

Früherfassung Alkoholismus

Entwurf zu einem Grobkonzept für den Kanton Baselland

Verfasst von:

Dr. med. Andreas Manz, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH

Co-Autoren:

Dieter Huber, lic. phil, Psychologe FSP, executive MBA, Blaues Kreuz beider Basel

Dr. med. Klaus-Peter Stark, Leitender Arzt des Zentrums für Abhängigkeitserkrankungen Baselland

Stand: 20.09.2016

1 Epidemiologie des Alkoholismus

- Wir gehen davon aus, dass rund 250'000 Personen in der Schweiz nach ICD-10-Kriterien alkoholabhängig sind. Dies entspricht rund 4.8 bis 4.9% der erwachsenen Wohnbevölkerung¹.
- Auf Grund dieser gesamtschweizerischen Schätzungen kann in den Kantonen Basel-Stadt und Baselland davon ausgegangen werden, dass rund 20'000 erwachsene Personen an einer Alkoholabhängigkeit leiden². Bei einer umfassenderen Betrachtung nach Public-Health-Kriterien trinken 44'000 Erwachsene in den Kantonen Basel-Stadt und Baselland chronisch bzw. episodisch risikoreich Alkohol.³
- Die Folgeplanung 2 zum Psychiatriekonzept Baselland geht davon aus, dass ca. 19'000 Einwohner im Kanton Baselland einen risikoreichen Alkoholkonsum praktizieren. Dazu kommen ca. 7'000 Einwohner, die einen Medikamentenmissbrauch praktizieren. Rechnet man diese Zahlen auf beide Kantone hoch, kommt man auf einen Schätzwert von 33'000 Personen, die in beiden Kantonen einen risikoreichen Alkoholkonsum praktizieren und auf ca. 12'000 medikamenten-abhängige Personen.⁴
- Alkoholkonsum ist ein wichtiger Risikofaktor einer Reihe von Erkrankungen wie Leberzirrhose und bestimmten Krebsarten.⁵
- In der Schweiz sterben jährlich rund 1'600 Personen an den Folgen ihres Alkoholkonsums. Dies entspricht einem von zehn vorzeitigen Todesfällen bei Männern und einem von 17 bei Frauen. Unfälle, Krebs und Leberzirrhose verursachen die Mehrzahl der alkoholbedingten Todesfälle.⁶
- Alkoholismus ist mit erheblichen sozialen Kosten verbunden. Die geschätzten direkten und indirekten sozialen Kosten des übermässigen Alkoholkonsums belaufen sich in der

¹ Kündig H. 2010, definiert gemäss ICD-10. Für diese Berechnungen hat der Autor Daten gemäss statistischen Angaben des Bundesamtes für Statistik genutzt.

² Für diese Berechnungen wurden Angaben der statistischen Ämter der Kantone Basel-Stadt und Baselland verwendet.

³ Gmel et al., 2014. Die Kriterien eines problematischen Alkoholkonsums - chronisch bzw. episodisch risikoreicher Alkoholkonsum nach Public Health sind im Anhang 1 dargelegt.

⁴ Psychiatriefolgeplanung 2 Baselland, Planungsgruppe Substanzenabhängigkeit, Bericht zum Ist-Zustand, 2002, S. 24 folgend.

⁵ Rehm et al. 2010

⁶ Marmet et al., 2013: alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011.

Schweiz jährlich auf rund 4,2 Milliarden Franken.⁷ Alkoholismus erzeugt nicht nur finanzielle und gesundheitliche Schäden beim Betroffenen, er ist auch Ursache von viel Leid in Ehe und Familie und eine wichtige Ursache von Entwicklungsschäden bei Kindern.

- Rund 85% der Wohnbevölkerung geht in Baselland mindestens einmal pro Jahr zu einem Hausarzt oder einem Spezialisten.⁸ Es kann davon ausgegangen werden, dass zahlreiche Menschen, welche alkoholabhängig oder suchtgefährdet sind, in Kontakt mit einer ärztlichen Fachperson stehen. Für Basel-Stadt kann von einer ähnlich hohen Quote ausgegangen werden.
- Die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion des Kantons Baselland⁹ hat 2003 die Forderung nach einer verbesserten Früherfassung des beginnenden Alkoholismus in ihrem Massnahmenkatalog zur Folgeplanung 2 zum Psychatriekonzept des Kantons Baselland aufgenommen.¹⁰
- In den somatischen Spitälern des Kantons Baselland werden jährlich rund 1'800 Personen mit einer Haupt- oder Nebendiagnose ALKOHLABHÄNGIGKEIT behandelt. Sie erzeugen 32'000 stationäre Behandlungstage und direkte Kosten von ca. 30 Millionen Franken.¹¹
- Im Rahmen einer Erhebung in den Medizinischen Kliniken im Kanton BL wurden bei 5% der internistischen Patienten die **Hauptdiagnose** ALKOHLABHÄNGIGKEIT gestellt.¹²
- Im Rahmen des Projektes zur Verfassung eines Alkoholmanuals¹³ wurden im Jahr 2010 bei rund 150 Patienten der somatischen Kliniken BL Konsilien durch die Suchtberatungsstellen durchgeführt.¹⁴

2 Begriffe

Primärversorger: Darunter verstehen wir die allgemeine und primäre ärztliche Krankenversorgung durch die Hausärzte, Kinderärzte und die Allgemeinspitäler

Co-Sucht: Darunter verstehen wir das Mitagieren der wichtigen Beziehungen in einem Suchtprozess eines Betroffenen. Dieses Mitagieren geschieht unserer Ansicht nach zwangsläufig. Niemand kann sich diesem entziehen. Es ist auch in den Hilfestrukturen problemlos nachweisbar. Die Co-Sucht wird Teil der Stabilität eines Suchtsystems und ist daher zentrales Thema in der Behandlung suchtkranker Menschen. Therapeutisch wird versucht, auf dieses stabile Krankheitsystem Einfluss zu nehmen und Veränderungen bei den Betroffenen zu ermöglichen.¹⁵

⁷ Fischer et al., 2014

⁸ Ergebnis der Gesundheitsbefragung gemäss Statistik Baselland Nr.01/2015

⁹ Heute Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion

¹⁰ Folgeplanung 2 zum Psychatriekonzept des Kanton Basellandschaft, der Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion, 2003, S. 153, folgende.

¹¹ Analyse der Medizinischen Statistik Spitäler Schweiz des Jahres 2010 nach Diagnose und Wohnsitz durch deb Kantonsarzt und den Drogenbeauftragten BL.

¹² Steuerwald M, Aeschbach C, Wanner J, Schaub N: Schweiz Med Forum 2011;11(38):659-661

¹³ Alkohol-Manual. Richtlinien für den Umgang mit Alkohol an den somatischen Spitälern Baselland, Swiss Medical Forum, Aeschbach C, Schaub N, Steuerwald M, Wanner J; o.J.

¹⁴ Steuerwald M, Aeschbach C, Wanner J, Schaub N: Schweiz Med Forum 2011;11(38):659-661

¹⁵ Siehe A. Manz 1992a [Das Phänomen der Co-Sucht](http://www.praxis-t15.ch) auf www.praxis-t15.ch

Ambivalenzen: Das eine und das Gegenteil wollen nennen wir Ambivalenz. Sie gehört obligat zur Suchtkrankheit. Beim Befragen eines Suchtkranken nach seinem Willen und Zielen, muss die entgegengesetzte Position mitgedacht und im therapeutischen Prozess angesprochen werden, um die erhaltenen Antworten umfassend interpretieren zu können. Die so wichtige Eigenmotivation des Suchtkranken muss auf der Tatsache der Ambivalenz reflektiert werden.

Früherfassung: damit wird das möglichst frühzeitige Erfassen einer Krankheit (Diagnosestellung, Behandlungsplan, Nachkontrolle) bezeichnet. Synonym dazu ist Sekundärprävention. Unter Primärprävention wird das Verhindern der Entstehung einer Krankheit und unter Terziärprävention die Rückfallvorsorge einer überwundenen Krankheit bezeichnet.

3 Hypothesen zur Verbesserung der Früherfassung

- Eine Suchterkrankung ist geprägt von einer strukturellen Ambivalenz der Betroffenen. Diese Ambivalenz kann auch als Gespaltenheit oder als Widerstand bezeichnet werden. Ambivalenz, Spaltung und Widerstand zeichnen auch das Verhalten der engsten Beziehungen des Suchtkranken aus. Diese „Ansteckung“ ist auch unter dem Begriff der CO-Sucht oder der Co-Abhängigkeit umschrieben worden. Die Verhaltensmerkmale der Co-Abhängigkeit können auch innerhalb des Hilfesystems beobachtet werden. Eine Verbesserung der Früherfassung muss der Ambivalenz, Gespaltenheit und dem Widerstand Rechnung tragen, der auf allen drei Ebenen (Suchtkranker, fam. System, Hilfesystem) wirksam ist.
- Primärversorger, Suchtberatungsstelle und suchtmmedizinische Ambulanz müssen bei der Früherfassung enger zusammenarbeiten. Dies bedingt einen gegenseitigen Lernprozess und Vertrauen. Die Widerstände, Ambivalenzen und Abspaltungen müssen reflektiert und bearbeitet werden. In einer Pilotphase ist die Umsetzung nur mit einer Art von Primärversorger möglich zu lernen. Deswegen sollen sich in der Pilotphase die Beratungsstellen Blaues Kreuz und MUSUB und die Ambulatorien des Zentrums für Abhängigkeitserkrankungen ZfA auf die beiden Primärversorger aufteilen.

4 Widerstand der institutionellen Beratung und Begründung des Pilotprojekts

- In einer 3-jährigen Pilotphase sollen die obigen zwei Hypothesen überprüft und die daraus zu ziehenden Konsequenzen nach Möglichkeiten umgesetzt werden. Im Zentrum dieses Versuchs steht die Hypothese einer institutionellen Ambivalenz und des damit verknüpften institutionellen Widerstandes. Wir stellen die Hypothese auf, dass wir in erster Linie den eigenen institutionellen Widerstand bearbeiten müssen, um besser fähig zu sein, den Widerstand der Primärversorger, des Suchtsystems und des Süchtigen antizipieren zu können.
- Eine private Stiftung hat zugesagt, der Alkoholberatungsstellen Blaues Kreuz beider Basel inkl. MUSUB¹⁶ alle Stellenbegehren zu finanzieren, die in der dreijährigen Pilotphase aufgrund einer verbesserten Früherfassung von Alkoholkranken in der Hausarztpraxis nötig sind. Damit soll ein zentrales Widerstandsargument der Beratungsstellen neutralisiert werden, es würden für ein optimal an die Bedürfnisse der Primärversorger angepasstes Früherfassungsverfahren die notwendigen Stellenkapazitäten fehlen.

¹⁶ MUSUB = Multikulturelle Suchtberatungsstelle beider Basel. Seit 1989 sind in dieser Beratungsstellen SuchtberaterInnen angestellt, die in ihrer Muttersprache die Süchtigen behandeln. Zur Zeit sind so die grossen ethnischen Gruppen der Region (italienisch, spanisch, portugiesisch, serbo-kroatisch, türkisch, tamilisch) versorgt. Die MUSUB agiert auf der betrieblichen Ebene in enger Kooperation mit den Blaukreuz Beratungsstellen und haben den gleichen Geschäftsführer.

- Können die Beratungsstellen Blaues Kreuz und MUSUB in diesen drei Jahren zeigen, dass mit einem ausgeweiteten Fachstellenportfolio sich eine stringente Zusammenarbeit mit den daran interessierten Hausärzten aufbauen lässt, so soll die Anstrengung unternommen werden, den Kantonen BL und BS als Subventionsgeber den Nutzen und die Notwendigkeit einer solcherart gestalteten Früherfassung des Alkoholismus zu erklären.

5 Breites Feld der Primärversorger

Alkoholranke werden nicht nur im Primärversorgungssystem der Hausärzte frühzeitig erkannt, ohne dass eine Weitervermittlung an eine spezialisierte Behandlung gelingt. Gleiches lässt sich vom Primärversorgungssystem Allgemeinspital sagen. Die Abläufe in der Hausarztpraxis und im Spital sind grundverschieden, weshalb es zwingend notwendig ist, sich auf das eine oder andere System zu spezialisieren. Da wir im Kanton Baselland zwei Alkoholberatungslinien haben, die in wesentlichen Elementen sich unterscheiden, liegt es auf der Hand, dass sich die zwei Beratungsstellen auf die Früherfassung beim einen und anderen Primärversorger spezialisieren.

6 Aufteilung der Beratungsstellen auf die Primärversorger

- Die Alkoholberatungsstellen des Blauen Kreuzes und MUSUB sollen sich in der Pilotphase von drei Jahren auf die Hausärzte konzentrieren. Der Vorteil des Blauen Kreuzes ist die den Suchtkranken unentgeltliche Beratung. Damit muss sich der Suchtkranke nicht vor einer Registrierung seiner Sucht im Gesundheitssystem fürchten, was die Widerstandsschwelle senkt.
- Das Zentrum für Abhängigkeitskrankheiten soll sich in der Pilotphase auf die Allgemein-Spitäler konzentrieren. Vorteil des ZfA ist die ärztliche Bestückung der Konsiliardienste in eben diesen Spitälern, die zu eigentlichen Übernahmediensten ausgebaut werden können. Das erleichtert die Kommunikation und Schulung der Ober- und Assistenzärzte der Spitäler. Die Patienten der Spitäler sind zudem bereits bei deren Krankenkassen als krank registriert. Damit ist die weitere Verrechnung der Dienste des ZfA durch die Krankenkassen kein grosses Motiv für den Aufbau von speziellen Widerständen.

7 Vernetzung der Sucht-Beratungsstellen

Die zwei Beratungsstänge ZfA und BK/MUSUB praktizieren seit Jahren eine enge Zusammenarbeit und trachten auch in diesem Früherfassungsprojekt danach, die Zusammenarbeit zu kultivieren und zu praktizieren. Insbesondere werden folgende Elemente gepflegt:

- Stellt sich bei der Früherfassung eines Alkoholsüchtigen Patienten in der Hausarztpraxis heraus, dass eine komplexe psychische Komorbidität besteht, wird die Behandlung durch die Suchtarbeiter des BK resp. der MUSUB an das Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen ZfA weiter vermittelt resp. Interdisziplinär gemeinsam behandelt. Die Erfassung findet aber gleichwohl direkt in der hausärztlichen Praxis statt. Die differenzierte Organisation der in Gang kommende Behandlung erfolgt in einem zweiten Schritt.
- Ergibt bei einem Spitalkonsilium durch das ZfA die Bestandesaufnahme der vorbestehenden Behandlungsinstanzen, dass vor dem Spitaleintritt eine Behandlung durch das BK resp. die MUSUB installiert worden ist, wird eine Kontaktwiederaufnahme durch den Konsiliardienst mit

dem BK/MUSUB hergestellt.

- Das Projekt „Früherfassung Alkoholismus“ wird als gemeinsames Projekt betrachtet und begleitet. Die Beratungsstellen unterstützen sich gegenseitig im Gelingen der Teilprojekte. Sie stellen ihr Wissen und die erhobenen Daten gegenseitig zur Verfügung.

8 Eckpfeiler der Bewältigung der Zusammenarbeitsprobleme in der Früherfassung

- Mit den Hausärzten gilt es, eine rasche Terminabwicklung während der Sprechstunde des HA zu gewährleisten. Der Erstkontakt findet stets in der HA-Praxis statt. Nach Möglichkeiten lädt der HA dazu den nächsten Angehörigen ein. Der Weg zur HA-Praxis ist vom Suchtberater zurückzulegen. Wenn möglich soll einer HA-Praxis stets der gleiche Suchtberater zugeteilt werden.
- Mit den Allgemeinspitälern ist die heute oft sehr kurze Aufenthaltsdauer der Patienten logistisch zu strukturieren. Beim Eintritt wird eine Diagnoseliste erstellt. Befindet sich auf dieser die Liste eine Alkoholerkrankung, so soll ein definiertes Procedere vom Assistenzarzt in Gang gesetzt werden. Das Erstgespräch findet noch im Allgemeinspital statt, je rascher, desto besser. Auch im Allgemeinspital soll zum Erstgespräch im Spital vom Assistenzarzt der nächste Angehörige eingeladen werden. Für eine bessere Verankerung der suchtttherapeutischen Kompetenz im somatischen Spital als auch zur besseren Qualifizierung des ärztlich-therapeutischen Personals und der Pflegefachpersonen sollte ein Liaisondienst am Kantonsspital Baselland eingerichtet werden.

9 Angehörige als Gewährleister der Früherfassung und der anschliessenden Behandlung

In der Früherfassung der Alkoholkrankheit spielt die gezielte und strukturierte Einbezug der nächsten Angehörigen eine zentrale Rolle. Dies hat verschiedene Gründe:

- Die Angehörigen leiden in der Regel unter der Alkoholkrankheit des Betroffenen mehr als der Betroffene selber. Der Leidensdruck ist für die Motivation wichtig, sich auf das langwierige Behandlungsprocedere einzulassen. Ist der Leidensdruck beim Betroffenen ambivalent, so ist er bei den Angehörigen in der Regel konstanter und konsistenter. Deswegen spielen sie in der Anfangsphase wie eine Art Gewährleister des Interventionsplanes.
- Süchtige sind in der Regel ambivalent. Einerseits sind sie froh, dass sie auf das Problem angesprochen werden und nun „etwas geschieht“. Andererseits haben sie im Alkohol einen patenten Problemlöser gefunden. Wieso diesen aufgeben? Da der Problemlöser rein subjektiv wirkt, haben die Angehörigen ausschliesslich die Folgen des Alkoholeinsatzes im Leben des Betroffenen mitzutragen. Ihre Position ist zwar auch eine ambivalente, aber aus einem ganz anderen Grund. Für die Initiation einer Behandlung sind sie in der Regel hochmotiviert. Dies gilt es zu nutzen.
- In einer tieferen Schicht pflegen Angehörige auch eine destruktive Kraft. Der Suchtprozess ist auch Teil ihres Lebens geworden. Aus der Tatsache, dass die Angehörigen immer noch Teil des Lebens des Betroffenen sind, lässt sich ableiten, dass auch die Angehörigen sich mit der Sucht arrangiert haben und vermutlich auch einen eigenen Vorteil aus der bedauerlichen Tatsache ziehen. Dieser Vorteil ist den allermeisten nicht bewusst. Dennoch ist er wirksam und wird als

Kraft eingesetzt, den Heilungsprozess zu torpedieren. Das Behandlungssetting tut also gut daran, die nächsten Angehörigen einzubinden. In einer ersten Phase sind diese eine wesentliche Motivationshilfe. Eine viel heiklere zweite Phase nutzt diese gute Zusammenarbeit, um auf die Sabotage, die vom Angehörigen aus geht, hinwirken zu können.

- Süchtige bagatellisieren und leugnen, was ihre Sucht angeht. Das wissen alle Suchttherapeuten. Um eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung entstehen zu lassen, können die TherapeutInnen unmöglich ständig Zweifel am Wahrheitsgehalt der Aussagen der süchtigen Klienten ins Zentrum ihrer Beziehung setzen. Auch hier hilft es, in den periodischen Partnergesprächen so ganz nebenbei vom Angehörigen zu hören, wie es mit dem Trinken tatsächlich aussieht und daraus das notwendige Vertrauen oder die angebrachten Modifikationen für die Hilfsmassnahmen abzuleiten.