



## Rahmenbedingungen und Entwicklungen der stationären Therapie in der Schweiz

---

Input-Referat im Rahmen einer internen Veranstaltung der Suchthilfe Region Basel SRB  
am 7. Juni 2001 in Basel

© Ueli Simmel, KOSTE

Vielen Dank für die Einladung, der ich sehr gerne gefolgt bin. Es ist auch für uns als Koordinationsstelle immens wichtig, im direkten Kontakt mit der Anbieterseite zu stehen – gerade in so schwierigen Entscheid-Situationen, die einem beinahe Orakelhafte Qualitäten abverlangt in einer Zeit, in der fast kein Bereich in der Suchthilfe **nicht** in Bewegung oder Diskussion wäre.

Ich sehe meinen Beitrag darin, mit dem Inputreferat im Sinne des Wortes eine Auslegeordnung zu machen, Denkanstösse für die Gruppendiskussionen zu liefern, nicht etwa vorgefertigte Statements oder gar Antworten zu geben, schon eher Fragen zu stellen.

Nun ist es bei strategischen Entscheiden üblich - weil meistens hilfreich -, wenn man ab und zu über die Schulter zurückschaut und sich die Entwicklungen der letzten Zeit in Erinnerung ruft.

Nun, ich habe diesen Blick zurück mal versucht und – sicher nicht systematisch – aber wie mir scheint zu ein paar Punkten doch recht interessante Anhaltspunkte gefunden.

	<b>1987.....1989</b>	<b>1993</b>	<b>1997.....2000/2001</b>
Ø Belegung durch „Ausserkantonale“		66% <sup>1</sup>	50% <sup>3</sup>
Ø Auslastung	74% <sup>2</sup>	88% <sup>1</sup>	79% <sup>3</sup>
Grund f. Wartefristen			
Langzeit-Konzepte (> 12 Monate Aufenthalt)		80% <sup>1</sup>	
erstmals in stationärer Rehabilitation		70% <sup>1</sup>	
Frauenanteil	1987: 31% <sup>4</sup> 35% <sup>2</sup>	26.5% <sup>1</sup>	
MassnahmeklientInnen		33% <sup>1</sup>	
Durchschnittsalter		26 <sup>1</sup>	Xx <sup>5</sup>

---

#### Quellen:

<sup>1</sup> FSG/OSSA (1994): „Reha 2000“

<sup>2</sup> VSD–Umfrage, 1989: „Die stationäre Drogentherapie im Frühjahr 1989“. Manuskript, Dornach.

<sup>3</sup> KOSTE / SDSS, seit 2000: „Stichtagserhebung“ oder „Datenbank Stationäre Therapieeinrichtungen“

<sup>4</sup> Olgiati, 1987: „Das Problem AIDS in der stationären Drogenrehabilitation“. Med. Diss.; Juris-Verlag, Zürich.

<sup>5</sup> FOS, ISF-ZH: div. Jahresberichte

<sup>6</sup> Herrmann u.a.,1999: Finanzierung Suchttherapie.

Ø Aufenthaltsdauer			319 Tage <sup>6</sup>
Ø Tagespauschale		SFr. 200.-- <sup>1</sup>	SFr. 200.-- <sup>3</sup>

Bis Mitte 70er Jahre: „engagierte Grossfamilien“ im Sinn klassischer therap. Gemeinschaften  
= Grundlage für die Vorherrschaft des sozio-/milieutherap. Ansatzes

Professionalisierung:  
setzt ein

- spezifische Weiterbildungsangebote entstehen
- Konzepte werden erarbeitet und verfeinert
- Fach- / Berufsverbände entstehen
- beginnende Institutionalisierung der Arbeit

Ausgangs 80er Jahre:  
bis Mitte 90er

- Nachfrage ist grösser als Angebot
- schnelle Ausweitung des Angebots, Expansion des Markts (teilweise unkontrolliert, inhaltlich nicht abgestimmt)
- Abstinenzorientierung ist DER Ansatz
- Erste Korrektur-/Kontrollinstrumente werden nötig (VSD-Rahmenbedingungen, KKBS-Richtlinien)
- Die in stationären Therapien erbrachten Leistungen werden pauschal unter dem Übertitel Drogentherapie geführt

Seit Anfang 90er Jahre:

- Psychiatrie / Medizin meldet sich im Suchtbereich zurück
- Niederschwellige Angebote mit med. Betreuung
- Aids-präventive Massnahmen
- Methadonbehandlungen
- Heroingestützte Behandlungen
  
- Drogenpolitisch hat sich das 4-Säulen Modell etabliert

Mitte / Ende der 90er Jahre:

- Angebot beginnt Nachfrage zu übersteigen; Konkurrenz im stat. Bereich nimmt zu
- Kostenträger drücken die Preise
- „Abbruchtage“
- Kostenlimiten (auch seitens Massnahmen) werden etabliert
- Kostenträger knüpfen Bedingungen an die Bezahlung der Leistungen (z.B. Einführung von QMS)
  
- Drogenhilfe-Angebot ist diversifiziert
  
- Auswahl an Angeboten kann „konsumiert“ werden
  
- Unqualifizierte, ideologische Ansätze haben kaum noch Chancen

Legitimationsdruck gegenüber den häufig identischen Geldgebern (positiv bewertet sind offenkundig *grosse Nachfrage, hohe Auslastung, lange Halte- und hohe Erfolgsquoten,*

---

*günstiges Angebot...*) führt dazu, dass sich die verschiedenen Angebotssegmente konkurrenzieren, statt sich zu ergänzen.

Wichtige Faktoren, die die zukünftige Entwicklung der Suchthilfe beeinflussen, lassen sich etwas vereinfachend und polarisierend in einem optimistischen und pessimistischen Szenario gegenüberstellen:

<b>Kriterien</b>	<b>Optimistisches Szenarium</b>	<b>Pessimistisches Szenarium</b>
Einstellung der Bevölkerung zu Drogen und Konsum	<b>Differenzierung und Versachlichung</b>	Undifferenziert und emotional
Entwicklung in der Drogenszene	<b>Integration und Entschärfung der Situation</b>	Kriminalität und Verwahrlosung
Lösung der Frage der Legalität / Illegalität des Konsums	<b>Konsens in den politischen Gremien</b>	Starke Polarisierung in den politischen Gremien
Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Fachpersonen	<b>Kooperativ und innovativ</b>	Zersplittert und gegenseitige Bekämpfung
Entwicklung in der Drogentherapie	<b>Kombinierte neue Behandlungsansätze</b>	Unqualifizierte, ideologische Konzepte

## Thesen

---

Für die Diskussion möchte ich zu weiteren Punkten noch ein paar Thesen aufstellen:

### Zukunft

Hinsichtlich der Qualitätssicherung nimmt die stationäre Therapie im Suchthilfebereich die Stellung einer Vorreiterin ein.

Das neue Finanzierungsmodell wird die Therapie-Gestaltung beeinflussen.

Die Rahmenbedingungen der stationären Therapie für Drogenabhängige werden in den nächsten 3 Jahren stark umgestaltet.

Kleinere Einrichtungen werden es schwerer haben als grössere.

Das BSV spielt in der stationären Therapie die Rolle des Schrittmachers, trotz "nur" 19% Finanzierungsanteil (1997).

Die stationären Einrichtungen stehen in Konkurrenz. Bei den Platzierungen entscheiden meistens nicht mehr fachliche Kriterien, sondern die KlientInnen entscheiden nach Taschengeld, Freizeitmöglichkeiten, Ausgangsregeln. Die Therapiezentren können in dieser Situation ebenfalls weniger auswählen, wer speziell zu den Schwerpunkten der Einrichtung passt.

### Die Klientel

Die Klientel wird schwieriger, komplexe psychische Problemkonstellationen, mit politoxikomanen Abhängigkeitsmustern und nicht mehr substanzgebundenen Suchtproblemen nehmen weiter zu.

Viele Betroffene verfügen über deutlich weniger Ressourcen, sind aber zunehmend auch auf medizinische Hilfe (Medikamente wie Psychopharmaka, Neuroleptika, usw.) angewiesen. Es sind zusätzliche Abklärungen (medizinisch/psychiatrisch) mit zunehmender Administration erforderlich.

Es kommen weniger Frauen und mehr Klienten im Massnahmevollzug.

Die Zusammensetzung ist multikulturell, zunehmend Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Das Aggressionspotential ist höher.

Es gibt eine Gruppe von KlientInnen, die immer wieder in Behandlung kommen müssen – ähnlich wie im Alkoholbereich.

Der Rehabilitationsauftrag im klassischen Sinn, nämlich die KlientInnen wieder in die bestehenden gesellschaftlichen Strukturen einzugliedern - wird schwieriger bis teils gar nicht mehr erfüllbar.

Der Betreuungsaufwand nimmt durch die oben beschriebenen Veränderungen deutlich zu.

### Anschlussprogramme

Für KlientInnen mit psychischen Problemen ist die Situation unbefriedigend und die Suche aufwendig. Meistens können keine längerfristig zufriedenstellende Situationen gefunden werden.

### Aufwandsverlagerung

Klassische sozialarbeiterische Aufgaben wie Lohn- und Rentenverwaltungen werden von den platzierenden Gemeinwesen (inkl. Massnahmevollzug) an die Therapiezentren delegiert.

Es werden Zusatzleistungen verlangt, ohne sie aufwandsgerecht zu entschädigen.

Transporte müssen zusätzlich übernommen werden. "Time Outs" im Entzug sind wegen Finanzierungsfragen immer schwieriger zu realisieren, wären aber als therapeutische Intervention sehr wichtig.

Die Kostenträger versuchen, bei Abbrüchen die bezahlten „Abbruchtage“ zu drücken.

### **Administration**

Der Aufwand für Dokumentation (= immer auch Legitimation der Arbeit) Statistiken, Anfragen, Formulare und Berichte nimmt zu.

### **Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**

Die oben skizzierten Veränderungen verlangen von den MitarbeiterInnen zunehmend mehr ab; sie werden verunsichert.

Das Budget wird enger oder ist unklar; Existenzängste, ob und wie es weitergeht, sind eine unvermeidliche Folge. Mit denselben Stellenprozenten muss quantitativ und qualitativ weit mehr Arbeit bewältigt werden. Burn outs nehmen zu, der Anteil Männer im Personal nimmt dagegen ab.

Man(n) sieht sich nach verlässlicheren Jobs um; die günstige Konjunktur und ein trockener Arbeitsmarkt begünstigen Stellenwechsel.

Es besteht die durchaus berechtigte Sorge, dass angesichts der momentan unsicheren Finanzierungsgrundlage eine Indikation nicht nach fachlichen Kriterien gestellt, sondern in der Hauptsache nach finanziellen Überlegungen entschieden wird. Die Einschränkung der Wahlfreiheit für eine Behandlung wird zum Thema der fachlichen Auseinandersetzung werden.

### **Institutionelle Vernetzung**

wird sich zukünftig als Marktfaktor erweisen, weil eine Institution

- besser
- schneller
- detaillierter

die Bedürfnisse ihrer verschiedenen KundenInnen kennt und – auch konzeptionell – darauf reagieren kann.

Ich hoffe, mit meinem Referat den Auftrag, Gedankenanstöße resp. Inputs für die Diskussion zu liefern, mehrheitlich erfüllt zu haben.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.

## **Leistungskürzungen der Invalidenversicherung Ständerat gibt letzte Überbrückungshilfe für Suchttherapie**

---

*Bern (sda)* Wie der Nationalrat will auch der Ständerat keine Schwächung der Suchttherapie. Er hat deshalb am Mittwoch ein Postulat überwiesen, das für die Suchthilfe-Institutionen einen Überbrückungskredit verlangt, bis neue Finanzierungsmodelle greifen.

Der Nationalrat hatte das als Petition eingereichte Begehren zahlreicher Suchttherapie-Organisationen vom Januar 1998 als Motion gutgeheissen. Weil Sucht im Sinne des Gesetzes keinen Gesundheitsschaden darstellt, kam es bei der IV zu Leistungskürzungen. Dies brachte viele Institutionen in finanzielle Bedrängnis.

Gemäss Betäubungsmittelgesetz ist die Suchttherapie Kantonssache. Durch die Anpassung der IV-Praxis ans Gesetz, brach eine seit langem schwelende Krise aus. Instabile Nachfrage, mangelnde Transparenz vieler Institutionen bei Kosten und Qualität sowie die mangelnde Bereitschaft vieler Gemeinden zur Mitfinanzierung von Therapien verschärften das Problem.

Das Eidgenössische Departement des Innern entwickelt derzeit zusammen mit den Kantonen und Institutionen ein Finanzierungsmodell, das ein bedarfsgerechtes Angebot sichern und zugleich Transparenz herstellen soll. Um die finanzielle Unsicherheit bis dahin zu überbrücken, sprach das Parlament 1999 einen Kredit von 18 Millionen Franken. 2000 folgte ein zweiter.

Der Ständerat regte nun mit dem Postulat einen weiteren - «allerdings letzten» - Überbrückungskredit an, wie Christine Beerli (FDP/BE) hervorhob. Bundesrätin Ruth Dreifuss stellte einen Kreditantrag auf Ende Jahr in Aussicht. Zudem liefen derzeit Gespräche mit den Kantonen.

6.6.2001