

- 23 Henkel, D., a.a.O., S. 90 ff.
- 24 Köster, H. u.a.: Alkoholismus als Karriere. Forschungsbericht, Düren, 1978.
- 25 Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Versorgungswesen, hrsg. vom Bundesminister f. Arbeit u. Sozialordnung, Bonn, 1973, S. 141.
- 26 Vgl. Rehabilitationsangleichungsgesetz § 7, Abs. 1 u. 2, 1974.
- 27 Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut des DGB (Hrsg.): Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Bund-Verlag, Köln, 1978.
- 28 Grundsätze für die Gewährung..., a.a.O., S. 15: »Kosten einer ambulanten Behandlung... werden grundsätzlich nicht übernommen.«

Horacio Riquelme

Übermäßiger Alkoholkonsum in Chile

Entstehungsbedingungen und sozialmedizinische Bewältigungsansätze

1. Epidemiologische Situation¹

Chile ist neben Costa Rica eines der lateinamerikanischen Länder, in dem seit Anfang der 50er Jahre das Alkoholproblem unter mehreren Gesichtspunkten am intensivsten erforscht worden ist. In mehr als zwei Jahrzehnten sind in Chile eine Fülle von Feldforschungen mit der zentralen Fragestellung der Alkoholismusprävalenz durchgeführt worden.

Nach diesen Untersuchungen sind 20 bis 25 % der männlichen Bevölkerung über 15 Jahre übermäßige Trinker, 5 - 7 % Alkoholranke. *Horwitz*² stellte in diesem Zusammenhang in einer für die Hauptstadt repräsentativen Auswahl eine eindeutige Korrelation zwischen niedrigem Bildungsniveau, geringem Familieneinkommen und hoher Alkoholismusprävalenz fest, so daß man in Chile von einer Art Armutsalkoholismus sprechen kann. Frauen und Kinder sind auch stark davon betroffen, ihre epidemiologische Erfassung ist jedoch bislang nur aus Sekundärdaten möglich gewesen.

Besonders eindrucksvoll sind die Feldstudien, die bei marginalisierten Gesellschaftsgruppen durchgeführt wurden. So z.B. die Untersuchung von *Marconi* und *Medina*³ über Trinkgewohnheiten und Alkoholismusprävalenz bei Mapuche-India-

nern in ihren Reservaten, wo sich folgende Situation aus der Betrachtung der Faktoren Altersgruppen und Trinkgewohnheiten bei den Männern ergibt: mäßige Trinker sind in der großen Mehrheit (zu 59 %) jünger als 29 Jahre, fast die Hälfte (49 %) der starken bzw. übermäßigen Trinker fällt in die Altersgruppe zwischen 20 und 39 Jahren und die große Mehrheit aller Alkoholabhängigen ist zwischen 30 und 49 Jahren alt (72 %).⁴ Die Lebenssituation dieser Indianer steht im Zeichen einer zunehmenden Verelendung als Folge ihrer Marginalisierung aus der kapitalistischen Wirtschaftsentwicklung des Landes.

In der chilenischen Gesellschaft stellt die Leberzirrhose eines der größten Probleme im institutionellen Gesundheitsbereich dar. Ihre außergewöhnlich große Häufigkeit - Chile erhebt den traurigen Anspruch auf die höchste Sterbeziffer an Leberzirrhose alkoholischen Ursprungs in der Welt⁵ -, die lange Dauer der Krankenhausbehandlung und die geringen Aussichten auf Heilung oder wenigstens auf eine längerdauernde Rehabilitation nehmen die knappen Krankenhauskapazitäten des nationalen Gesundheitswesens sehr stark in Anspruch. Die Angaben über die Bettenbelegung mit Patienten dieser Diagnose liegen bei etwa 30 % aller internistischen Krankenhausbetten.⁶

Die Leberzirrhose in Chile zeichnet sich sowohl durch große Häufigkeit als auch durch Frühzeitigkeit ihres Auftretens aus. Ihr kommt in der Altersgruppe zwischen 30 und 59 Jahren besondere Bedeutung zu, d.h. in der für die Gesellschaft produktivsten Lebensspanne.

Unter den Folgeerscheinungen übermäßigen Alkoholkonsums tritt die alkoholische Psychose am häufigsten auf. Der Anteil der unter dieser Diagnose aufgenommenen Kranken macht etwa 30 % aller psychiatrischen Patienten aus.

Bezüglich des gesellschaftlichen Verlustes infolge des Alkoholproblems sei noch einmal sowohl auf die Kapazitätsbelastung in der chilenischen Gesundheitsversorgung als auch auf die außergewöhnliche Frühzeitigkeit des Auftretens von Leberzirrhose mit tödlichem Ausgang, bedingt durch übermäßigen Alkoholkonsum, hingewiesen. Volkswirtschaftlich gesehen ist infolge von Trunkenheit oder deren Folgen ein Fernbleiben von der Arbeitsstelle von durchschnittlich 10 % zu verzeichnen, was einer Einbuße von schätzungsweise 2 % für das Bruttosozialprodukt gleichkommt.

2. Soziokulturelle Aspekte

Die Art und Weise, wie sich ein Allgemeinverständnis über den Alkoholkonsum und dessen Auswirkungen in der Bevölkerung bildet und weiterentwickelt, ist von zentraler Bedeutung für die sozialmedizinische Erarbeitung des Alkoholproblems. Der Alkoholkonsum einer Bevölkerung wird maßgebend von ihren soziokulturellen Eigenschaften geprägt.

M.E. muß jegliche Alkoholpolitik von den jeweiligen soziokulturellen Entstehungsbedingungen und den Gegebenheiten der Menschen ausgehen. Anstatt ausgefeilte und theoretisch hochgestochene Konzepte gegen den Alkoholismus zu entwickeln, die die Zielgruppe nicht aktiv miteinbeziehen, ist es notwendig, schon aus Respekt vor der kulturellen Identität der betreffenden Menschen, die Alkoholpolitik mit ihnen gemeinsam und damit für sie zu gestalten.

Die Rolle und Bedeutung des Konsums von alkoholischen Getränken in der chilenischen Bevölkerung läßt sich geschichtlich weit zurückverfolgen. Hierbei zeigt sich eine starke Beeinflussung dieses Konsums durch die allgemeinen sozioökonomischen Bedingungen.

Beispielhaft dafür sei hier die diesbezügliche Entwicklung bei den Mapuche-Indianern skizziert. Es läßt sich feststellen, daß sich entsprechend den *vier Phasen* soziokulturellen Wandels ebenfalls die jeweilige Bedeutung des Alkoholkonsums verändert hat:

1) die sogenannte Entdeckerphase und die ersten, meist fehlgeschlagenen Versuche der Unterwerfung der indianischen Bevölkerung durch die spanischen Kolonisatoren⁷.

Kollektiver Konsum von meist geringprozentigem Alkohol diente dem Angstabbau gegenüber Fremden und der Stabilisierung der Binnenstruktur der Stammeskulturen.

2) Die Zeit der sogenannten friedlichen Koexistenz zwischen Indianern und Kolonisatoren im 18. Jahrhundert. Die Koexistenz ist gekennzeichnet durch die Durchsetzung der Marktwirtschaft, die Verbreitung von hochprozentigem Alkohol, der - Ausdruck des Überganges zur Marktwirtschaft - meist in den Städten konsumiert und durch Getreide- und Viehverkäufe finanziert wird⁸.

Alkoholkonsum dient primär der individuellen Bewältigung der Spannungen in einer Phase der soziokulturellen Desintegration;

3) die gewaltsame Vertreibung der Indianer von ihren Stam-

mesgebieten durch die chilenische Armee in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Die drei wichtigsten Mittel, um den Widerstand der Indianer zu brechen, sind: Gewehre, Gesetze, Alkohol;

4) die Gegenwart. Die Mapuche, die bedeutendste Indianergruppe in Chile, stellen noch 5 % der Gesamtpopulation - 60 % der Bevölkerung gelten als Mestizen. Ritueller Alkoholkonsum ist in drei Zusammenhängen noch bedeutsam:⁹

- a) bei traditionellen Festlichkeiten, die z.T. durch den katholischen Einfluß überformt sind,
- b) bei Besuchen des städtischen Marktes,
- c) bei Arbeitspausen in der Landwirtschaft.

Für eine knappe Charakterisierung der gegenwärtigen Verhältnisse bei der Mehrheit der chilenischen Bevölkerung erscheint es mir angemessen, von einer 'alkoholisierten Lebensweise' zu sprechen.

Alkoholkonsum wird umweltmäßig sehr begünstigt. Die Arbeiterviertel bieten ein übermäßiges Angebot an Weinschenken, in der Mehrzahl 'Clandestinos'¹⁰, während im krassen Gegensatz dazu eine Unterversorgung an gemeinnützigen Einrichtungen von Lebensmittelläden bis hin zu Schulen und Polikliniken besteht.

Die staatlichen Aktivitäten, den Weiterbestand dieser Lokale zu unterbinden, sind ohne Rücksicht auf die umweltmäßige Integration des Clandestino in den Arbeitervierteln in der Regel repressiver Natur gewesen. Empfehlenswert wäre eher die Errichtung von alternativen Begegnungsstätten, die die integrative Funktion der Clandestinos übernehmen könnten.

Die existentielle Unsicherheit, die das Leben der großen Mehrheit der Chilenen prägt, begünstigt ebenfalls eine freizügige Alkoholeinstellung.

Sozialanthropologische Feldstudien zur Ermittlung von Gesundheits- und Krankheitskonzepten sowie Einstellung zum Alkoholkonsum in der chilenischen Bevölkerung machten das Vorhandensein mehrerer Kulturmuster bei den verschiedenen sozialen Klassen deutlich; danach besteht ein äußerst permissives Verhältnis zum Alkoholkonsum bei der Arbeiterklasse, insbesondere für die männliche Bevölkerung.

In diesem Sinne sind bestimmte Auffassungen und Bewertungen in der chilenischen Bevölkerung bezüglich der geschlechtsspezifischen Rollen sowie der Erwartungen, die in den Alkohol gesetzt werden, zu finden. So schreibt die Mehrheit der Chilenen dem Alkohol eine Reihe von vermeintlichen

Eigenschaften zu, beispielsweise:

- der Alkohol hilft gegen Kälte, ist Quelle der Freude und fördert die Freundschaft;
- Bier regt die Sekretion der Milchdrüsen an und ist deswegen gut für die Frau, die stillt;
- Wein ist im Grunde genommen ein Stärkungsmittel in allen Lebenslagen und erhöht die körperliche Leistungsfähigkeit;
- man muß schon dem kleinen Kind Wein geben, denn nur so wird es ein Mann;
- Betrunkensein ist Zeichen von Männlichkeit.

Dem sozialen Druck kommt eine zentrale Bedeutung für die kulturell bedingte Aufrechterhaltung dieser 'alkoholisierten Lebensweise' zu. Bei bestimmten Gelegenheiten muß einfach getrunken werden: An Festtagen wie Weihnachten, Neujahr, bei Kindstauen, Hochzeiten und Beerdigungen, nach dem Fußballspiel, ganz gleich, ob es gewonnen oder verloren wurde. Der Lohnzahlung am Wochenende folgt in der Regel ein massiver Alkoholrausch der Arbeiter; diese Gewohnheit erfaßt in manchen Berufssparten - Bergbau, Wohnungsbau, Landarbeiter u.a. - bis zu 50 % der männlichen Beschäftigten.

Der Betrunkene stellt für diese Arbeiter keine negativ besetzte Figur dar. Im Gegenteil entsteht, was seinen Rauschzustand betrifft, eine Art Solidarität der Entrechteten.¹¹

Kurzum, auf das Entstehen einer 'alkoholisierten Lebensweise' in einem großen Teil der chilenischen Bevölkerung wirkt sich folgende Faktorenkonstellation begünstigend aus: Eine materielle Grundlage liefert die große Weinproduktion, die mit Unterstützung einer aufdringlichen Werbung fast ausschließlich im Lande selbst konsumiert wird. Vor dem Hintergrund der sozio-ökonomischen Unsicherheit im Leben der Mehrheit der Bevölkerung erfüllt der Alkohol eine betäubende Funktion. Der übermäßige Alkoholkonsum wird auch durch eine - tief in der soziokulturellen Überlieferung verankerte - permissive Haltung gefördert. Die individuellen und sozialen Folgen dieses übermäßigen Alkoholkonsums werden von der Mehrheit der chilenischen Bevölkerung als im Bereich des 'Normalen' aufgefaßt und bewertet.

3. Kampagnen gegen den Alkoholismus

Der übermäßige Alkoholkonsum in Chile ist seit mehr als fünfzig Jahren als das größte Problem des öffentlichen Gesundheitswesens beschrieben worden. Seine Auswirkungen

haben einen nachhaltigen Effekt auf alle Ebenen des nationalen Lebens. Die Entwicklung der Einzelnen und Familien in gesellschaftlicher, ökonomischer und politischer Hinsicht wird unmittelbar negativ beeinflusst, der gesamtgesellschaftliche Prozeß wird mittelbar negativ beeinflusst.

Eine integrale Haltung - präventiv, heilend, rehabilitierend und forschend - gegenüber dem Alkoholproblem seitens des institutionellen Gesundheitswesens fehlt weitgehend. Es entsteht der Eindruck, daß das fachliche Personal allein durch die große Häufigkeit von Erkrankungen alkoholischer Ursache überfordert ist. Infolgedessen gleicht der professionelle Umgang mit dem Alkoholproblem oft eher der fachlichen Verwaltung einer nicht überwindbaren Durchseuchung in der chilenischen Bevölkerung.

Der übermäßige Konsum von alkoholischen Getränken ist jedoch kein Problem, welches ausschließlich im Gesundheitsbereich abgehandelt werden kann, denn sowohl in seiner Entstehung wie auch in seinen Folgen werden die Wechselwirkungen von Individuum, sozialem Feld und Alkohol deutlich sichtbar.

Beispielhaft für die herkömmliche sozialmedizinische Behandlung des Alkoholproblems war das »Nationale Programm für die Kontrolle des Alkoholismus und der Alkoholprobleme«, 1957, das das Problem auf kommunaler Ebene anzugehen beabsichtigte.

Dieses Programm war streng naturwissenschaftlich ausgelegt. Dies entsprach dem Geiste seiner Verfasser (bei denen es sich um medizinische Fachleute des Nationalen Gesundheitsdienstes und Experten der WHO handelte). Danach sollte ein medizinisches Behandlungszentrum pro 100.000 Einwohner errichtet werden, dieses sollte dem Club für geheilte Alkoholiker angeschlossen werden. Als Propagandamittel, das die Bevölkerung zur Teilnahme an dem Programm anregen sollte, wurde fotografisches und schriftliches Material verwendet, in dem die verheerenden biologischen Auswirkungen des Alkohols im menschlichen Körper aufgezeigt wurden.

Ein Vergleich dieser Strategie mit der einer Seuchenbekämpfung scheint nicht unangemessen. Die andersartige Wahrnehmung des Problems bei der Bevölkerung erklärt, daß dieses Programm kaum Rückhalt bei der Bevölkerung finden konnte.

Obwohl im Laufe von zehn Jahren 25 solcher Zentren entstanden sind, und die geheilten Alkoholiker sich in einer Dachorganisation zusammenschlossen, vermochte das Konzept

die harte Kruste der Interesselosigkeit in der Bevölkerung nicht zu durchbrechen, die Teilnehmer sonderten sich eher von den 'durchschnittlichen' Menschen ab und die medizinische Behandlung behielt meist individuellen Charakter, bei den Mitgliedern war eine starke Fluktuation zu verzeichnen. D.h. mangels innerer Dynamik konnte dieses Programm keine weiterreichenden Perspektiven für eine Lösung des Alkoholproblems im Ganzen bieten.

Erst Ende der sechziger Jahre bildete sich eine veränderte Wahrnehmung des Alkoholproblems bei einigen im medizinischen Sektor Studierenden und Tätigen heraus. Die Einsicht, daß die prekäre Situation, in der die Mehrheit der chilenischen Bevölkerung lebt, nur mit Unterstützung einer neuen, auf die Grundbedürfnisse der breiten Masse ausgerichteten Gesundheitspolitik geändert werden kann, führte z.B. zu der vorrangigen Einbeziehung von Gesundheitsproblemen in das Programm der Unidad-Popular-Regierung. Dieses Programm sollte die politischen, sozialen und ökonomischen Grundbedingungen aufzeichnen, die notwendig sind, um eine gerechtere Gesellschaftsform zu erringen. Von den vierzig Erstmaßnahmen des Regierungsprogrammes bezogen sich sieben auf den Bereich Gesundheit.¹²

Die Bewältigung des Alkoholproblems sollte in Angriff genommen werden mittels Durchführung bevölkerungsnaher Programme und der Förderung von Initiativen an der Basis, anstatt sich auf einen breiten und oberflächlichen Apparat zu stützen. Man erwartete dadurch, die oben erwähnten Organisations- und Kontaktschwierigkeiten herkömmlicher Versorgungsmodelle zu überwinden.

Mit Unterstützung von Universitätsangehörigen und dem Nationalen Gesundheitsdienst wurde eine Kampagne gegen den Alkoholismus in Armutsgürteln von Concepcion von 1968 bis zum reaktionären Militärputsch 1973 durchgeführt, die eine auf Verständnis und Solidarität basierende Zusammenarbeit zwischen Slumbewohnern, Studenten aus dem Gesundheitssektor und Gesundheitspersonal anstrebte. Wir als damalige Studenten und Mitgestalter gingen in diesem Projekt von der Überzeugung aus, daß sozialbedingte Krankheiten, die der Armut, Unwissenheit und dem Fatalismus unseres Volkes entspringen, nur im Rahmen eines sozialen Wandlungsprozesses zu bewältigen sind und, daß Erziehung, wie *Paulo Freire* sagt, nicht eine domestizierende, sondern eine befreiende Praxis bilden muß.

Aus dem bislang Ausgeführten sind zwei Aspekte des Alkoholproblems für die Durchführung dieses Projekts wichtig gewesen:

1. Arbeiterklasse und Marginalisierte einschließlich der Mapuche-Indianer machen in Chile 7 von 10 Millionen Einwohnern aus, sie sind aufgrund der den übermäßigen Alkoholkonsum fördernden kulturellen Überlieferung einem größeren Risiko ausgesetzt, alkoholkrank zu werden - d.h. in physische und psychische Abhängigkeit vom Alkohol zu geraten.

2. Das Vorhandensein von unterschiedlich ausgeprägtem Gesundheits- und Krankheitsverständnis bei diesen sozialen Gruppen und bei den im Gesundheitsbereich Beschäftigten bedingt das Entstehen einer »kulturellen Barriere« zwischen der Comunidad und den Gesundheitsdiensten.

Die Vermutung, daß die traditionellen Antialkoholismusprogramme, die in der Regel von Experten aus dem Mittelstand ausgearbeitet wurden, an diesen Verständigungsschwierigkeiten gescheitert sind, liegt nahe.

Aus diesen Gründen mußte ein Strukturmodell gefunden werden, das diese »kulturelle Barriere« berücksichtigt, dabei sollten die Universität als Kulturträgerin und Ausbildungsgagentur, die Gesundheitsdienste als wenig in Bürokratisierung erstarrte Institutionen und die Comunidad als Mitgestalterin der Kultur und aktive Teilnehmerin im sozialen Geschehen nicht weiterhin als getrennte Einheiten nebeneinanderstehen. Es sollte sich vielmehr ein Modus zur allmählichen Aufhebung der asymmetrischen Kommunikation untereinander entfalten können.

Als eine konkrete Umsetzung dieses neuen Versorgungskonzeptes kann die Tätigkeit von Slumbewohnern und Medizinstudenten an den peripheren Polikliniken in Concepcion bis 1973 betrachtet werden.

Dabei wurde der geheilte Alkoholiker zu einer wesentlichen Schlüsselfigur zwischen seiner Comunidad und dem Gesundheitssystem. Von Universitätsangehörigen erhielt er Unterricht über Ursachen und Folgen des Alkoholismus sowie die Behandlungsmethoden und Kriterien, die eine Überweisung des Betroffenen an einen Arzt erforderlich machten. Damit verfügte er über Basisinformationen für solidarische Erziehungsarbeit in seiner Comunidad, die ihn in dieser Aufgabe akzeptierte: Seine eigenen Erfahrungen, kulturellen Vorstellungen und wirtschaftlichen Elendsbedingungen deckten sich mit denen seiner Nachbarn und betreuten Alkoholkranken. Sie alle teilten

eine gemeinsame Sprache. Der neue Volksheilkundige in Sachen Alkoholismus war selbst in der Lebenswirklichkeit der Alkoholkranken verwurzelt und konnte daher die Heilbehandlung verfolgen und fördern, wie es kein Arzt von außen hätte machen können.

Die Tätigkeit dieses Volksheilkundigen entfaltete sich im Rahmen des folgenden Organisationsmodells¹³. Dieses Modell umfaßt fünf Ebenen der zu delegierenden Funktionen in der Kampagne gegen den Alkoholismus und bildet eine strukturierte Pyramide.

Abbildung 1

D1	D1 = Arzt und/oder Medizinstudent
D2 D2 D2	D2 = Sozialarbeiter, Krankenschwester, Hebamme
D3 D3 D3 D3 D3	D3 = formeller Lider ¹⁴ der Comunidad: Lehrer, Priester, Vertreter der Basisorganisation
D4 D4 D4 D4 D4 D4 D4	D4 = informelle Lideres der Comunidad: geheilte Alkoholiker
D5 D5 D5 D5 D5 D5 D5 D5 D5	D5 = die Comunidad im Lernprozeß

Dieses Organisationsmodell ermöglichte in der Tat eine bessere Aufgabenverteilung zwischen den Verantwortlichen der Gesundheitsversorgung und den Comunidadmitgliedern.

Mit Hilfe von Diskussionsleitlinien wurde durch die informellen Lideres - Ebene D4 - ein Prozeß der Bewußtseinsbildung über das Alkoholproblem in der unmittelbaren Erfahrungswelt der Comunidadmitglieder eingeleitet.

Medizinisches Wissen und organisatorische Anregungen des Arztes bzw. der Medizinstudenten höherer Semester gelangten mit einem Multiplikatoreffekt in die Comunidad.

Dadurch wurden nicht nur strukturelle Bedingungen für einen gerechteren Gesundheitsdienst an der Basis geschaffen, es konnten darüberhinaus in Ansätzen der Status der Comunidad als aktiver Teil der Gesundheitsversorgung und die Berufsrollen des Gesundheitspersonals als Erzieher und Koordinator in der Comunidad neu definiert werden.

Funktionseinheit dieses Organisationsmodells waren in Concepcion die Brigaden zur Arbeiterbefreiung (so genannt, weil die Heilung des Arbeiters vom Alkoholismus eine wirkungsvolle Form der Befreiung darstellt¹⁵). Zu diesen Brigaden gehörten in Behandlung befindliche bzw. ehemalige Alkohol-

krankte (D4) und sonstige interessierte Comunidadmitglieder sowie einige Universitätsangehörige.

Die Leitung der Brigade lag bei den daran beteiligten Slumbewohnern. Ärzte und Studenten führten lediglich die ärztliche Eingangsuntersuchung sowie die Überwachung der pharmako- und verhaltenstherapeutischen Maßnahmen während der Entziehungskur durch.

Um die Anwerbung neuer Alkoholkranker sowie die massive Prävention des Alkoholismus zu fördern und dadurch die soziale Relevanz der Brigade zu erweitern, wurde die Durchführung folgender Aktivitäten durch die Brigade angestrebt:

1. Herstellen von Wandbildern mit Motiven des Alltags zu Slogans wie »gegen den Wein kämpfen, ist eine Schlacht gegen die Misere führen« etc.;
2. durch Flugblätter und Transparente ständig die Aufmerksamkeit der Bevölkerung auf das Alkoholproblem lenken;
3. die Veranstaltung von regionalen und überregionalen antialkoholischen Tagungen, welche erfahrungsgemäß einen nachhaltigen Erfolg erbringen;
4. die Ausrichtung von Freizeitaktivitäten mit Arbeitern und deren Familienangehörigen (Exkursionen, Gesellschaftsspiele, Sport u.a.). Diese Aktivitäten sollten zur positiven Verstärkung der Therapie beitragen, indem sie den Einzelnen in die Gruppe einbeziehen und den üblicherweise geschädigten Familienkern zusammenführen helfen;
5. Gründung einer Frauenbrigade zur Einbeziehung der Partnerinnen ehemaliger Alkoholkranker in das Programm. Auf diese Art und Weise erhalten sie die Möglichkeit, über die Alkoholkrankheit ihrer Männer zu lernen und an deren Behandlung aktiv teilzunehmen. Von Vorteil ist für die Frauen die allmähliche Aufhebung des kulturbedingten Eindrucks der Schicksalhaftigkeit der Alkoholabhängigkeit ihrer Männer. Darüberhinaus erweitert ihre Teilnahme an verschiedenen politischen und kulturellen Tätigkeiten in ihrer Brigade (Theaterspielen, Seminare, Gründung einer Bibliothek etc.) ihren Wahrnehmungshorizont und fördert die Solidarität unter ihnen;
6. Gründung einer Jugendbrigade zum Einsatz in der präventiven Tätigkeit der jüngeren Altersgruppen;
7. Förderung einer handwerklichen Arbeitsstätte, denn diese kommt dem bedrückenden Problem der Dauerarbeitslosigkeit bei vielen Alkoholkranken entgegen, garantiert ein gewisses Familieneinkommen und bedeutet für den Betroffenen nicht zuletzt ein Stück therapeutischer Hilfe.

Im großen und ganzen stellte sich das Herangehen an die Überwindung des Alkoholproblems im Rahmen des oben beschriebenen Projektes als eine Möglichkeit für alle Beteiligten dar, auf die alkoholismusfördernden sozialen Bedingungen

Einfluß zu üben. Für den alkoholkranken Bewohner von Slumvierteln zeigte sich dieses Vorhaben in einer solidarischen Praxis, wobei von ihm selbst, in einem für ihn annehmbaren sozialen Rahmen, eine kritische Verarbeitung des Problems erfolgen konnte, d.h. mit seinen Worten und Denkinhalten, begleitet von tatkräftiger Unterstützung der Gemeinde und engagierten Mithelfern.

Ergebnisse: Da dieses Projekt sich in einem frühen Entwicklungsstadium befand und von seinem Ansatz her vielmehr auf eine sozial wirksame als auf eine akademische Verbreitung hinzielte, kann man zunächst nicht mit den üblichen statistischen Methoden an seine Überprüfung herangehen, ganz abgesehen davon, daß die poliklinikeigenen Register sowie die Protokollbücher (Tagebücher) der Brigaden nicht mehr zugänglich sind.

Bis Ende 1972 gab es in den meisten Elendsvierteln der vier größten Städte Chiles derartige Brigaden, die im Begriff waren, sich in beachtenswerter Weise weiter auszudehnen.

Eine direktere Vermittlung als die durch Ausarbeitung statistischen Materials könnte eine Situationsbeschreibung aus der Sicht der Betroffenen bewirken:

»Ohne Alkohol im Haus hat sich unser Leben total verändert. Seitdem mein Mann nicht mehr trinkt, muß ich nicht mehr täglich seinen Rausch über mich ergehen lassen wie vorher. Es gibt jetzt auch wieder mehr Lebensmittel bei uns, und er hat Material gekauft, um am Haus etwas auszubessern...

Ich habe jetzt vieles gelernt, wovon ich vorher keine Ahnung hatte. Jetzt hat sich für uns alle ein Fenster aufgetan, auch die Kinder müssen weniger Not leiden«¹⁶.

Kommentar: Dieser Alkoholismuskampagne lag die Einsicht zugrunde, daß Alkoholismus nicht allein mit einem idealistischen moralischen Engagement, nicht von oben und nicht in der Anonymität erfolgreich angegangen werden kann, daß der Ort der Auseinandersetzung nicht in erster Linie die Klinik, sondern die Gemeinde sein muß, daß die Kampagne weniger in einer Behandlung des einzelnen Alkoholikers als in einem kontinuierlichen Dialog mit dem Betroffenen erfolgen muß.

Diese sozialmedizinischen Erfahrungen wurden bekanntlich durch den Militärputsch gewaltsam unterbrochen. Es gilt, sie in Erinnerung zu behalten und sie unter veränderten sozialpolitischen Bedingungen eines Tages in Zusammenarbeit mit der betroffenen Bevölkerung fortzusetzen.

Anmerkungen

1. Zu einem näheren Verständnis der Lebensbedingungen und Gesundheitssituation der chilenischen Bevölkerung s. *Initiativkreis »Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt«* in: Argument-Sonderband 4, S. 280-293. Berlin 1974 und des chilenischen Gesundheitswesens *Vallejos, H.* in: Argument-Sonderband 8, S. 260-274. Berlin 1976.
2. *J. Horwitz et al.* Investigaciones epidemiológicas acerca de la morbilidad mental en Chile, in: Revista Servicio Nacional de Salud 3, pp 277-309. Santiago de Chile 1958.
3. *E. Medina y J. Marconi.* Prevalencia de distintos tipos de bebedores de alcohol en adultos mapuches de zona rural de Cautin, in: Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina 16, pp 273-285. Buenos Aires 1970.
4. Hier scheint sich die These von *Jellinek* über den kontinuierlich zur Krankheit führenden Verlauf von übermäßigem Alkoholkonsum voll zu bestätigen. Vgl. *Jellinek.* Phases in the Drinking History of Alcoholics, in: Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 6, pp 1-88. New Haven 1946.
5. 35,7 Todesfälle auf 100.000 Einwohner über 15 Jahre (Quelle: *E. Medina et al.*, s.Anm.6)
6. Vgl. *E. Medina et al.* Epidemiologia de la cirrosis hepática en Chile, in: Revista Médica de Chile, 102, pp 466-487. Santiago de Chile 1974.
7. Vgl. *Mariño de Lobera.* Crónica del Reino de Chile. Lima 1594.
8. Vgl. *Guevara Silva, T.* Historia de la civilización de la Araucanía. Santiago de Chile 1902.
9. S. dazu *C. Lomnitz.* Alcohol and Culture: The historical Evolution of Drinking Patterns Among the Mapuche, in: Cross-Cultural Studies on Alcohol. *Everett, M. et al.* The Hague - Paris 1976.
10. Clandestino: Illegaler Weinverkäufer in den Arbeitervierteln, der in seiner Bretterbude Alkohol ausschenkt.
11. *Paulo Freire* in »Pädagogik der Unterdrückten«, Reinbek 1973, vermittelt anschaulich diesen Prozeß bei den Betroffenen:
 »...diskutierte eine Gruppe von Hochhausbewohnern eine Szene, die einen Betrunknen zeigte, der auf der Straße lief, sowie drei junge Männer, die sich an der Ecke unterhielten. Die Gruppenteilnehmer bemerkten: 'Der einzige, der da produktiv ist und nützlich für sein Land, ist der Kerl, der nach Hause zurückkehrt, nachdem er den ganzen Tag für einen geringen Lohn gearbeitet hat, und der sich um seine Familie sorgt, weil er ihre Bedürfnisse nicht befriedigen kann. Er ist der einzige echte Arbeiter und ein Säufer wie wir'«.
12. *S. Initiativkreis*, a.a.O. S. 282
13. Vgl. *Marconi*, Barreras culturales en la comunicación que afectan el desarrollo de programas de control y prevención de alcoholismo, in: Acta psiquiat. psicol. Amer. lat, 15 pp 351ff. Buenos Aires 1969.
14. Lider ist die Bezeichnung in der Alltagssprache für die Person, die

andere in den Aktivitäten der Comunidad anleitet und/oder zur Zusammenarbeit anregt. Der Begriff ist aus dem englischen 'leader' vor etwa 15 Jahren ins Spanische übernommen worden und kann nicht mit der sozialen Besetzung des Begriffes 'Führer' gleichgesetzt werden.

15. S. Barudy y Vasquez. Las brigadas de liberación obrera, in: Medicina. Concepcion, Chile 1972.
16. Aus U. Bernauer: Participation, eine gesundheitspolitische Strategie in Lateinamerika. Inaugural Dissertation. Freiburg 1977 (S. 243).