

# **Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke (CMA) – multidimensionales Krankheitsverständnis und differenzierte Versorgungsstrukturen**

Dr. Frank Härtel

**Deutsches Hygienemuseum Dresden  
23.04.2013**



- CMA in Zahlen
- Die Entwicklung der CMA-Versorgung in Sachsen
- Ziele und Lösungen zukünftiger CMA-Versorgung in Sachsen

## CMA in Zahlen

- 0,5% der Bevölkerung der BRD sind CMA\*
- Stichtagserhebungen zu CMA in der Psychiatrie (S4 nach Psych-PV)\*\*

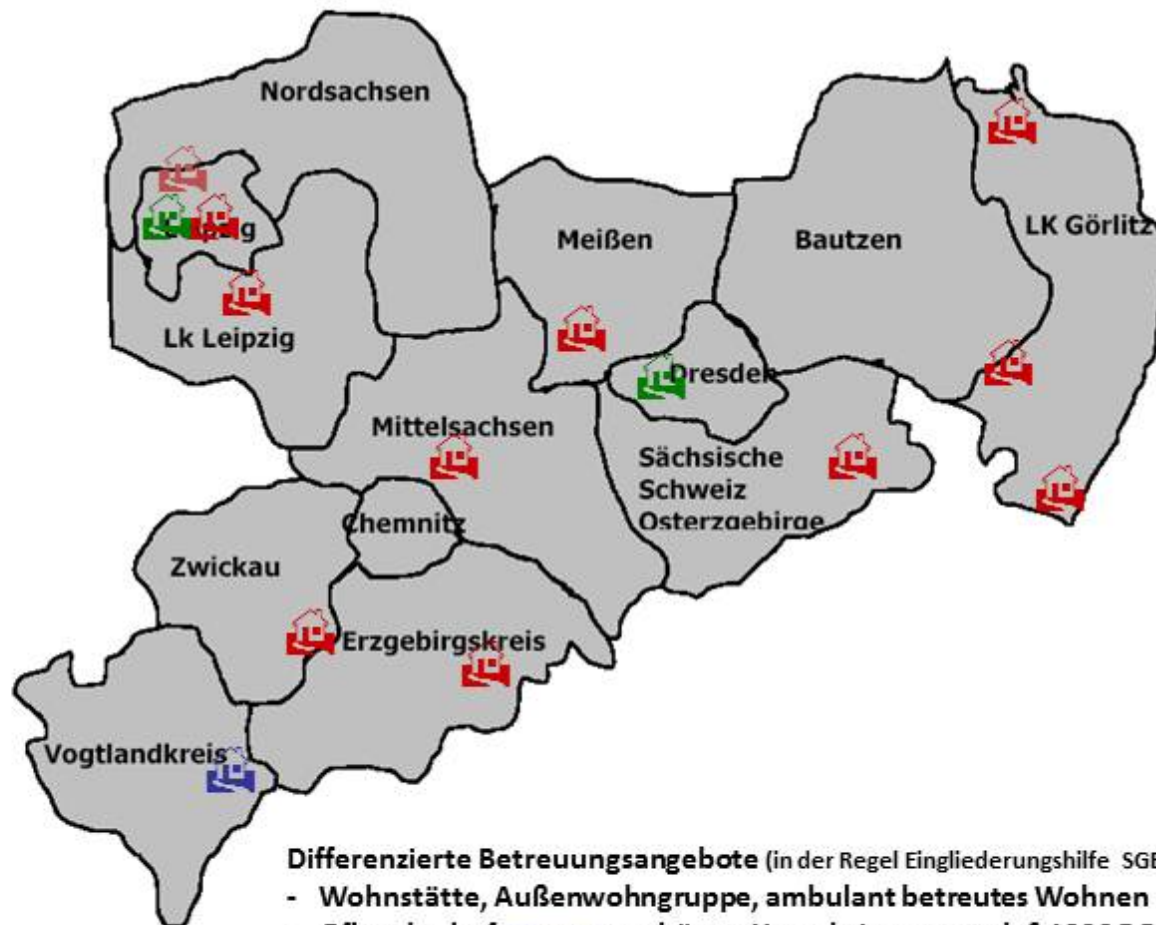
1995	BRD: 995 (16,9%) der Suchtpatienten Sachsen: 43 (16,7%) der Suchtpatienten
2010	BRD: 440 (5,8%) der Suchtpatienten Sachsen: 101 (24,5%) der Suchtpatienten

- CMA in sozialtherapeutischen Einrichtungen für CMA (Januar 2013)

\* Empf. der Expertenkomm. der Bundesregierung 1988

\*\* PKH Winnenden: Bundesweiter Vergleich ... gem. Psych-PV 1991-2010

# Sozialtherapeutische Einrichtungen für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke im Freistaat Sachsen (Stand 1/2013)



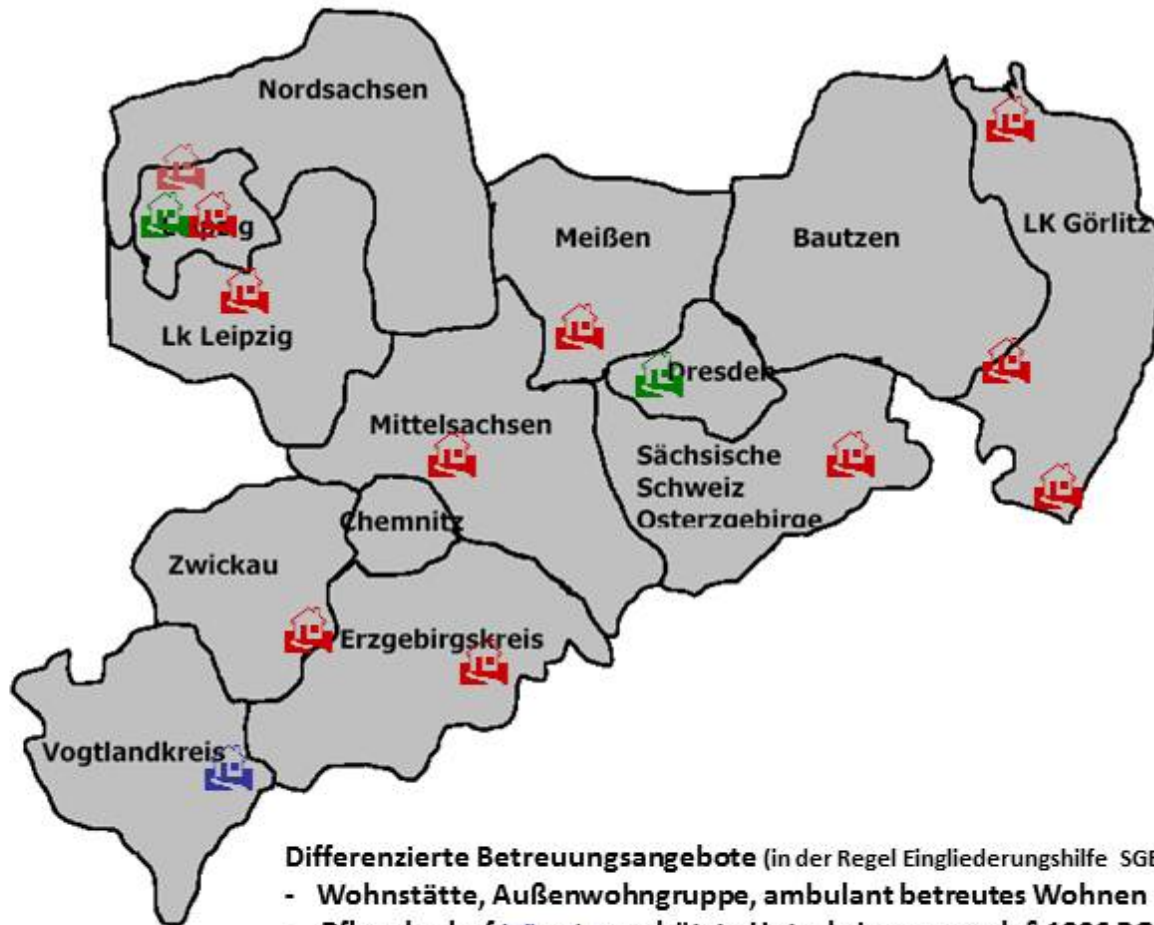
Auerbach	(Pflege 32)
Dresden	(nicht abst. 20)
Frankenberg	(31)
Großpösna	(48)
Großschweidnitz	(13 gU)
Leipzig	(50, nicht abst.40; Pflege 60)
Sebnitz	(30, 2 gU)
Schindelbach	(Frauen; 25)
Triebischtal	(40)
Weißwasser	(36; 21 gU)
Wildenfels	(24, 8 gU)
Zittau	(Männer; 61)

**Differenzierte Betreuungsangebote** (in der Regel Eingliederungshilfe SGB XII):

- Wohnstätte, Außenwohngruppe, ambulant betreutes Wohnen
- Pflegebedarf (Pflege), geschützte Unterbringung nach § 1906 BGB (gU)
- aktuell nichtabstinentenzfähige CMA (nicht abst.)

# Sozialtherapeutische Einrichtungen für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke im Freistaat Sachsen (Stand 1/2013)

389 Wohnstättenplätze, davon  
44 gU  
131 Plätze in AWG  
91 Plätze abW  
  
> 400 Plätze abW anderer  
Suchthilfeträger



Auerbach (Pflege 32)
Dresden (nicht abst. 20)
Frankenberg (31)
Großpösna (48)
Großschweidnitz (13 gU)
Leipzig (50, nicht abst. 40; Pflege 60)
Sebnitz (30, 2 gU)
Schindelbach (Frauen; 25)
Triebischtal (40)
Weißwasser (36; 21 gU)
Wildenfels (24, 8 gU)
Zittau (Männer; 61)

**Differenzierte Betreuungsangebote** (in der Regel Eingliederungshilfe SGB XII):

- Wohnstätte, Außenwohngruppe, ambulant betreutes Wohnen
- Pflegebedarf (Pflege), geschützte Unterbringung nach § 1906 BGB (gU)
- aktuell nichtabstinentenzfähige CMA (nicht abst.)

## CMA in Zahlen

- 0,5% der Bevölkerung der BRD sind CMA\*
- Stichtagserhebungen zu CMA in der Psychiatrie (S4 nach Psych-PV)\*\*

1995	BRD: 995 (16,9%) der Suchtpatienten Sachsen: 43 (16,7%) der Suchtpatienten
2010	BRD: 440 (5,8%) der Suchtpatienten Sachsen: 101 (24,5%) der Suchtpatienten

- CMA in sozialtherapeutischen Einrichtungen für CMA (Januar 2013)

\* Empf. der Expertenkomm. der Bundesregierung 1988 (Psychiatrieenquete)

\*\* PKH Winnenden: Bundesweiter Vergleich ... gem. Psych-PV 1991-2010

# Entwicklung der CMA – Versorgung in Sachsen

- Der Rahmen
- Die Erkenntnis
- Die Praxis
- Die Grundlagen
- Die Definition
- Die Diagnose
- Die Prognose
- Die Strukturen – Positiva und Defizite

# Entwicklung der CMA – Versorgung in Sachsen

- Der Rahmen
- Die Erkenntnis
- Die Praxis
- Die Grundlagen
- Die Definition
- Die Diagnose
- Die Prognose
- Die Strukturen – Positiva und Defizite

# Entwicklung der CMA – Versorgung in Sachsen

- Der Rahmen

= Psychiatrie- Personalverordnung (Psych-PV) v. 18.12.1990;  
Behandlungsdifferenzierung, Enthospitalisation

= Leistungsvereinbarungen mit LWV/KSV (BSHG/SGBXII)

= Begriff der Schwer- und Mehrfachkranken (hier: S 4  
nach Psych-PV bzw. CMA)



# Entwicklung der CMA – Versorgung in Sachsen

- Der Rahmen
- Die Erkenntnis
- Die Praxis
- Die Grundlagen
- Die Definition
- Die Diagnose
- Die Prognose
- Die Strukturen – Positiva und Defizite

# Entwicklung der CMA – Versorgung in Sachsen

- Die Erkenntnis

= Entwicklung zum CMA ist bei jedem Abhängigen möglich

= Pathogenesevielfalt mit gemeinsamer „Endstrecke“  
bio(somatische)- psycho-soziale Anteile variieren (eher anfangs)  
in ihrem individuellen Gewicht  
aber: Theorien – und Meinungsdivergenzen mit Vereinseitigung  
(„niedergeführte“ Trinker, Pflegefälle, Opfer der Gesellschaft,  
„Asoziale“, ...) statt komplexer Sicht, zum Teil noch heute

= klinisch verschiedene Präganztypen

= Zeitfaktor und Behandlungsinhalte, -umstände beeinflussen die Prognose

# Entwicklung der CMA – Versorgung in Sachsen

- Der Rahmen
- Die Erkenntnis
- Die Praxis
- Die Grundlagen
- Die Definition
- Die Diagnose
- Die Prognose
- Die Strukturen – Positiva und Defizite

# Entwicklung der CMA – Versorgung in Sachsen

- Die Praxis

= Intensivierung, Spezifikation und Dauer der Therapie in der Psychiatrie (Psych-PV), und danach?

soziale Anker (persönliche Bindungen, Aufgaben, Teilhabe) oder „Drehtür“.

Wenn klinisch ungenügende Besserung →

Wohnstätte mit Sozialtherapie, somatischer und psychischer Behandlung, Halt und Lebenssinn

= Suche nach Kooperation

1992 waren Zittau und Wiesen enge Nachbarn (Hospitationen, Patientenverlegungen), heute mehr regionaler Bezug

= Notwendigkeit abgestimmter Strukturen (Krankheitseinsicht der Verantwortlichen)

= Hilfe vom SMS (Fr. Dr. Böttger), Rolle der SLS

# Entwicklung der CMA – Versorgung in Sachsen

- Der Rahmen
- Die Erkenntnis
- Die Praxis
- Die Grundlagen
- Die Definition
- Die Diagnose
- Die Prognose
- Die Strukturen – Positiva und Defizite

# Entwicklung der CMA – Versorgung in Sachsen

- Die Grundlagen

= CMA bedeutet im Kern Steuerungs- und Autonomiedefizit

↪ Umfeldabhängigkeit

Sozial:	psychisch:	somatisch:	Genetik, Epigenetik
- Lerndefizit	- Reifungsstörung	- Hirnorganik	
- Mangelmilieu	- Entwicklungs-	- Wesensänderung	
- Desintegration	hemmung	- Frontalhirnschädigung	
	- Psychose	- körperl. Komorbidität	

stets gegenseitige Einflussnahme und **Zeitfaktor**

= CMA-Therapie bedeutet Besserung Richtung Autonomie  
Alltagsfähigkeiten stärken, Regeln beachten, Teilhabe;

Die Kunst ist, Normen so zu setzen und zu halten, dass Patienten bleiben und profitieren  
(Qualitätsmerkmal Abbruchquote?!)

= Der „1:1000-Fall“ mit Remission kommt vor!

# Entwicklung der CMA – Versorgung in Sachsen

- Die Grundlagen

= CMA bedeutet im Kern Steuerungs- und Autonomiedefizit

○ Umfeldabhängigkeit

Sozial:

- Lerndefizit
- Mangelmilie
- Desintegrati

stets gegenseit

= CMA-Therapi

Alltagsfähigkeiten stärken, Regeln beachten, Teilhabe;

Exkurs Zeitfaktor

- Tempo der CMA-Entwicklung (Langläufer oder Sprinter)
- Lebensalter beim Start der Suchtentwicklung
- Individuelle Nuancen der Therapie vs. Normen (Wann, Was, für Wen?)
- Art der Persönlichkeit

, Epigenetik

Die Kunst ist, Normen so zu setzen und zu halten, dass Patienten bleiben und profitieren (Qualitätsmerkmal Abbruchquote?!)

= Der „1:1000-Fall“ mit Remission kommt vor!

# Entwicklung der CMA – Versorgung in Sachsen

- Die Grundlagen

= CMA bedeutet im Kern Steuerungs- und Autonomiedefizit

↪ Umfeldabhängigkeit

Sozial:	psychisch:	somatisch:	Genetik, Epigenetik
- Lerndefizit	- Reifungsstörung	- Hirnorganik	
- Mangelmilieu	- Entwicklungs-	- Wesensänderung	
- Desintegration	hemmung	- Frontalhirnschädigung	
	- Psychose	- körperl. Comorbidität	

stets gegenseitige Einflussnahme und **Zeitfaktor**

= CMA-Therapie bedeutet Besserung Richtung Autonomie  
Alltagsfähigkeiten stärken, Regeln beachten, Teilhabe;

Die Kunst ist, Normen so zu setzen und zu halten, dass Patienten bleiben und profitieren  
(Qualitätsmerkmal Abbruchquote?!)

= Der „1:1000-Fall“ mit Remission kommt vor!



# Entwicklung der CMA – Versorgung in Sachsen

- Der Rahmen
- Die Erkenntnis
- Die Praxis
- Die Grundlagen
- Die Definition
- Die Diagnose
- Die Prognose
- Die Strukturen – Positiva und Defizite

# Entwicklung der CMA – Versorgung in Sachsen

- Die Definition

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.

Böttger, Härtel, Leonhardt, Mühler 1999

# Entwicklung der CMA – Versorgung in Sachsen

- Der Rahmen
- Die Erkenntnis
- Die Praxis
- Die Grundlagen
- Die Definition
- Die Diagnose
- Die Prognose
- Die Strukturen – Positiva und Defizite

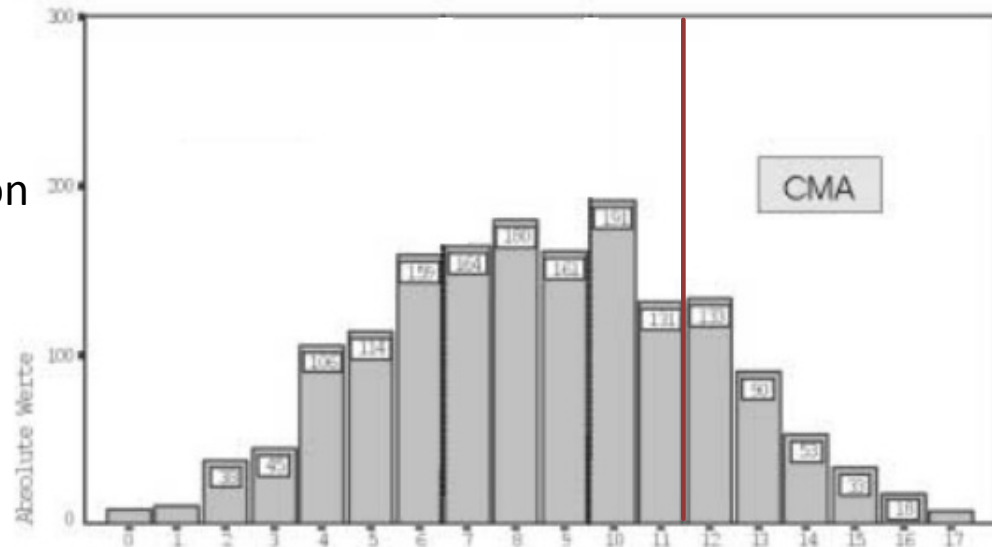
# Entwicklung der CMA – Versorgung in Sachsen

- Die Diagnose

= ICD – 10 F1x.xx und Comorbiditäten  
nicht ausreichend für CMA-Identifikation

= Index für CMA

- Sozialfeld
  - \* Familiensituation
  - \* Arbeit
  - \* Wohnen
- somatische Erkrankungen
- psychische Erkrankungen



modifiziert, Härtel 2013

= mehrere Typen CMA

- dominant somatisch geschädigt
- dominant psychisch geschädigt
- dominant sozial desintegriert

„Stille“ CMA, „Langläufer“  
„Sprinter“

Böttger, Härtel, Leonhardt, Mühler 2001

## Entwicklung der CMA – Versorgung in Sachsen

- Der Rahmen
- Die Erkenntnis
- Die Praxis
- Die Grundlagen
- Die Definition
- Die Diagnose
- Die Prognose
- Die Strukturen – Positiva und Defizite

# Entwicklung der CMA – Versorgung in Sachsen

- Die Prognose

- = beeinflusst von dg. Präzision, therapeutischem Inventar, Personal, Behandlungszeit, normenkonformen Variationen der Therapie
- = Teste sind selten prospektiv gut (Wahrsagerei)  
reflektierte Erfahrung eher tauglich
- = Besserung/Stabilisierung häufig, abhängig vom Umfeld  
(Scheitern beim „Auswildern“, Sternstunden reanimierter Autonomie)
- = flexibles Versorgungssystem ohne bürokratische Übergangsklappen spart und hilft
- = Zeit ist entscheidendes prognosebestimmendes Element (Cave „Schnellbleiche“)

# Entwicklung der CMA – Versorgung in Sachsen

- Der Rahmen
- Die Erkenntnis
- Die Praxis
- Die Grundlagen
- Die Definition
- Die Diagnose
- Die Prognose
- Die Strukturen – Positiva und Defizite

# Entwicklung der CMA – Versorgung in Sachsen

- Die Strukturen – Positiva und Defizite

## Positiva:

- = Suchtabt. der PKH haben S4-Stationen, „Wir erreichen sie!“
- = PIA (amb. + Wohnstätten)
- = Schwerkranke in der Reha
- = Wohnstätten gut differenziert, prinzipiell auch CMA-Randgruppen und -Problemgruppen erreichbar mit Fachpersonal (Kapazität)
- = Behandlungszeit
- = Abstinenz

## Defizite:

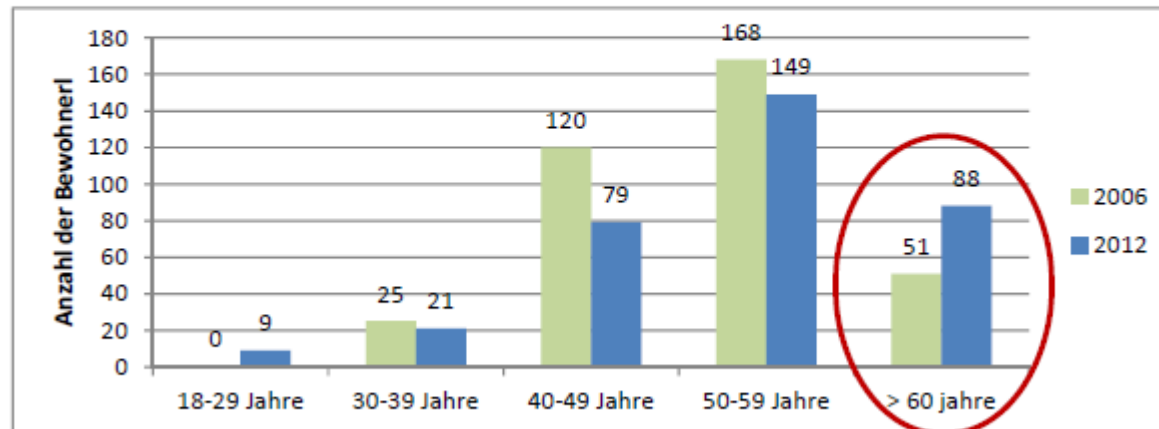
- = neues Entgeltsystem (PEPP) und Drehtür?
- = Fachpersonal und Plätze für Problemgruppen von CMA
- = Teilhabe, Arbeit und Beschäftigung
- = Kapazität für geschlossene Unterbringung (§ 1906 BGB)
- = Tagesstruktur für ambulante CMA?
- = numerischer und Kenntnismangel der Haus- und Fachärzte über CMA
- = Beheimatung >65 J. CMA in Wohnstätten?
- = falscher (juristischer) Freiheitsbegriff für nicht selbstverfügbare CMA



## Auszug: SLS-Jahresbericht sozialtherapeutischer Wohnstätten 2012 in Sachsen

### Altersstruktur

- 9% jünger als 40 Jahre/ 66% zwischen 40 und 60 Jahre/ 25,4 % älter als 60 Jahre
- Der Anteil älterer Bewohner nimmt in den Wohnstätten im Vergleich zu 2006.  
**Mehr als ein Viertel der Bewohner sind älter als 60 Jahre.**



# Entwicklung der CMA – Versorgung in Sachsen

- Die Strukturen – Positiva und Defizite

## Positiva:

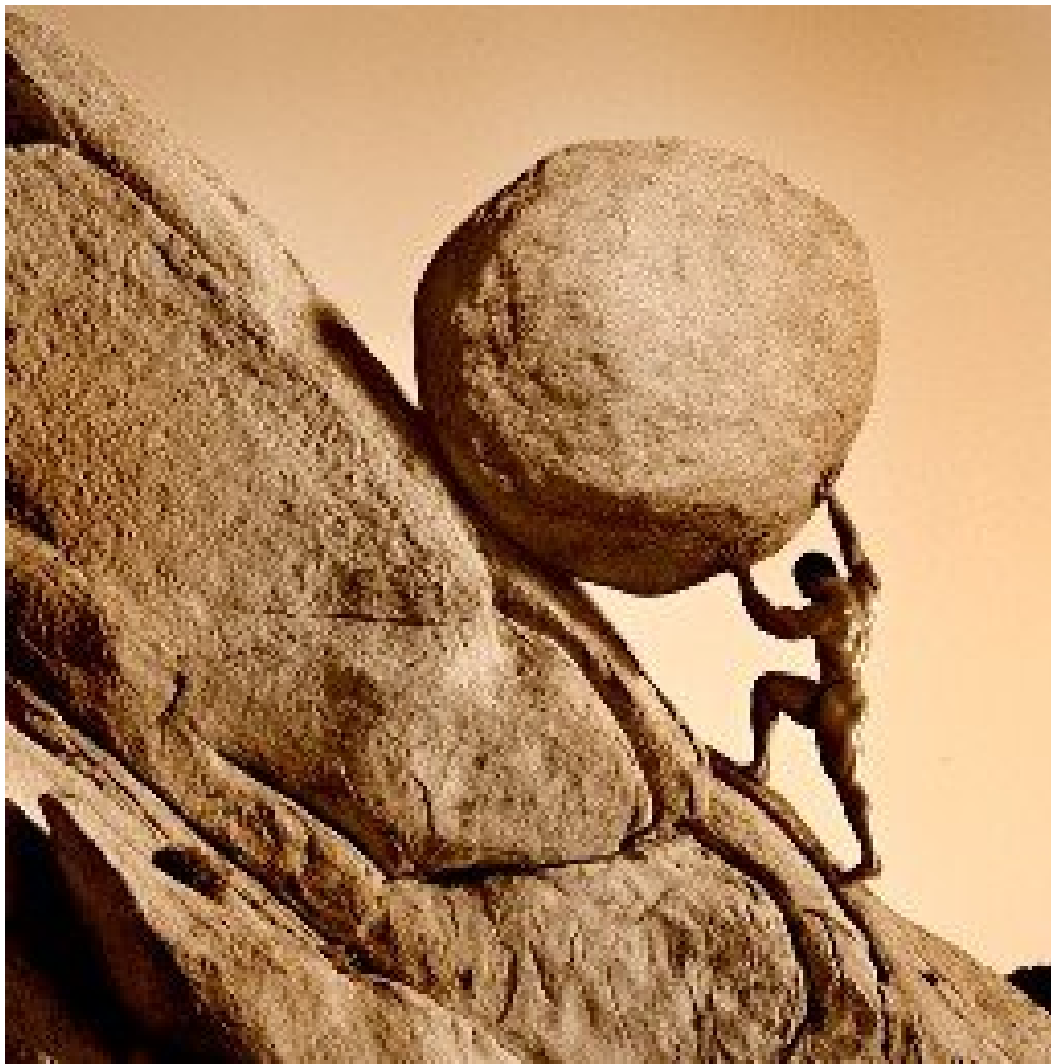
- = Suchtabt. der PKH haben S4-Stationen, „Wir erreichen sie!“
- = PIA (amb. + Wohnstätten)
- = Schwerkranke in der Reha
- = Wohnstätten gut differenziert, prinzipiell auch CMA-Randgruppen und -Problemgruppen erreichbar mit Fachpersonal (Kapazität)
- = Behandlungszeit
- = Abstinenz

## Defizite:

- = neues Entgeltsystem (PEPP) und Drehtür?
- = Fachpersonal und Plätze für Problemgruppen von CMA
- = Teilhabe, Arbeit und Beschäftigung
- = Kapazität für geschlossene Unterbringung (§ 1906 BGB)
- = Tagestruktur für ambulante CMA?
- = numerischer und Kenntnismangel der Haus- und Fachärzte über CMA
- = Beheimatung >65 J. CMA in Wohnstätten?
- = falscher (juristischer) Freiheitsbegriff für nicht selbstverfügbare CMA

## Ziele und Lösungen zukünftiger CMA-Versorgung in Sachsen

- differenzierte Konzepte und Strukturen für besondere CMA-Gruppen (junge Drogen-CMA, alte CMA, psychotische CMA, hafterfahrene CMA)
- regionale Kooperation und Versorgung
- flexible Übergänge zwischen den Strukturbausteinen erleichtern
- Arbeit und Beschäftigung, Teilhabe sichern
- Kapazität geschlossener Unterbringung an Bedarf adaptieren, Sicherung von Zwangsbehandlung
- Forschung zur Versorgung der CMA
- Weiterbildung zur CMA-Thematik
- Abstinenzziel!
- juristischen Freiheitsbegriff an psychiatrische Fakten anpassen!
- Prophylaxe der Entwicklung zum CMA durch Generalprävention



Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit

**Sucht** ist ein chronisch-progredienter Krankheitsprozeß, der, teilweise genetisch begünstigt, meist auf psychischer Fehlentwicklung beruht. Letztere und der Erkrankungsbeginn sind überwiegend vom sozialen Umfeld vermittelt. Die Erkrankung führt zur Überschreitung sozialer Normen und Konventionen und zum Entgleisen in den zwanghaft-gierigen Exzeß bei Mittelkonsum u./o. patholog. Verhaltensweisen. Diese Entwicklung wird unumkehrbar neurobiologisch fixiert. Kennzeichen sind starke Tendenz zur Verleugnung der Erkrankung, zunehmender Verlust der Steuerung von Konsum und Verhalten mit Toleranzzunahme, Auftreten körperlicher und seelischer Entzugssymptome mit Abnahme der suchtbefugenen Satisfaktion sowie bio-psycho-soziale Folgen. Kurze und unbehandelte Entzüge potenzieren durch Kindling-Phänomene organische Schäden. Die eintretende körperliche u./o. seelische Abhängigkeit erfordert alternativlos Abstinenz als Therapieziel.

## Qualitätskriterien der psychiatrischen Behandlung chronisch multimorbider Abhängigkeitskranker (CMA) nach Psych-PV ( S 4-Behandlung)

- Statushomogene Behandlungsgruppen von CMA (ICD 10-Dg.: F 1x.x mit Multimorbidität)
- umfassende biopsychosoziale Diagnostik, incl. differenzierter Hirnleistungsdiagnostik, wegen psychiatrischer Comorbidität, substanzinduzierter organischer Wesensänderungen, HOPS
- Dosierte aktivierende psychiatrische Behandlung mit verlaufsabhängiger somatischer u. psychosozialer Akzentuierung für ausreichende soziale Alltagskompetenz (suchtspezifische mehrdimensionale Therapie nach Psych-PV)
- Entwicklung von Krankheitseinsicht, Krankheitsbekenntnis, Befähigung zu Abstinenz und Weiterbehandlung, auch durch psychoedukative Methoden unter Einbeziehung vorhandener Bezugspersonen.
- Planung und Veranlassung nachfolgender ambulanter, komplementärer rehabilitativer und stationärer Hilfen unter Abstinenzorientierung einschließlich Betreuungsverfahren und betreuter Wohn- u. Arbeitsformen.
- Ausreichende, individuelle Behandlungsfrist sichert die Qualität und ermöglicht soziale Restabilisierung.