

Früherfassung von alkohol- und medikamentenabhängigen Personen ¹

von Andreas Manz

1. Anlass

Seit jeher ist es ein Anliegen, dass Alkoholberatungsstellen ihre Hilfe den Einzelpersonen und Familien, die unter einer Alkoholproblematik leiden, verbessert anbieten können. Seit Jahren fällt auf, dass die geschätzte Zahl der Personen mit einem risikoreichen Alkoholkonsum und der Personen mit einem manifesten Alkoholsucht leiden in einem krassen Missverhältnis zu der Anzahl Personen steht, die von Alkoholberatungsstellen betreut werden. Dass der „Erfassungsgrad“ gesamt schweizerisch und international als eher gering betrachtet werden muss, hat ganz verschiedene Faktoren. Zum einen ist hier der Widerstand des Betroffenen und des Systems, das Problem als Krankheit wahrzunehmen, zu nennen. Zum anderen sind Angehörige häufig pathologisch in das Geschehen mitverstrickt, was unter dem Stichwort „Co-Alkoholismus“ in die Literatur eingegangen ist. Auch der gesellschaftliche Stellenwert eines oft übermässigen Alkoholkonsums spielt hier eine grosse Rolle. Aus zahlreichen Untersuchungen weiss man auch, dass gesellschaftliche Trinkgewohnheiten und der Preis der Alkoholika eng mit der Zahl derjenigen Menschen zu tun hat, die durch den Alkoholkonsum in Probleme gerät.

Beim Medikamentenmissbrauch liegen die Phänomene z.T. ähnlich, z.T. sind sie komplexer, steht doch der Medikamentenmissbrauch häufig mindestens am Anfang eng in Zusammenhang mit einer ärztlichen Behandlung.

Auch die Folgeplanung II des Kantons Basellandschaft hat in ihrer Erhebung zum IST-Zustand das Missverhältnis zwischen erfassten Alkoholikern durch die Alkoholberatungsstellen und der geschätzten Anzahl Menschen, die mit Alkoholkonsum Probleme haben, festgestellt.

Wenn hier auf konzeptioneller Ebene Grundlagen geschaffen werden sollen, die Früherfassung von Alkoholkranken zu strukturieren, heisst dies nicht, dass dies in der Vergangenheit nicht bereits versucht und getan wurde. Frühere Strategien waren durchaus teilweise erfolgreich. Vor allem wissen wir aufgrund der begrenzten Effizienz früherer Anstrengungen heute mehr über die Komplexität, die einer Früherfassungsstrategie innewohnt. Auf diese Komplexität soll im Folgenden eingegangen werden.

Es kann hier nicht ein Konzept vorgelegt werden, da eine der Erkenntnisse aus früheren Bemühungen darin besteht, dass Alkoholberatungsstellen in isolierter Weise keine erfolgsversprechenden Früherfassungskonzepte durchführen können. Sie müssen gemeinsam mit den anderen Trägern unseres Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftslebens ausgearbeitet und umgesetzt werden. Daher kann lediglich von einer Konzeptstrategie gesprochen werden.

2. Basis-Überlegungen

In der Schweiz verfügen wir heute über ein sehr differenziertes Netzwerk an Sozial-, Gesundheits- und Bildungsinfrastrukturen. Die Alkoholproblematik spielt bei der gesamten gesellschaftlichen Infrastruktur jeweils eine prominente Rolle. Ziel einer verbesserten Früherfassung ist es, ein Netzwerk aufzubauen und zu unterhalten, wie die gut ausgebaute Infra-

¹ Diesen Artikel schrieb ich im Frühling 2001 im Rahmen der Submission der Suchtberatung Baselland.

struktur die Alkoholberatungsstellen besser einzusetzen weiss, um mit ihren „Problemfällen“, die auf Alkohol- oder Medikamentensucht zurückzuführen sind, besser umgehen zu können. Schule, Polizei, Arbeitgeber, Gerichte, Ärzte, Spitäler und Sozialdienste kämpfen mit Problemen, die direkt oder indirekt auf eine Sucht zurückzuführen sind. Früherfassung muss all diesen Körperschaften die Kompetenzen der Suchtberatungsstellen verbessert anbieten können, damit diese die beraterische und therapeutische Kompetenz von Suchtberatungsstellen häufig nutzen oder gezielt in ihre Massnahmen einbauen. Jede eigene gesellschaftliche Infrastruktur hat ihre eigene Dynamik, ihre eigene Arbeitsweise und steht im Kontakt mit ihrer „Klientschaft“ in einem anderen rechtlichen und motivationalen Kontext. Ein Früherfassungskonzept kann also kein Konzept für alle Infrastrukturepräsentanten sein, sondern muss auf die verschiedenen Gegebenheiten individuell angepasst werden und benötigt einen ganz unterschiedlichen Aufwand, wie einmal installierte Vereinbarungen erinnert und aufrecht erhalten werden. Zudem ist es so, dass beispielsweise ein einzelner Lehrer oder ein einzelner Arbeitgeber nur selten mit einer Suchtproblematik direkt konfrontiert ist, obwohl Sucht in der Schule wie am Arbeitsplatz eine prominente Rolle bei der Entstehung von jeweiligen Problemen darstellt. Es ist also die Schwierigkeit eines früh erfassenden Netzwerkes, mit Personen, die selten mit der Problematik konfrontiert sind, in Kontakt treten zu können. Früherfassung ist also in erster Linie eine Früherfassung der Wahrnehmung indirekt Betroffener, auf die sekundär die Kontaktnahme mit den Betroffenen aufzubauen hat.

Als generelle Politik soll gelten, dass die Mitarbeiter der Suchtberatungsstellen ihre suchtberaterische Kompetenz Lehrern, Polizisten, Sozialarbeitern, Ärzten, Spitälern, Statthalterämtern, Amtsvormundschaften, Arbeitgebern anbieten, diese in geeigneter Form über die einzufordernde Dienstleistung periodisch orientieren und wenn immer möglich die Erstgespräche mit den Betroffenen nach einem ersten Gespräch mit den „Vermittlern“ in den Räumen des „Vermittelnden“ durchführen. So soll inskünftig eine Vernetzung in grundsätzlicher Weise aussehen.

Die Information muss aber getragen werden durch die institutionellen Vertreter dieser Körperschaften, also durch Arbeitgeberverbände, Arbeitnehmervverbände, Hausärzterverbände, Schulinspektorat und Erziehungsdirektion, Spitalleitungen, Gemeindesozialdienstverbänden etc. Nur das gemeinsame Auftreten und die Darstellung einer gemeinsamen Programminitiative, die über Jahre wiederholt und aufrecht erhalten wird, kann garantieren, dass sich eine solchartige Vernetzung fest in die Problemlösungsstrategien des gesellschaftlichen Netzwerkes einbaut und damit eine verbesserte Früherfassung sich dauerhaft installiert.

Die Voraussetzungen zum Gelingen einer solchen Strategie sind heute viel besser als noch vor einigen Jahrzehnten, da vernetztes Handeln und die Überwindung von Einzelzuständigkeiten sich in allen Belangen unserer gesellschaftlichen Infrastruktur sich mindestens in der Theorie breit durchgesetzt hat.

3. Strategische Teilschritte

Eine solche Früherfassungskonzeption ist von der Natur der Sache her eine Überfordernde. Die Suchtberatungsstellen können nicht zu allen Repräsentanten der gesellschaftlichen Infrastruk-

turen gleichzeitig gute und tragfähige Arbeitsbeziehungen aufbauen und unterhalten. Da wie oben erwähnt die Problemlage in der Schule und im Spital beispielsweise sehr verschiedenartig liegen, müssen die Konzepte auch auf verschiedenem Wege ausgearbeitet werden. Innerhalb der Folgeplanung II wird man eine verbesserte Früherfassungsvernetzung mit den Spitälern (Stichwort Konsiliardienst) und den Hausärzten sowie den Psychiatern und Psychologen ausarbeiten.

Zur Polizei bestehen bereits enge Verbindungen durch die „FIAZ“-Strategie ². Auf diese ist aufzubauen und die Statthalterämter, Amtsvormundschaften sowie die Gerichte mit einzubeziehen. Mit diesen sind Interventionsstrategien auszuarbeiten, wie Suchtberatungsstellen den „Problemfälle“, die ausserhalb des Fahrens in angetrunkenem Zustande auftauchen, ein Angebot machen kan.

Sehr aufwendig wird eine Vernetzung mit den Schulen werden, obwohl hier aus der Vergangenheit bereits einige ermutigende Erfahrungen vorhanden sind. Die Schulen sind sehr heterogen organisiert und die Suchtproblematik stellt sich häufig indirekt als Lernbehinderung von Kindern dar, deren Elternteile Suchtprobleme haben. Da der Schule immer mehr soziale Aufgaben zugemutet werden, stehen bei Schulen neben einer grossen Offenheit, auf die sozialen Probleme einzugehen, auch Abgrenzungsbedürfnisse gegenüber, die eine Vernetzung erschweren. Auf der anderen Seite haben viele Gemeinden begonnen, Schulsozialdienste zu installieren, womit die Schnittstelle zur Alkoholberatung heute an diesen Orten vorhanden ist. Trotzdem ist für eine kantonsübergreifende Strategie mit grossen konzeptionellen Aufwendungen zu rechnen.

Anders sieht die Situation bei den Gemeindesozialdiensten aus: Deren amtliche Aufgabe, soweit ein Suchtproblem vorhanden ist, prädestiniert zur Zusammenarbeit mit den Suchtberatungsstellen. Dies wird auch heute in Einzelfällen bereits erfolgreich praktiziert. Darauf gilt es aufzubauen und mit den vorhandenen Strukturen eine gemeinsame generelle Konzeption zu installieren und zu unterhalten.

Die Situation bei Arbeitgebern ist ähnlich plural wie diejenige bei den Schulen. Hier gibt es aber eine klarere Interessenlage, da Arbeitgeber zu Mitleidenden am Suchtproblem ihres Mitarbeiters werden und daher eine grosse Motivation besteht, Hilfestellungen für die Bewältigung dieser Problemlage zu leisten resp. entgegenzunehmen. Diesbezüglich gibt es ebenfalls sehr gute Einzelerfahrungen, die in ein gemeinsames Konzept, das sowohl von Arbeitgeberverbänden wie auch von Gewerkschaften mitgetragen werden muss, einfliessen kann.

4. Umsetzung

Die Umsetzung einer solchen Konzeptbasisstrategie erfordert sehr viele individuelle Einzelschritte mit den verschiedenen Körperschaften und mündet in mehrere Einzelkonzepte, die mit der Zeit entstehen, unterhalten und verbessert werden müssen. Eine einheitlich auftretende Fachstelle für Alkohol- und Medikamentensucht hat selbstredend in der Initiierung und Umsetzung ein höheres Potential, das genutzt werden kann.

² FIAZ = Fahren im angetrunkenen Zustand. Ein Autolenker, der mit erhöhten Alkoholblutwerten gebüsst wird, kann durch den Besuch eines Seminars über die Gefahren des Alkolmissbrauchs bei der Alkoholberatungsstelle den Führerschein etwas früher zurückerlangen.