



"Warum wohin?"

Fachliche Indikation als Wegweiser zu wirkungsorientierten Interventionen

Referat im Rahmen einer Veranstaltung der PUK Zürich zum Thema "Abstinenz - Substitution"
am 8. Juli 2004 in Zürich

PUK Zürich:

Substitution in stationären therapeutischen Einrichtungen - Medizinische Notwendigkeit oder kontratherapeutische Unsinnigkeit?

Zürich, Volkshaus, 08.07.2004

"Warum wohin?"

Fachliche Indikation als Wegweiser zu wirkungsorientierten Interventionen

Ueli Simmel, KOSTE, Bern

Hansruedi Pfeifer hat mir die Gelegenheit eingeräumt, ein paar Gedanken zum Thema Indikation zu äussern. Dafür herzlichen Dank.

Da Gedanken bekanntlich frei sind, möchte ich die selten gebotene Freiheit nutzen, Gedanken eher programmatischer Art zu äussern. Damit weite ich den Fokus der heutigen Veranstaltung - Substitution im Stationären Rahmen - bewusst etwas aus.

Ich will sie also nicht damit langweilen, wie viele Institutionen in der Schweiz schon seit wann wie viele KlientInnen in Substitutionsbehandlungen aufnehmen - auch nicht mit dem Hinweis, dass letzten November in der Romandie eine Tagung mit dem gleichen Thema wie heute stattgefunden hat; und zu welchen Antworten man dort gekommen ist. Interessierte können sich die entsprechende Tagungsdokumentation ja von unserer Webseite holen. --- www.koste.ch

Es wird für mich aber höchst interessant sein, heute Abend ihr Fazit mit demjenigen der frankophonen KollegInnen vergleichen zu können, ob und wenn ja für wen Substitution unter welchen institutionellen Bedingungen geeignet sei und anderes mehr.

Vielmehr möchte ich die Gelegenheit nutzen, Sie einzuladen, das heute übliche Intake- und Indikationsverfahren komplett kritisch zu überdenken. Also nicht nur in Bezug auf den Teilaspekt Substitution in der stationären Therapie, sondern in Bezug auf das Gesamt der Suchthilfeangebote.

Warum? Schlicht um zu prüfen, um die bisherigen Abläufe und Mechanismen den heutigen Erfordernissen noch gerecht werden.

Das Abstinenzparadigma ist - von Ausnahmen abgesehen - auch in der stationären Arbeit seit längerem von der Realität überholt. Die Leute kommen in aller Regel ja schon längst nicht mehr entzogen und ohne stützende Begleitmedikation in die Institutionen. Aber - und das möchte ich betonen - die Frage des Ausstiegs nimmt in den stationären Angeboten nach wie vor einen zentralen Stellenwert ein - und zwar zu Recht, wie die FOS-Studien am ISF gerade im Bereich der psychosozialen Rehabilitation belegen.

Ich kann mir die Bemerkung nicht verkneifen, dass wir - wer weiss - vielleicht bald von „Ausstiegsakzeptierenden“ Angeboten als

besonderem Erkennungsmerkmal für eine grundsätzliche Werthaltung sprechen werden.

Denn wenn wir uns die Fallzahlen anschauen, dann müssten wir heute doch wohl viel eher von einem Substitutionsparadigma sprechen - und dieses ebenso kritisch unter die Lupe nehmen. Denn es stösst, wie die Erfahrung zeigt, seinerseits wiederum an Grenzen - spätestens dort jedenfalls, wo es wie früher das Abstinenzparadigma, Ausschliesslichkeitsansprüche erhebt.

Vielleicht sollten wir unsere Energien in der gemeinsamen Entwicklung eines neuen Paradigmas bündeln - eine Entwicklung, auf der Basis des zum Glück reichlich vorhandenen Erfahrungswissens aus den beiden bisherigen "Traditionen".

Neu würden wir konsequent alle von professionellen Suchthilfeangeboten durchgeführten Interventionen - übersetzt sind dies "die konzipierten Fachleistungen" - zukünftig

- a) auf Wirkungsziele hin ausrichten, und
- b) diese Ziele ebenso konsequent in denjenigen Lebensfeldern resp. Sozialisationsfeldern verankern, in denen sich die Menschen zwangsläufig in unserer gesellschaftlichen Realität bewegen.

Um dahin zu kommen, haben wir noch einige Vorarbeiten und Klärungen zu leisten.

Die Hinterlegung der Sozialisationsfelder unserer Regelkultur als Raster für die Zieleverankerung mag ja noch einfach weil plausibel zu begründen, vergleichsweise gut zu vermitteln und schnell nachvollziehbar sein.

Anspruchsvoller dürfte da schon die Auseinandersetzung um die griffige Formulierung und Operationalisierung der Wirkungsziele werden. Und dann kommt erst noch die Diskussion der Gewichtung dieser Ziele beim je individuellen Indikationsentscheid zwischen den beteiligten Professionen.

Aber wenn es uns gelingt, hier ein gemeinsames Verständnis zu erreichen, haben wir einen vielleicht entscheidenden Schritt gemacht:

weg vom „Entweder-oder“ mit dem gegenseitigen Auflisten der Vorzüge des eigenen Behandlungsansatzes, hin zu einem „sowohl-als

auch“, in dem die vorgeschlagenen Interventionen einzig nach ihrem Nutzen für das Erreichen der vereinbarten Ziele beurteilt werden.

Übrigens: Wie anders könnten wir ohne gemeinsame Bezugsrahmen, die noch junge – und häufig vorschnell ins Stocken geratende, aber unbedingt nötige outcome-Diskussion sinnvoll vorantreiben?

Weiter brauchen wir „befähigte Fachleute“ im Indikationsprozess: sie müssen neben ihren diagnostischen Fähigkeiten auch die möglichen Therapieverfahren mit ihren differentiellen Indikationskriterien kennen, und sie müssen über aktuelle Kenntnis der Angebote mit deren jeweiligen Leistungsfähigkeit verfügen. Dies setzt eine systematische und einheitlichen Prinzipien folgende Beschreibung aller Suchthilfeangebote voraus.

Für den stationären Bereich liegen Vorschläge zu einer solchen systematischen Beschreibung und Erfassung von Leistungen vor und es wurden hier auch bereits erste konkrete Umsetzungserfahrungen gesammelt. Für die anderen Angebotssegmente in der Suchthilfe muss diese Arbeit noch geleistet – oder wo das bereits erfolgt sein sollte – müssen die Ansätze kompatibel gemacht werden.

Es nützt schliesslich wenig, wenn wir Patienten-/KlientInnenseitig ein hochdifferenziertes diagnostisches Instrumentarium zur Verfügung haben, auf der Angebotsseite aber die Leistungsfähigkeit nur rudimentär unterscheiden können, in drei oder vier wirklich substanziell unterscheidbaren Angebotskategorien.

Es versteht sich von selbst, dass die Instrumente zur Ressourcenerfassung der Klientel in der Lage sein müssen, zielführende Aussagen im Hinblick auf das je benötigte Leistungspaket zu machen. Auch hier kann demnächst ein konkreter Vorschlag publiziert und damit in die Fachdiskussion eingebracht werden.

Der zentrale Begriff bei der Neugestaltung des Indikationsverfahrens ist für mich die Systematisierung. Eine Systematisierung in dem Sinn, dass wenn jemand in Zürich in ein Indikationsverfahren einsteigt, die Empfehlung für eine professionelle Intervention SEHR ähnlich ausfallen sollte, als wenn dieselbe Person 1 Stunde später in St. Gallen eine Behandlungsmöglichkeit sucht.

Das nötige Indikationswissen ist höchst komplex und es spricht vieles dafür, dass dies nicht an x Orten aufgebaut, sondern in spezialisierten Indikationszentren akkumuliert werden sollte. Ein oft übersehener Effekt dabei ist die institutionelle Absicherung dieses Wissens.

Dieses Indikationswissen wird weder ein medizinisch-psychiatrischer noch ein sozialtherapeutischer Trichterblick sein. Vielmehr werden wir viel breiter abgestützte inter- resp. multidisziplinär erarbeitete Fachmeinungen antreffen, die nach professionellen Gesichtspunkten

- **alle** vorhandenen KlientInnenressourcen (inklusive deren Motivationslage),
- wenn vorhanden besondere Interessen des Platzierers und ihr
- eigenes Fachwissen - welche Ziele sind in der je individuellen Ausgangslage realistisch mit dem Einsatz welcher Mittel und Methoden erreichbar - in eine Fachempfehlung zu synthetisieren versteht.

Und das alles dank hohen professionellen Standards vergleichsweise schnell, routiniert und treffsicher.

Es versteht sich von selbst, dass die Arbeit dieser Zentren

- c) evaluiert werden muss,
- d) in ein controlling eingebunden und - ganz wichtig -
- e) transparent gemacht wird.
- f) Zu denken ist an regelmässige reportings und feedbacks an die Anbieter; diese hätten damit eine im Vergleich zu heute übrigens eine wesentlich schnellere, authentischere und fachlich aussagekräftigere Rückmeldung zu Entwicklungen und Veränderungen im Feld.

Damit würde es in Zukunft in erster Linie darum gehen, aus der Breite des Angebots von fachlichen Kriterien geleitet, das Angebot mit dem optimalen Struktur- und Methodenmix herauszukristallisieren. Die Option, die sie heute diskutieren - Substitution im stationären Rahmen - wäre dann eine Grundoption unter vielen.

Die Frage, ob stationär oder ambulant, ob halbstationär oder halbambulant, ob mit oder ohne Substitution würde also an Gewicht verlieren. Entscheidend wären dann fachtechnische und fachmethodische Antworten auf die vielen Fragen, welche Ziele zu setzen und wie sie mit einer hohen Wirksamkeitserwartung im Einverständnis mit den KlientInnen angegangen werden können.

Am Ende eines so gestalteten Indikationsverfahrens liesse sich mit einer soliden fachlichen Überzeugung die Empfehlung an eine Hilfe suchende Person formulieren, warum Sie sich vertrauensvoll wohin wenden kann und sollte.

Und den Finanzierern könnte man davon gleiche eine Kopie schicken. Aber das wäre jetzt ein neues Kapitel und alle weiteren Gedanken dazu behalte ich jetzt lieber mal für mich.

Merci für Ihre Aufmerksamkeit.