

Stationäre Suchttherapie – neue Ansprüche und Herausforderungen

Sozial- und suchtpolitische Anliegen haben derzeit einen schweren Stand. Wie nie zuvor laufen Angebote in den Politikbereichen Gesundheit und Soziales permanent Gefahr, in die sparpolitisch gestellte Kostenfalle zu tappen.

UELI SIMMEL,
FRANZISKA ECKMANN,
NICOLAS DIETRICH*

Obwohl die Situation durchaus als kritisch bezeichnet werden muss, wird in der Suchthilfe nicht gemeinsam um Lösungen gerungen, sondern immer noch in Fraktionen gedacht und gehandelt. Und deshalb wird die Auseinandersetzung zwischen den VertreterInnen der verschiedenen Ansätze zwar durch Fach- und Wissenschaftlichkeit leicht kaschiert, letztendlich ideologisch geführt.

* Ueli Simmel, Lic. phil., Psychologe FSP, Universität Fribourg, Leiter der Schweizerischen Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich KOSTE. Email: u.simmel@koste-coste.ch
Franziska Eckmann, Lic. phil., dipl. Sozialarbeiterin, Universität Fribourg, Stellvertretende Leiterin der Schweizerischen Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich KOSTE. Email: f.eckmann@koste-coste.ch
Nicolas Dietrich, Lic. rer. pol., Universität Genf, Wissenschaftlicher Adjunkt der Schweizerischen Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich KOSTE. Email: n.dietrich@koste-coste.ch
Kontakt: Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich KOSTE, Eigerplatz 5, Postfach 460, 3000 Bern 14, Tel. 031/376 04 01 Fax: 031/371 04 04, office@koste-coste.ch, www.koste.ch.

Suchtarbeit im Schnittpunkt von zwei Versorgungssystemen

Ein Teil dieser Auseinandersetzung lässt sich allein schon damit erklären, dass mit der Diversifizierung der Behandlungsformen verschiedene Berufsgruppen für sich die Definitionsmacht und Hauptkompetenz über die Suchtbehandlung beanspruchen, insbesondere mit dem Aufeinandertreffen des medizinischen und sozialtherapeutischen Paradigmas. Ein eindrückliches Beispiel liefern Meili et al. (2004) in der letzten Ausgabe des Suchtmagazins:

«Ein wichtiger Grund für das Festhalten an der Abstinenz als oberstem Behandlungsziel dürfte sein, dass wohl in keinem anderen Gebiet der Medizin derart viele verschiedene, teils konträr positionierte Kräfte bei der Gestaltung des Hilfsangebots mitmischen, wie im Bereich der illegalen Drogen. Weitgehend moralische und normative Ansätze, die Strömungen aus der Bevölkerung, der politischen Parteien, der Sozialämter, der Justiz und der Polizei entstammen, bestimmen die Rahmenbedingungen von Behandlungen. Dies wird dann Drogenpolitik genannt. In keiner anderen medizinischen Disziplin würde eine derartige Einmischung akzeptiert.»

In geradezu exemplarischer Weise werden nicht nur Sozialisationsdefizite und soziale Folgen, sondern auch psychologische, soziologische und pädagogische Kenntnisse und Erfahrungen ausgeblendet. Jede psychische Auffälligkeit wird als Komorbidität psychiatrisiert und damit grundsätzlich als Krankheit vereinnahmt. Die Abhängigkeit insbesondere von so genannten harten Drogen wird als chronische Krankheit verstanden, die zwar in erster Linie mit medizinischen Mitteln und Methoden behandelt – aber da chronisch – eben nicht geheilt werden kann.

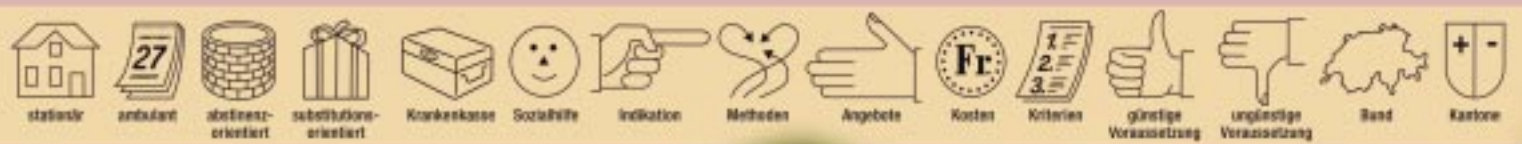
Eine derart einseitige und verkürzte Sichtweise ist hoffentlich als eine – wenn auch etwas ungewöhnlich vorgebrachte – Einladung zur Fachdiskussion zu verstehen, ansonsten müsste von einer déformation professionnelle im fortgeschrittenen Stadium ausgegangen werden.

Abstinenz- und Substitutionsparadigma

Irritierend mutet im erwähnten Artikel die fast schon klassisch zu nennende, obligatorische Forderung an, «das Abstinenzparadigma» doch endlich fallen zu lassen. Da werden Partial-sichtweisen, die anhand der Erfahrungen mit bestimmten Zielgruppen entstanden sind – und dort auch durchaus zutreffen mögen – ohne zu zögern als für alle Suchtmittel-Konsumierenden geltend generalisiert.

Ohne hier die offensichtlich notwendige Diskussion führen zu können: eine solche Haltung muss sich dem Vorwurf stellen, als «Substitutionsparadigma» genau den gleichen, nicht zu rechtfertigenden Ausschliesslichkeitsanspruch zu erheben, den man dem Abstinenzparadigma alter Prägung – durchaus zu Recht – zum Vorwurf gemacht hat. Dieser Streit zwischen Abstinenz- und Substitutionsparadigma wirkt, wenn nicht schädlich, so zumindest blockierend auf die Entwicklung von Fachwissen und adäquaten Interventionsstrategien (vgl. Fleischmann, 1999), denn der Vorschlag der Einführung neuer Begrifflichkeiten wie z.B. «abstinenzgestützt» führt letztlich ebenso wenig weiter wie die Kreation des Begriffs «ausstiegsakzeptierend» als Beschreibung einer Werthaltung.

Aber vielleicht ist dieses Gezänk ja nur Ausdruck des aktuellen Zustandes in der schweizerischen Suchtarbeit. In den letzten Jahren wurde mit dem Auf- und Ausbau eines diversifizierten Behand-



lungsangebots viel erreicht. Die traditionellen Begriffskonstrukte werden der heute gelebten Realität nicht mehr gerecht. Die gemeinhin noch als «abstinenzorientiert» bezeichneten stationären Therapien nehmen schon längst auch Personen in Substitutionsbehandlung auf. Im Gegenzug suchen ursprünglich klassisch ambulant konzipierte Angebote, bis hin zur Heroingestützten Behandlung, immer wieder Möglichkeiten zumindest zeitweiser halbstationärer oder stationärer Platzierung zur Stabilisierung ihrer PatientInnen und profitieren damit von den Erfahrungen, die diese Einrichtungen auf der Basis sozialisationstheroretischen Wissens insbesondere bei Fragen der sozialen und beruflichen Integration aufgebaut haben. Wie anders wäre es zu erklären, dass selbst hardliner-Substitutionsparadigmatischer Tagesstrukturen, Notschlafstellen und andere, sozialen Halt gebende Angebote fordern.

Abstinenz – eines unter vielen Behandlungszielen

Abstinenz als oberstes Ziel hat seinen Absolutheitscharakter längst verloren

und ist zu einem unter vielen Behandlungszielen geworden. Gleichwohl hat die Ausstiegsfrage – gerade in den unzulässig als dem Abstinenzparadigma verhaftet angeprangerten Ansätzen – einen durchaus zentralen Platz, und zwar mit gutem Recht, wie die Resultate der FOS-Studien zeigen, die das Institut für Suchtforschung ISF bei den stationären Therapieeinrichtungen in der Schweiz durchführt.

Auch sind Interdisziplinarität und Vernetzung nach aussen zu integrierten Bestandteilen der stationären Therapie geworden. Aber: Das Bekenntnis, dass es selbstverständlich alle Behandlungsformen braucht, wäre allzu simpel und soll und kann nicht über die Realität hinwegtäuschen, dass sich die in den letzten Jahrzehnten im Rahmen der Viersäulen-Politik des Bundes entstandenen Angebote immer mehr als ein relativ unverbundenes, loses Nebeneinander, vielleicht sogar Gegeneinander, mit einer zu geringen Durchlässigkeit präsentieren – vielleicht weil ambulante wie stationäre Angebote mit besorgtem Blick auf Belegungs- und Haltequoten letztlich um dieselbe Klientel werben.

Welche lösungsorientierten Ansätze bieten sich an?

Anstatt sich an verschiedenen, berufsständisch begründeten Begriffsunterschieden zu reiben, stellt sich die Frage, ob es nicht andere Zugänge gibt, diese Differenzen zu überwinden.

Der Ausgangspunkt für eine zukünftige gemeinsame Arbeit und Entwicklung könnte wie folgt formuliert werden:

Der Trichterblick auf Sucht als rein medizinisch zu erklärendes und zu behandelndes Krankheitsgeschehen ist ebenso ungenügend wie der Glaube, dass die Verbesserung sozialer Umstände allein alle Probleme lösen könnte.

Die beteiligten Professionen werden nicht darum herum kommen, zukünftig viel stärker als bisher in Kategorien des «sowohl – als auch» zu denken – und zu handeln. Die Kenntnisse und das Erfahrungswissen beider Seiten müssen zwingend integriert werden.

Konkrete Vorschläge, vor welchem Hintergrund ein gemeinsamer definitorischer Rahmen geschaffen werden kann, der die aufgezeigten Limitierungen zu überwinden hilft, liegen bereits



vor (s. dazu auch den Artikel von N. Dietrich und A. Uchtenhagen in diesem Heft auf Seite 9).

Konsequente Orientierung an Wirkungszielen

Ein möglicher Ansatz besteht darin, die von Suchthilfeangeboten durchgeführten Interventionen grundsätzlich in Beziehung zu den anvisierten Wirkungszielen zu setzen. Neben denjenigen Zielen, die sich direkt auf die Entwicklung des Individuums beziehen, geht es fast ohne Ausnahme auch um Ziele, die direkt oder indirekt Bezug nehmen auf die Lebensfelder, in denen sich Menschen in der jeweiligen gesellschaftlichen Realität bewegen.

Ziele der sozialtherapeutisch/-pädagogischen Therapien beispielsweise sind enorm vielfältig. Der Schwerpunkt liegt aber eindeutig bei der sozialen und beruflichen Reintegration, dem Erlernen oder Reaktivieren von Fähigkeiten, die ein so weit als möglich autonom geführtes Leben im Sozialisationssystem der Regelkultur mit ihren Sozialisationsfeldern Primärgruppe, Bildung, Arbeit und Freizeit ermöglichen.

Anders formuliert: bei jeder professionellen Intervention handelt es sich per se um eine subsidiär geplante Massnahme, deren Wirkung sich immer direkt auf einen oder mehrere Aspekte des konkreten Lebensfelds einer Person bezieht.

Die Grundkonzeption einer Intervention kann demzufolge als Lebensfeldbegleitend, -ergänzend oder -ersetzend betrachtet werden (Burkhard et al., 2003). Dabei spielt es zunächst keine Rolle, welcher Methoden sich diese Intervention bedient – ob mit oder ohne Substitution, abstinenzgestützt oder wie auch immer. Entscheidend ist vielmehr die eindeutige Ausrichtung auf benennbare Wirkungsziele im realen Lebensfeld.

Dies setzt allerdings eine Einigung auf die Benennung und Operationalisierung der Wirkungsziele voraus. Denn selbst wenn gewisse Zielformulierungen bei ambulanten settings (Lebensfeldbegleitend bis -ergänzend) und stationären Konzepten (Lebensfeldersetzend) zunächst noch ähnlich tönen – z.B. psychosoziale Reintegration – wird schnell klar, dass sich die beiden Kategorien in ihrer tatsächlichen Lei-

stungserbringung massiv unterscheiden. Auf der einen Seite haben wir tägliche bis wöchentliche Kontakte im Umfang von Minuten, auf der anderen eine 24-Stundenplanung für 7 Tage die Woche.

Bildung von voneinander abgrenzbaren Zielgruppen

Diese unterschiedlichen Konzeptionen sprechen unterschiedliche Zielgruppen an und erzielen nur bei bestimmten Zielgruppen ihre erwartete Wirkung. Mit Zielgruppen sind Gruppen von Personen mit vergleichbaren Ressourcenvoraussetzungen und Problemkonstellationen gemeint.

Unter diesem Blickwinkel wird nachvollziehbar, dass sich zwar die Wirkungsziele von stationären oder ambulanten Therapien durchaus ähneln können, dass aber die Interventionsplanung in erster Linie von den angesprochenen Zielgruppen und den dort zusammengruppierten Ressourcenlagen der Personen abhängt. Konkret: Für Personen mit einer schwachen Ressourcenlage sind die Ansprüche der sozio-professionellen Integration und

der Ausstieg als Ziele eindeutig zu hoch gesteckt; gefragt sind zunächst Programme, um eine Verelendung dieser Menschen zu vermeiden.

Im Gegenzug können mit Personen, die noch über eine bessere Ressourcenausstattung verfügen auch weiterführende Ziele vereinbart und angegangen werden.

Gruppenbildung und Spezialisierung ermöglichen spezifisch konzipierte Programme, gezieltere und wirksamere Unterstützung bei gleichzeitig ökonomischer Leistungserbringung; dies lässt sich im Bereich spezialisierter stationärer Therapieangebote ebenso belegen wie bei der Konzeption von Polikliniken.

Das für alle Konstellationen geeignete Angebot, das seine Leistungen für alle Situationen fachlich hochstehend und überdies zu vertretbaren Kosten erbringen könnte, gibt es nicht – auch wenn sich unter dem enormen Bewirtschaftungs- und Kostendruck viele Angebote gezwungen sehen, möglichst alle KlientInnen oder PatientInnen aufzunehmen. Die Frage sei erlaubt, ob Leistungserbringer durch diesen Druck nicht in eine eigentliche wirtschaftliche Abhängigkeit von ihren KlientInnen und PatientInnen getrieben – und so indirekt teilweise zur Aufgabe fachlicher Grundprinzipien gezwungen werden.

Individuelle Ressourcenerfassung («Ressourcenmodell»)

Um feststellen zu können, zu welcher Zielgruppe die jeweiligen Personen gehören – um klare Indikations- und Kontraindikationskriterien formulieren zu können und damit das geeignetste Angebot zu finden – braucht es eine integrale Feststellung der individuellen Ressourcenlage. Dies muss unter Einbezug aller verfügbaren Fachkenntnisse bezüglich sozio-bio-psychologischer, medizinisch-psychiatrischer und ökonomischer Facetten geschehen. Es liegt nahe, diese verschiedenen Ressourcen in direkter schematischer Analogie zu den Wirkungszielen und damit zu den Lebens- resp. Sozialisationsfeldern zu beurteilen.

Auf die Konzepte der Zielgruppenorientierung und des Ressourcenmodells werden P. Burkhard und Th. Egli auf Seite 15 in ihrem Beitrag ausführlicher zu sprechen kommen.

Leistungsprofile der Angebote

Die Erfassung der Ressourcenlage macht wiederum nur Sinn, wenn auf der anderen Seite auch die institutionell erbrachten Leistungen des Hilfsangebotes bekannt sind. Auch hier muss die Beschreibung der Leistungen ebenfalls den Wirkungszielen und damit wiederum den Lebensfeldern folgen. Ohne diese einheitliche Ausrichtung ist eine «passgenaue» Zuweisung zur am besten geeigneten Interventionsform kaum möglich.

Für die Lebensfeld-ersetzenden Institutionen liegen bereits konkrete Vorschläge vor, wie diese Leistungen einheitlich erfasst, ausgewertet und einem bestimmten Fachpublikum als Arbeitsmittel bei Zuweisungsfragen zur Verfügung gestellt werden können (Burkhard et al., 2003).

Verbessertes «Intake-Indikation-Triage» – Prozedere

Je systematischer das Indikationswissen und die detaillierte Kenntnis der verfügbaren Angebote zusammengebracht werden, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, das Angebot mit der erforderlichen Fachdienstleistung feststellen und den KlientInnen/PatientInnen empfehlen zu können.

Dieses Wissen sollte grundsätzlich institutionell abgesichert werden. Es macht wenig Sinn, derartige anspruchsvolle Kompetenzen an x-beliebigen Orten aufzubauen. Vielmehr sollten den regionalen und lokalen Bedürfnissen entsprechende, spezialisierte Intake-Indikations- und Triagestellen betrieben werden.

Als Effekte dieser konsequenteren Steuerung der KlientInnenströme dürfen weniger Zufallsergebnisse bei der Suche nach dem geeignetsten Angebot und eine geringere Anfälligkeit gegenüber rein finanzdominierten Entscheidungen erwartet werden, wobei es bei einer Anpassung der heutigen Verfahren allerdings viele durchaus anspruchsvolle Aspekte einzubeziehen gilt, wie A. Uchtenhagen in seinem Artikel auf Seite 19 aufzeigt.

Einheitliche Evaluations- und Forschungskriterien

Alle an entscheidender Position Beteiligten sollten mit Nachdruck auf eine

einheitliche Bestandesaufnahme hinarbeiten. Dies ist nur möglich auf der Basis gemeinsam erarbeiteter, einheitlich festgelegter Kriterien. Das gegenseitige Aufzählen von Erfolgen der je eigenen Methode bringt den Fachbereich Sucht nicht weiter.

Bereits bei der Formulierung von Interventions- und Behandlungskonzepten sollten zukünftig deutlich stärker die Kenntnisse der anderen beteiligten Berufsgruppen berücksichtigt und einbezogen werden.

Eine systematische Verankerung dieses Wissens könnte dann zum Beispiel im Rahmen von Referenzsystemen zu Qualitätsmanagement-Systemen erfolgen (s. dazu auch den Beitrag von F. Eckmann und S. Schaaf auf Seite 27).

Sozialhilfe in Bewegung. Die Entwicklung der Rahmenbedingungen

Veränderungen stehen aber nicht nur im Fachbereich an, sondern auch auf der sozialpolitischen Ebene.

Die laufenden Projekte wie z.B. die Reform des Finanzausgleichs und die Verteilung der Aufgaben (NFA) lassen für die nächsten Jahre einen beträchtlichen Zuständigkeits-Transfer an die Kantone erwarten. Hinzukommt, dass die Sozialhilfe und die verschiedenen Sozialversicherungen (IV, Krankenkassen, AHV u.a.) vor grossen Herausforderungen stehen. Mittelverknappung und demographische Entwicklung stellen das Gemeinwesen vor enorme Probleme.

Suchtmittelabhängige Personen auf der Suche nach einem Therapieplatz spüren diese Veränderungen schon länger. Die Kriterien für die Wahl einer Behandlung werden oft nicht aufgrund einer fachlichen Indikation festgelegt, sondern basieren auf der, für den Kostenträger vermeintlich billigsten Variante. Wobei billig nicht «in Schweizer Franken messbar» heisst, sondern dass «ein anderer Finanzierer» bezahlt. Die Gemeinden beginnen, Krankenkasse-finanzierte Angebote den Fürsorge-finanzierten Suchtbehandlungen vorzuziehen, auch werden IV-Berentungen in vergleichsweise jungem Lebensalter in Kauf genommen, damit die Fürsorgekasse der Gemeinde nicht (über-)strapaziert wird – auch wenn diese Angebote de facto wesentlich teurer zu stehen kommen.

Das System des – salopp ausgedrückt – «Kässelidenkens» führt sich demgegenüber selbst ad absurdum und treibt die Sozialhilfe- und Versicherungskosten nach oben.

Darunter leiden die Betroffenen, deren Angehörige und nicht zuletzt die Gesellschaft, welche die sozialen und finanziellen Folgen trägt.

Erkannt wurde immerhin, dass dieser Mechanismus durchbrochen werden muss. So wurden bereits Projekte für die interinstitutionelle Zusammenarbeit lanciert, mit dem Ziel die Schnittstellenproblematik zwischen den Sozialversicherungen und Institutionen zu verbessern (Seco 2004).

Dass hier eine Harmonisierung der Rahmenbedingungen zwingend eingefordert werden muss, zeigen jüngste Entwicklungen im Feld:

- in der stationären Suchttherapie ist die administrativ verordnete, rein finanziell motivierte Therapiezeitbeschränkung ohne jede fachliche Indikation kein Tabu mehr
- mit der jüngst vollzogenen Erhöhung auf kostendeckende Tarife bei den stationären Therapien wird im schlimmsten Fall überhaupt nicht mehr in diese Angebote platziert, weil sich dies das zuständige Gemeinwesen schlicht nicht mehr leisten kann oder will
- die Orientierung an kantonalen Zuständigkeiten – unter anderem im Vorfeld der NFA – unterstützt diese Tendenz: man platziert im eigenen Hoheitsgebiet, auch wenn dort keine aus fachlicher Sicht geeigneten Angebote verfügbar sind
- mit dem in der NFA vorgesehenen Transfer der Zuständigkeit an die Kantone stellt sich die Frage der gesetzlichen Verankerung der Angebote, die bis anhin zumindest teilweise über den Art. 73 IVG (Kollektive Leistungen) geregelt war
- in den Kantonen entstehen äusserst unterschiedliche Niveaus und Prioritäten bezüglich der qualitativen und quantitativen Vorstellungen zu Angebot und Ausstattung des Suchthilfeangebots.

Ein gangbarer Weg, die aufgezeigten Risiken zu minimieren, ist in der neuen Interkantonalen Vereinbarung im Bereich sozialer Einrichtungen (IVSE) aufgezeigt, die die Suchtinstitutionen in der neuen Liste C integriert (vgl. Artikel von Eva Wiesendanger, S. 30).



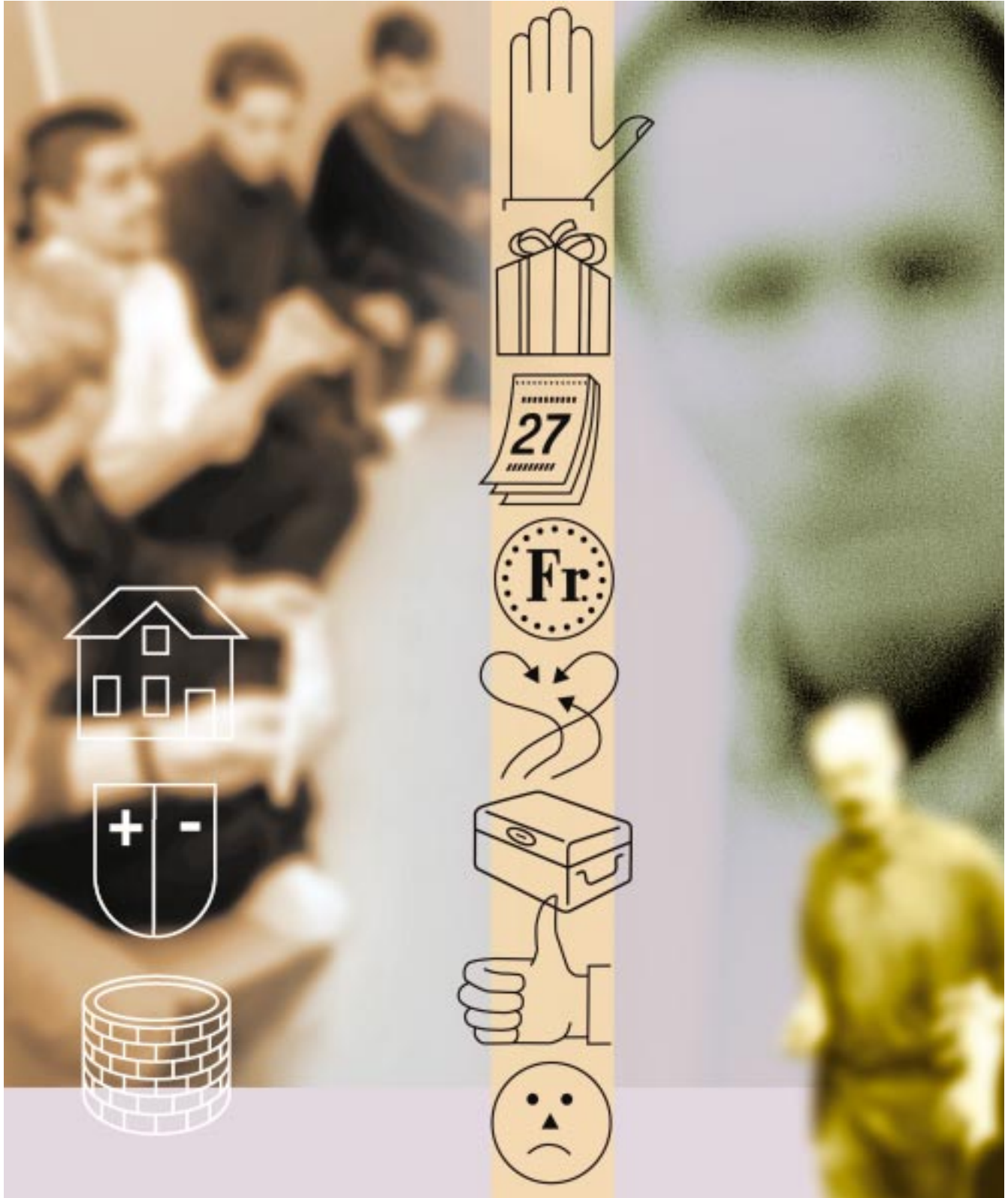
Mit den vielerorts eingeführten Leistungsvereinbarungen wird auch das Vertragsverhältnis zwischen der öffentlichen Hand und den Angeboten der sozialen Hilfe grundlegend neu gestaltet (s. hierzu insbesondere den Artikel von M. Huggenberger auf Seite 24). Nebst Anforderungen an die Qualität, wird in den Leistungsvereinbarungen auch festgelegt, dass die Wirkung der Arbeit sichtbar gemacht werden muss. Wie dies geschehen soll ist jedoch noch weitgehend offen, was angesichts der Komplexität und der erst beginnenden Outcome-Diskussion nicht verwunderlich ist. Auch hier könnte die konsequente Orientierung an in den Le-

bensfeldern verankerten Wirkungszielen eine vielversprechende Option bieten.

Ausblick

Gemeinsames Ziel müsste das optimale Ausschöpfen der Wiedereingliederungspotenziale sein, um ein vermeidbares Ansteigen der IV-Berentungen und der Aufwendungen für Fürsorgeleistungen nach Möglichkeit zu verhindern.

Unter grossem zeitlichem Druck wird derzeit die Revision der SKOS-Richtlinien vorangetrieben. Bis 1.1.2005 werden neue Instrumente erarbeitet,



welche die Arbeitsintegration optimieren sollen (Anreize und Missbrauchsbekämpfung durch Sanktionen) und eine Anpassung des heutigen Leistungsniveaus vorsehen.

In einigen Kantonen und Gemeinden wird der Zugang zur Sozialhilfe überhaupt neu geregelt und u.a. die materielle Beratung von der Sozialberatung getrennt.

Welche Konsequenzen diese Veränderungen für die suchtmittelabhängigen Personen nach sich ziehen, welche ohnehin schon grosse Mühe mit

der sozialen und beruflichen Integration haben, bleibt abzuwarten. Dem Herumschieben von Zuständigkeiten muss jedenfalls ein Ende bereitet werden. Gefragt sind ganzheitliche Betrachtungsweisen und Entscheidungen aufgrund fachlicher Kriterien. Nur fachliche, professionell konzipierte Lösungen sind mittel- und langfristig dazu in der Lage, eine hohe Kosten- und Problemlöse-Effizienz zu erreichen und den Betroffenen die benötigte wirksame Unterstützung zukommen zu lassen. ■

Literaturverzeichnis

- Burkhard P., Egli Th., Simmel U., 2003: FiSu – Das leistungsbezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie. KOSTE, Bern.
- Fleischmann, H., 1999: Skeptischer Blick auf die Substitutionspraxis in der BRD. In: Bellmann, G.U./Jellinek, C./Westermann, B. (Hrsg.): Mehr als abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin. Deutscher Studien Verlag, Weinheim, 230-239.
- Meili D., Dober, S., Eyal E., 2004: Realistische Ziele und adäquate Methoden in der Suchtmedizin – Auswege aus der Abstinenzfalle. In: SuchtMagazin Nr. 3/2004: 3-10.
- Seco. Direktion für Arbeit, 2004: Handbuch zur Interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ). Seco Bern