noch ca. 46 Prozent (Abb. 2).

Zweitens: Immer mehr Klienten aus den SBB (Abb. 3) sind arbeitslos (rund 50 Prozent). Im stationären psychiatrischen Sektor sind die Patienten, die eine Arbeit haben, fast schon eine Seltenheit! Der Anteil der Klienten mit Arbeitslosenhilfe stieg über den Beobachtungszeitraum stetig an. Ein Großteil der Klienten ist damit langzeitarbeitslos. Mit diesen deutlichen Veränderungen der Lebenssituation der Patienten sind die psychologisch wichtigen Effekte: vermehrte soziale Ausgliederung, verminderte soziale Kontrolle, „Versinglung“, Verringe-

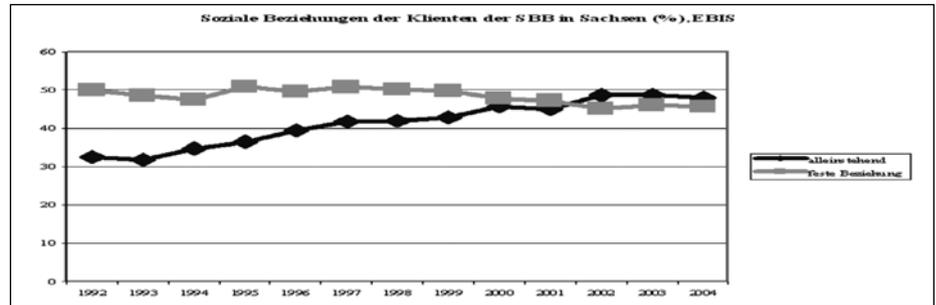


Abbildung 2

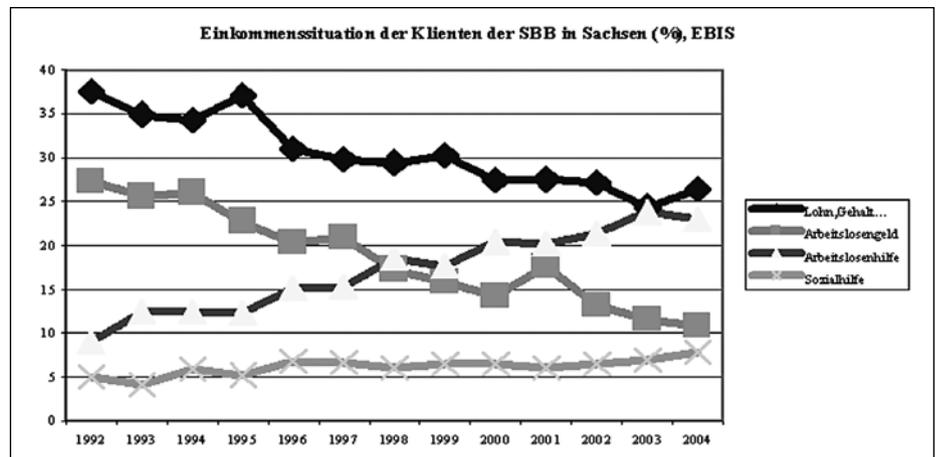


Abbildung 3

rung der finanziellen Ressourcen und eingeschränkte Lebensperspektive verknüpft. Bei Fortbestehen des Kreislaufes zwischen süchtigem Fehlverhalten und Ausgliederung aus dem Arbeitsprozess stehen damit Zerfall der Familie, Zerfall der Gesundheit und Zuwanderung zu sozialen Subgruppen vor der Tür. In diesem Kreislauf stabilisieren sich süchtige Fehleinstellungen wie Selbstbedauerung, Bagatellisieren des Suchtmittelkonsums und so weiter. Die Konsequenzen der Sucht werden nicht mehr wahrgenommen. Der Sucht stehen hier keine oder nur wenige Begrenzungen mehr gegenüber! Welchen Einfluss die Harz IV-Regelungen haben werden muss offen bleiben.

Die Veränderungen der Behandlungsanforderungen- und Struktur

Die im Folgenden dargestellten Grafiken und Tabellen sind Auswertungen der Daten der Basisdokumentation (BADO-Daten) des Sächsischen Krankenhauses für Psychiatrie

und Neurologie Rodewisch und der CMA-Untersuchungsdaten der Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren-Sachsen (GAD-S).

In der Psychiatrie Sachsens entfallen mittlerweile ca. 20 Prozent der Bettenkapazität auf die Abhängigkeitskranken. Ein Trend, der sich seit 2000 zu stabilisieren scheint. Im 1. Quartal 2005 wurden in Sachsens Psychiatrie im Durchschnitt 403 Betten mit Suchtpatienten belegt. An spezialisierten Behandlungseinheiten verfügen wir, wie oben dargestellt, über 239 Betten. Die quantitativen Behandlungsanforderungen sind offenbar größer als die verfügbaren spezialisierten Behandlungseinheiten.

Der Anteil der Schwer- und Mehrfachkranken (so genannte S4-Patienten) während der psychiatrischen Regelbehandlung der Sucht hat sich im Freistaat Sachsen auf durchschnittlich 27 Prozent erhöht und bewegt sich seit 1997 auf diesem relativ stabil hohem Niveau. Die Datenlage ist aber unvollständig,

da nicht alle psychiatrischen Einrichtungen Sachsens an den Erhebungen teilnehmen. Es hat sich offenbar eine nicht unerheblich große Gruppe der schwer- und mehrfach-kranken Suchtpatienten herausgebildet. An dieser Stelle lohnt sich ein Rückblick auf die Untersuchungen der GAD-S Arbeitsgruppe um Professor Mühler, Dr. Leonhardt und Dr. Härtel bezüglich der CMA Population im Freistaat Sachsen (Härtel, F., Leonhardt, H.-J., Mühler, K. 2005). Der CMA Begriff (chronisch mehrfach geschädigter/beeinträchtigter Abhängigkeitskranker) ist eine Zusammenführung somatischer, psychischer und sozialer Folgen der Alkohol/Drogenabhängigkeit. Psychische Folgeerkrankungen mit einer hohen Gewichtung können dabei zum Beispiel Delir, Halluzinose, paranoide Psychose und ähnliches sein. Anfallsgeschehen, Lebererkrankungen, Korsakow-Syndrom, Polyneuropathie und so weiter bilden somatische Folgeerkrankungen ab. Auf der sozialen Seite wird das Schädigungsmaß an den fehlenden lebens-thematischen Bezügen Wohnung, Familie und Arbeit bestimmt. In der Operationalisierung dieser Merkmale sind die Autoren wie folgt vorgegangen: Für jeden Schädigungsbereich, das heißt den somatischen, den psychischen und den sozialen, gibt es eine Skala der Schädigungshöhe, die von 1 – im Sinne von geringe Schädigung – bis 6 – im Sinne von sehr starker Schädigung – reicht. Werden die drei schädigungsrelevanten Dimensionen addiert, so kann eine Höchstpunktzahl von 18 Indexpunkten erreicht werden. In den Untersuchungen stellte sich heraus, dass ab einem Indexwert von 12 Punkten von einer Abhängigkeitserkrankung im Sinne des CMA ausgegangen werden kann. In Kürze seien einige wichtige Ergebnisse und Entwicklungstrends dargestellt.

■ Bei CMA Patienten dominieren die Männer mit 91 Prozent

■ CMA Patienten sind mit durchschnittlich 47 Jahren älter als andere Abhängigkeitskranke mit durchschnittlich 43 Jahren.

■ Mit steigendem Indexwert geht eine typischerweise schrittweise Ausgliederung aus dem Arbeitsleben und steigende Entfer-

nung vom Arbeitsmarkt einher. Mit einem Indexwert von 12 besteht ein eindeutiger Bezug zur Sozialhilfe.

■ Alleinlebende weisen in den Untersuchungen einen Indexwert von fast 12 auf, nicht allein Lebende dagegen einen Indexwert um 7. Alleinlebende Abhängigkeitskranke weisen ein eindeutig höheres Risiko auf, einen hohen Indexwert zu erreichen und damit in die Gruppe der CMA zu rutschen.

■ CMA Patienten weisen deutlich mehr psychiatrische Regelbehandlungen auf (im Durchschnitt 8). Unter den „Drehtürpatienten“ sind viele CMA Patienten vorhanden. Der Grad der psychischen Erkrankung als auch der Umfang der sozialen Desintegration scheinen damit einen signifikanten Effekt auf die Anzahl der Regelbehandlungen zu haben.

■ Die Untersuchungen stützten sich auf den Krankenhausbereich (17 Kliniken), insbesondere auf Psychiatrische Krankenhäuser und die Sozialtherapeutischen Heime (5 CMA-Einrichtungen) in Sachsen. Dabei wurde der Indexwert für alle in diesen Einrichtungen im Untersuchungszeitraum von jeweils 3 Monaten behandelten Alkohol/Drogen-Patienten bestimmt. Es zeigte sich in einem ersten Längsschnitt, dass sich dieser Indexwert wie folgt verändert:

2000 – Indexwert 8,7

2002 – Indexwert 9,6

2004 – Indexwert 10,5

Das heißt, die durchschnittliche Schädigung aller erfassten Patienten reicht bereits sehr nahe an die Einstufung als CMA heran.

■ Alle im Jahr 2004 erfassten Patienten mit einem festen Arbeitseinkommen weisen einen durchschnittlichen Indexwert von 5,2 auf!

■ Die Größe der 2004 erfassten Population der Abhängigkeitskranken ist unter das Niveau des Jahres 2000 gesunken. Der relative Anteil der CMA Einstufungen dagegen ist von 2000 zu 2004 deutlich gestiegen.

	erfasste Population	CMA-Anteil
2000	769 Patienten	185 □ 24,1%
2002	1048 Patienten	335 □ 32,0%
2004	725 Patienten	318 □ 43,9%

■ Es stellten sich Veränderungen des Grades der Folgeerkrankungen heraus:

– Psychische und somatische Folgeerkrankungen verzeichnen eine Erhöhung des Schweregrades 4 und 5, die Schweregradeinstufung 6 hat leicht abgenommen.

– Die soziale Desintegration zeigt dagegen ein schnelleres Wachstum, hier steigen die Schweregrade 5 und 6 an.

Soziale Desintegration mit dem Effekt des Alleinlebens und berufliche Desintegration mit dem Effekt des Lebens von Arbeitslosen- oder Sozialhilfe werden in den Untersuchungen als Prädiktoren für ein Hineinwachsen der suchtmittelabhängigen Menschen in den CMA Status angegeben. Wie die Ergebnisse der Jahresstatistiken der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland zeigen, haben wir über Jahre hinweg bei den Suchtpatienten Sachsens genau diese beiden Effekte, berufliche Langzeitausgliederung und Trend zum Alleinleben, zu verzeichnen. Diese Entwicklungstendenz geht mit einer offensichtlichen Verschlimmerung der Suchtkarriere einher und hat an Brisanz zugenommen. An der Schnittstelle zwischen Sucht, familiärer Beziehung und beruflicher Anstellung entsteht offenbar eine in ausgeprägten Wechselwirkungen begründete Dynamik, die zur Klärung drängt. Dabei streben die beiden änderungs-sensiblen, weil interpersonell bestimmten, Punkte Familie und Arbeit dem statischen Endzustand der Ausgliederung entgegen und ermöglichen so der Sucht ihre ungehinderte Verhaltensexplosion (Vergl. Ehrenberg, A., 2004). Der Anteil der „Drehtürpatienten“ in der Psychiatrie scheint nicht nachzulassen und stellt ein Indiz für das Hineinwachsen von immer mehr Menschen in den CMA Status dar.

Ist das Ganze nun Dramatisierung von Zuständen in der Suchtlandschaft oder zeigen sich Veränderungen auch an anderer Stelle? Für das Sächsische Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Rodewisch sehen die Längsschnittdaten für die Patienten mit einer Suchterkrankung wie folgt aus. Psychiatrische und somatische Zusatzdiagnosestellungen nahmen von 2000 bis

2004 signifikant zu. Besonders auffallend sind signifikant häufigere Lebererkrankungen (K70.3, K70.4 und K70.9). Bei den neurologischen Diagnosen sind die Veränderungsraten nicht so auffallend, Alkohol-Polyneuropathien und epileptische Syndrome bestimmen hier das Bild. In der Tabelle 1 ist die relative Häufigkeit der Anzahl der Begleitdiagnosen pro Behandlungsfall dargestellt. Die mittlere Anzahl von zwei bis vier Begleitdiagnosen nimmt dabei am stärksten zu. Hatten 11,1 Prozent der Fälle im Jahr 2000 drei Begleitdiagnosen, waren es 2004 schon 19,0 Prozent. Insgesamt ergibt sich über den Beobachtungszeitraum eine hochsignifikante Zunahme an Komorbiditäten pro Behandlungsfall (Varianzanalyse(VA): $F=25,486$; $<0,001$).

In den Daten zur Basisdokumentation werden Einschätzungen zur psychischen Leistungs- und Funktionsfähigkeit erhoben. Dieser GAF-Wert (Global Assessment of Functioning Scale, siehe DSM IV) wird zu Behandlungsbeginn und zu Behandlungsende erstellt. Höhere Werte bedeuten psychisch leistungsfähiger und gesünder, niedrige Werte psychisch weniger leistungsfähig und kränker zu sein. Seit der Einführung des Basisdokumentationssystems der DGPPN 1997 in Rodewisch ist der GAF-Aufnahmewert von 47,9 auf 42,7 gesunken. Das heißt, unsere Patienten kommen kränker zur Aufnahme als vor Jahren (Vergl. Spießl, H. et al. 2004). Diese Differenz ist hoch signifikant (VA: $F=39,834$; $<0,001$). Der GAF-Entlassungswert lag 1997 noch bei 63,0 und 2004 bei 54,7. Auch dieser Abfall ist hoch signifikant (VA: $F=55,814$; $<0,001$; siehe Abb. 4). Zusammengefasst heißt das, die Patienten kommen mittlerweile „kränker“ zur Behandlung und werden auch „kränker“ als in den Jahren zuvor entlassen. Die Differenz zwischen GAF-Aufnahme- und Entlassungswert ist über den Erhebungszeitraum relativ gleich und zeigt, dass bei gegebenem Behandlungszeitvolumen deutliche Stabilisierungen und Verbesserungen erreicht werden können. Bei mittlerweile „kränker“ werdenden Patienten ist dieser Effekt nur mit erheblichen qualitativen Anstrengungen möglich. Die Krankheitsschwere zum Auf-

SKH-Rodewisch, relative Häufigkeit der Anzahl der Begleitdiagnosen (in%) für F1 Patienten

Anzahl der Begleitdiagnosen pro Fall	Jahr				
	2000	2001	2002	2003	2004
keine	38,2	20,4	21,5	22,3	17,1
1	28,2	25,8	27,0	27,8	27,4
2	16,7	26,2	22,8	24,7	21,7
3	11,1	13,7	15,7	13,7	19,0
4	4,6	9,0	8,7	7,8	10,0
5	1,1	3,5	3,1	2,7	3,6
6	0,0	1,0	1,0	1,0	0,9
7	0,0	0,3	0,2	0,0	0,3
N(absolute Anzahl der Behandlungsfälle)	610	592	578	619	580

Tabelle 1

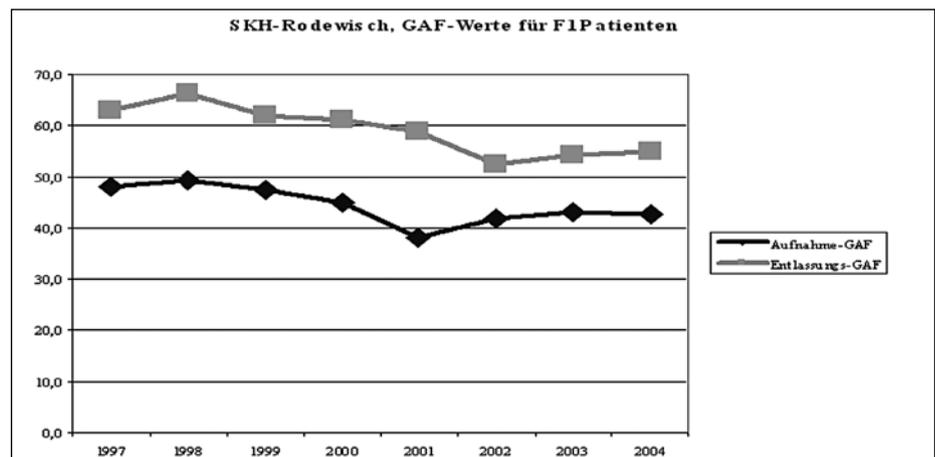


Abbildung 4

nahmezeitpunkt bestimmt bei definierter Behandlungszeit die erreichbare Gesundheit. Gleichzeitig wird klar, dass weitere Verkürzungen der Behandlungszeiten negative Folgen haben dürften. An den anderen psychiatrischen Kliniken Sachsens dürften die Effekte ähnlich sein.

Schlussfolgerungen

Die Bemühungen um Früherkennung und -intervention bei Alkohol- oder Drogenmissbrauch sollten vor diesem Hintergrund nicht nachlassen, sondern eindeutig verstärkt werden. Dazu ist eine enge Zusammenarbeit mit Suchtberatungsstellen hilfreich und not-

wendig. Offenbar kommen viele Patienten zu spät zur Behandlung. Die Suchtberatungs- und behandlungsstellen sollten, wenn möglich, tagesstrukturierende Maßnahmen anbieten, um den Verlust an sozialen Bezügen und am Tätigsein zumindest etwas ausgleichen zu helfen. Daraus folgt, dass Langzeitbetreuungen in Zukunft immer wichtiger werden.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
 Jörg Domurath, Dipl.-Psychologe, Sächsisches
 Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie
 Rodewisch, 08228 Rodewisch,
 Tel.: 03744/366-5537, Fax:03744/366-5536