

Suchtmittelkonzepte

# Prävention und Früherkennung

Ein grosser Anteil der PatientInnen in psychiatrischen Kliniken ist abhängig von legalen und/oder illegalen Suchtmitteln. Mit einem Suchtkonzept kann es gelingen, eine klinikeigene Haltung zu entwickeln, die nicht nur den Umgang mit süchtigen PatientInnen vereinfacht, sondern auch die Prävention und die Früherkennung von Sucht regelt.

MARTIN HAFEN

**DIE** Prävention erfreut sich seit einigen Jahrzehnten einer grossen Popularität. Mit grosser Einigkeit wird von der Politik und Fachleuten immer wieder die Verhinderung von Problemen wie Sucht oder Gewalt gefordert. Da die Probleme, die Settings, die Zielgruppen und die Methoden in der Prävention variabel sind, bieten sich unter den Labeln «Prävention» und «Gesundheitsförderung» eine immense Vielfalt von Massnahmen an: vom Theaterabend über die Drogeninformationsstunde in der Schule und den Müttergesprächskreis bis hin zu mehrjährigen Projekten der Organisationsentwicklung. Auf der andern Seite garantieren die Popularität und die Vielfalt der Prävention noch keine professionelle Planung und Umsetzung der Massnahmen. Prävention wird heute immer noch mehrheitlich in einem «Versuch-Irrtum-Verfahren» durchgeführt. Dabei wird die Verbesserung der Massnahmen durch den Umstand erschwert, dass die Wirkung der Prävention aus methodischen Gründen schwierig zu messen ist – zu vielfältig sind die

Einflussfaktoren auf Phänomene wie Sucht oder Gewalt; zu unterschiedlich sind die Rahmenbedingungen der Prävention, und zu klein sind die Fallzahlen der einzelnen Massnahmen.

## Professionalisierung durch Theoriebildung

Weniger Schwierigkeiten bietet die theoretische Betrachtung der Prävention. Diese ermöglicht eine sorgfältige Planung und Durchführung der präventiven Massnahmen. Im Zusammenspiel mit weiteren begleitenden Massnahmen wie Qualitätssicherung und Evaluierung kann die Theoriebildung die Beliebigkeit der Prävention verringern und damit zu ihrer Professionalisierung beitragen.

Bevor wir uns der Beschreibung der Möglichkeiten und Grenzen von Prävention im Setting einer psychiatrischen Klinik zuwenden, soll ein Blick auf die Begrifflichkeit der Prävention geworfen werden<sup>1</sup>. In der Präventionspraxis wird gerne auf die Begriffskette «Primär-, Sekundär und Tertiärprävention» zurückgegriffen, die durch eine Publikation des Psychiaters Caplan<sup>2</sup> 1964 zu Popularität gelangte und von der Anfang der 70er-Jahre einsetzenden Drogenprävention aufgenommen wurde.

Caplan besetzte die drei Begriffe folgendermassen:

- **Primärprävention:** Das Problem ist noch nicht vorhanden; die präventiven Massnahmen sollen dafür sorgen, dass dies so bleibt.
- **Sekundärprävention:** Das Problem ist in Ansätzen vorhanden; mit den

präventiven Massnahmen soll eine Verfestigung/Verschlimmerung verhindert werden.

- **Tertiärprävention:** Das Problem ist in vollem Umfang vorhanden; die Prävention soll das Auftreten von Folgeproblemen verhindern.

In der Drogen- und später in der Suchtprävention im deutschsprachigen Sprachraum wurde der Begriff der Primärprävention ohne Veränderung übernommen. Der Begriff «Sekundärprävention» wurde (aus was für Gründen auch immer) um den Risikogruppenaspekt erweitert. Die «Tertiärprävention» schliesslich konnte sich auf der begrifflichen Ebene nicht durchsetzen und wurde mit der Zeit durch die Begriffe «Überlebenshilfe» bzw. «Schadensminderung» ersetzt.

## Früherkennung und Behandlung

Ausgehend davon, dass jede Behandlung präventive Aspekte beinhaltet und jede Prävention (auch) behandelnd wirkt<sup>3</sup>, werden wir in der Folge die Tertiärprävention der Behandlung zurechnen, da bei ihr das bestehende Problem (z. B. die Sucht) im Zentrum des Interesses steht.

Den Begriff der Sekundärprävention ersetzen wir durch «Früherkennung/ Frühbehandlung», wobei die Früherkennung den Übergangsbereich zwischen Prävention und Behandlung markiert, da ja Anzeichen für das zu verhindernde Problem vorhanden sind. Das wiederum bedeutet, dass es bei der Früherkennung (wie bei der Behandlung) letztlich um konkrete Menschen geht, die ein Problem oder konkrete Anzeichen dafür haben, und nicht (wie bei der Prävention) um Personen, die das zu verhindernde Problem mit einer mehr oder weniger hohen Wahrscheinlichkeit einmal haben oder nicht haben werden. Alle übrigen Massnahmen – und das sind die allermeisten – werden mit dem Begriff der Prävention bezeichnet.

<sup>1</sup> Vgl. dazu ausführlich: Hafen, Martin, 2001: Die Begrifflichkeit in der Prävention – Verwirrung auf allen Ebenen. In: Abhängigkeiten. Forschung und Praxis in der Prävention und Behandlung. 1/2001: 33–49.

<sup>2</sup> Caplan, G., 1964: Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books.

<sup>3</sup> Diese These ist nicht neu. So schreibt Gallaway (1991: 128) für die Soziale Arbeit: «All prevention activities are in fact interventions, and all interventions are designed to prevent some future distress.» (Gallaway, Burt, 1991: Moving beyond the Prevention-Intervention Dichotomy in Social Work. In: Albrecht, Günter; Otto, Hans-Uwe, 1991: Social Prevention and Social Sciences. Berlin/New York: 1991: 121–128).

# von Substanzenmissbrauch



Foto: Norbert Frei

Alcopops können am Anfang einer späteren Sucht stehen: Früherkennung und präventive Massnahmen müssen hier rechtzeitig greifen.

## Möglichkeiten in der Psychiatrie

Wenn man nach Möglichkeiten der Suchtprävention in der Psychiatrie sucht, so gilt es zuerst zu klären, ob es um die stationäre oder um die ambulante Psychiatrie geht. Um die Komplexität der Fragestellung zu reduzieren, beziehen sich die folgenden Ausführungen ausschliesslich auf das stationäre Setting.

Da es sich bei psychiatrischen Kliniken um spezifische *Behandlungseinrichtungen* handelt, stellen sie für die *Prävention* eine besondere Umgebung dar. Zwar wird in psychiatrischen Kliniken nicht nur Sucht behandelt, doch

die Abhängigkeit von Suchtmitteln aller Art ist hier höher als in den meisten andern Systemen.

Das hat Auswirkungen auf die Prävention und die Früherkennung: Zum einen werden die nicht-abhängigen PatientInnen mit den Suchtproblemen der andern konfrontiert (etwa im Rahmen von Gruppentherapien oder im direkten Kontakt); zum andern geht es in der Regel um verschiedene Suchtmittel (von Heroin über Cannabis bis hin zu Alkohol, Schlafmitteln und Tabak), die in der Regel unterschiedlich behandelt werden. Schliesslich stehen Fragen von Abstinenz, Genusskonsum, Rückfall, Suchtmittelkonsum durch das Personal und dergleichen im

Raum, die in jeder Klinik anders behandelt werden.

## Suchtmittelkonzepte

In dieser hoch komplexen Situation bietet es sich an, für die Klinik ein Suchtmittelkonzept zu erarbeiten. Hier können die Regelungen formuliert werden, die mit der Behandlung, der Früherkennung und der Prävention von Suchtmittelabhängigkeit im Zusammenhang stehen. Die Fragen der Behandlung sind in einer psychiatrischen Klinik in der Regel am ehesten geklärt, da die Sucht entweder das zu behandelnde Problem darstellt, oder aber mit andern psychischen Krank-

## Prävention an der HSA Luzern

Die HSA Luzern ist seit vielen Jahren ein Kompetenzzentrum für Prävention. Seit dem Jahr 2000 bietet die Hochschule ein Nachdiplomstudium «Prävention», in welches die präventionstheoretischen Grundlagen einfließen, die im Rahmen der HSA entwickelt werden.

Auf praktischer Ebene konzipiert und begleitet die HSA (u. a. auch im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit) umfangreiche Präventionsprojekte – darunter «Schulteam» (Früherkennung in der Schule), Fil rouge (Prävention Kinder- und Jugendheime) und careplay® (Früherkennung in Spielcasinos).

Nähere Informationen bei: HSA Luzern, Kurt Gschwind, Leiter Fachgruppe Prävention, Werftstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern, Tel. 041 367 48 26, E-Mail: kgschwind@hsa.fhz.ch

heiten (Schizophrenie, Depression usw.) als Doppel- oder Mehrfachdiagnose auftaucht. Will man ein Suchtmittelkonzept erarbeiten, welches auch die Prävention und Früherkennung umfasst, ist es unabdinglich, dass die medizinisch-therapeutische Haltung gegenüber dem Suchtmittelkonsum ebenfalls in das Konzept integriert wird.

Für die Prävention stellt sich einerseits die Frage, wie nicht konsumierende PatientInnen vor Emissionen des Suchtmittelgebrauchs anderer geschützt werden können; andererseits soll verhindert werden, dass PatientInnen in der Klinik mit dem Konsum von Suchtmitteln anfangen. Bei der Früherkennung schliesslich geht es darum, die Beobachtung von sich abzeichnenden Problemen zu systematisieren und den Austausch dieser Beobachtung (z. B. im Rahmen von Personalsitzungen) auf eine regelmässige Basis zu stellen.

<sup>4</sup> Vgl. dazu Hafén, Martin, 2002: Fil rouge oder: einfache Lösungen gibt es nicht. SuchtMagazin 4/2002: 3-11.

## Bildung von Netzwerken

Die Erarbeitung eines Suchtmittelkonzeptes und das Einrichten einer funktionierenden Früherkennung bedingen eine eigentliche Netzwerkarbeit. Wenn man einen kohärenten, koordinierten und transparenten Umgang mit Suchtmitteln verbindlich festlegen will – und dies ist das Ziel eines Suchtmittelkonzeptes –, ist es unabdingbar, dass diese Regelungen von allen Beteiligten getragen werden, also nicht nur von den Ärzten/Ärztinnen und den Pflegenden, sondern auch von der Klinikleitung. Ob und in welchem Mass auch die PatientInnen in die Erarbeitung des Konzepts einbezogen werden, muss ebenfalls geklärt werden. Der Partizipationsfrage kommt also eine hohe Bedeutung zu.

Folgende Punkte sollten (neben anderen) in einem Suchtmittelkonzept geregelt sein:

- Regelungen zum Gebrauch von Suchtmitteln (für PatientInnen und für MitarbeiterInnen): Welche Substanzen dürfen von wem und wo konsumiert werden und welche nicht.
- Festlegung der Sanktionen: Wie sehen die Sanktionen aus, wenn die Regeln nicht eingehalten werden; wer verfügt sie und wer setzt sie durch.
- Schulung der MitarbeiterInnen für das Erkennen von Anzeichen von Suchtmittelmissbrauch oder von Faktoren, die Suchtmittelmissbrauch fördern (Stress usw.)
- Einrichtung von Gefässen für den Austausch von entsprechenden Beobachtungen (zum Beispiel in der regelmässigen Teamsitzung).
- Einleitung von Massnahmen der Frühbehandlung.

## Vorteile der Projektmethodik

Die Erfahrungen mit ähnlich gelagerten Projekten (zum Beispiel im Heimbereich<sup>4</sup>) zeigen, dass es sich anbietet, die Erarbeitung und Umsetzung eines Suchtmittelkonzeptes und die Einrichtung einer funktionierenden Früherkennungsstruktur in Projektform zu organisieren.

Psychiatrische Kliniken sind hoch komplexe Systeme, die wie alle Organisationen auf Anregungen zur Verände-

rung gerne mit Widerständen reagieren.

Die Projektform ermöglicht, die angestrebten Veränderungsprozesse langfristig und verbindlich durchzuführen und sie – wenn möglich durch organisationsexterne Fachkräfte – begleiten zu lassen. Damit lassen sich unerwartete Richtungsänderungen des Prozesses erkennen, Widerstände aufnehmen und konstruktiv für die weitere Entwicklung nutzen.

Zudem bietet ein Projekt einen angemessenen Rahmen, um eine geordnete Qualitätssicherung zu gewährleisten und – in Form einer Prozessevaluation – die laufende Auswertung der geplanten Massnahmen zu garantieren. Weiter ermöglicht es die Projektmethodik, Fragen der Nachhaltigkeit früh in den Veränderungsprozess mit ein zu beziehen, so dass Gewähr dafür besteht, dass die umgesetzten Massnahmen auch nach dem Ende des Projektes weiterlaufen. Schliesslich können in ein Projekt begleitende Aktivitäten wie interne Weiterbildungen für das Personal und Vernetzung mit andern Organisationen integriert werden.

## Erhöhte Wirkung

Vernetzung, Partizipation, Verbindlichkeit und Nachhaltigkeit sind Parameter, welche die Wirkung von Präventions- und Früherkennungsmassnahmen aus theoretischer Sicht erhöhen. Diese Parameter in Form eines Projektes anzustreben, ist kein einfaches Unterfangen; es erfordert hohes Engagement von allen Beteiligten und nicht zuletzt auch einen beträchtlichen finanziellen und personellen Aufwand von Seiten der Organisation.

Einmalige Aktionen, wie sie in der Prävention noch immer eher die Regel als die Ausnahme darstellen, sind einfacher und billiger zu haben. Zumindest aus Sicht der Theorie ist zu vermuten, dass sie auch weniger gute Ergebnisse haben. □

Der Autor ist Sozialarbeiter HFS und Soziologe lic. phil I. Er ist seit einigen Jahren (zurzeit im Rahmen einer Dissertation) damit beschäftigt, auf der Basis der soziologischen Systemtheorie eine Theorie präventiver Massnahmen zu entwickeln. Die erwähnten Texte und weitere Artikel zur Präventionstheorie stehen auf der Internetseite ([www.fen.ch](http://www.fen.ch)) zum Download bereit. E-mail: [mhafen@hsa.fhz.ch](mailto:mhafen@hsa.fhz.ch)