

Erosion der stationären Institutionen

Text: Franziska Eckmann, Ueli Simmel

Stationäre Suchttherapie – abnehmende Bedeutung eines einst zentralen Segments in der Suchthilfe

Seit mehr als zehn Jahren wird im stationären Suchthilfebereich eine Schliessung nach der anderen bekannt. Ist die stationäre Therapie nicht mehr gefragt? Haben sich die Drogenkonsumierenden verändert? Welche Rolle spielen die platzierenden Sozialdienste? Wer steuert diese Entwicklung, und wie sieht die Zukunft der Institutionslandschaft aus?

Seit 1999 wurden in der Schweiz 55 stationäre Suchttherapieeinrichtungen¹ geschlossen. Die höchste Zahl von 1750 stationären Therapieplätzen wurde im Jahre 1997 verzeichnet, heute sind es noch rund 1300 Plätze.² Innert zehn Jahren erfolgte ein Abbau von 450 stationären Therapieplätzen.

Ein Blick zurück

Ende der 80er-Jahre wurde als eine von mehreren Massnahmen zur Eindämmung der Drogenproblematik und als Antwort auf die offenen Szenen der Ausbau von stationären Therapieangeboten gefordert. In der Folge trugen Private, Kantone und Gemeinden dazu bei, dass neue, stationäre Einrichtungen geschaffen wurden. 1989 zählte das BAG in der Schweiz 503 stationäre Therapieplätze, bis 1996 wurden über 1200 stationäre Therapieplätze für Drogenabhängige neu geschaffen. Das Ganze lief nicht immer sehr koordiniert und professionell ab. Das Verständnis, was unter einer Drogentherapie zu verstehen ist, war – höflich formuliert –

breit gefasst. Ob eine ländliche Umgebung, ein paar Tiere und viel guter Wille schon reichten oder ob ein ausgereiftes professionelles Therapiekonzept, welches auf eine spezifische Zielgruppe, z. B. drogenabhängige Frauen, zugeschnitten war, der «richtige» Ansatz war, sollte sich erst später zeigen. Die stationäre Rehabilitation wurde als DER Weg aus der Abhängigkeit betrachtet, alternative Hilfs- oder Behandlungsangebote gab es, abgesehen von ambulanten Behandlungen, nur vereinzelt, oder sie waren erst im Entstehen begriffen.

In den Folgejahren ging das Platzangebot bereits wieder zurück; zwischen 1996 und 1999 wurden 150 Plätze abgebaut. Nach der Schliessung der offenen Drogenzonen beruhigte sich die Lage, schnell waren einige stationäre Plätze nicht mehr belegt, und es zeigte sich, dass allzu eilig geschaffene Angebote den wachsenden professionellen Standards weder in Bezug auf die Therapiekonzepte noch auf die Managementanforderungen genügten. Parallel dazu stieg die Anzahl der methadongestützten Behandlungen um weitere 2000 Plätze³, und die ersten Zentren der heroingestützten Behandlung (HegeBe) nahmen ihren Betrieb auf (siehe unten stehende Grafik).

Immer höhere Anforderungen an stationäre Einrichtungen

Im Zusammenhang mit Schliessungen von stationären Therapien wird häufig

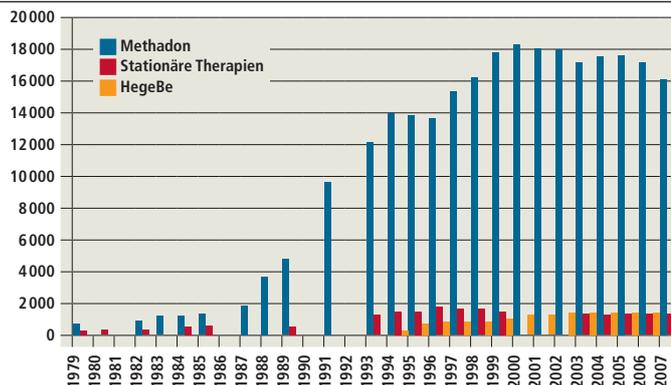
ein bestimmtes Erklärungsmuster sichtbar: Die stationären Therapieeinrichtungen seien zu wenig flexibel, nicht mehr zeitgemäss und deshalb nicht mehr gefragt oder sie hingen einem unrealistischen Abstinenzparadigma nach.

Ob beabsichtigt oder nicht: Diese Sicht blendet zumindest einige Fakten aus. Wenn sich ein Segment in der Suchtbehandlung strukturell und inhaltlich in den letzten Jahren den sich verändernden Ansprüchen und Erwartungen der Klientel und der platzierenden Instanzen angepasst hat, dann sind dies die stationären Therapien. Es gibt kaum eine Institution, die nicht im Zweijahresrhythmus ihr Konzept angepasst, sich auf neue Zielgruppen ausgerichtet und sich neuen Rahmenbedingungen anzupassen hatte. Stichworte dazu sind veränderte Finanzierungsbedingungen, oft verbunden mit Kürzung der Therapiedauer, die Möglichkeit ausserkantonaler Platzierungen oder auch die Aufnahme von Personen in Substitutionsbehandlung. In den meisten stationären Therapiekonzepten finden sich heute Zielformulierungen, wonach die Integration und ein möglichst selbstbestimmtes Leben zwar nach wie vor einen zentralen Stellenwert besitzen, aber längst nicht mehr isoliert das abstrakte Ziel der Abstinenz angestrebt wird – wengleich mit dem Instrument der Abstinenz gearbeitet wird.

Entwicklung von Qualitätsnormen, Rückgang der Klientenzahlen

Ein anderes Beispiel für zusätzliche Anforderungen an die stationären Therapien sind auch die Bedingungen des Bundesamts für Sozialversicherung BSV, wonach die Einrichtungen bis 2002 eine Qualitätszertifizierung vorweisen mussten, wollten sie die Berechtigung für kollektive Leistungen des BSV nicht verlieren. Dies führte zur Entwicklung der suchtspezifischen Qualitätsnorm QuaTheDA⁴ des BAG, nach der sich über 70 stationäre Therapieeinrichtungen in der Schweiz zertifizieren liessen. Zum Vergleich:

Entwicklung
Platzzahlen 1979–2007



Quellen: Bundesamt für
Gesundheit und Infodrog

QuaTheDA wurde in der Folge auch für die anderen Suchthilfesegmente modular erweitert. Im ambulanten Bereich sind heute – sieben Jahre später – nun die ersten Angebote zertifiziert. Bis im notabene zahlenmässig weitaus grösseren ambulanten Bereich auch 70 Stellen die QuaTheDA-Zertifizierung erreichen werden, dürfte es wohl noch eine ganze Weile dauern. Dies liegt selbstverständlich nicht allein an den Stellen, sondern hat u. a. mit ungleichen Vorgaben für ambulante Stellen zu tun: Bisher verlangen nur wenige Gemeinden oder Kantone von den ambulanten Fachstellen ausdrücklich eine Qualitätszertifizierung.

Auch wenn eine QuaTheDA-Zertifizierung durchaus auch als Leistungsausweis gesehen werden kann, so heisst das noch lange nicht, dass die Einrichtungen einen Vorteil daraus ziehen könnten. Weder resultiert etwa eine höhere Entschädigung der Tageskosten noch eine Platzierungsobligatorik für die PlatziererInnen; diesen ist es weiterhin unbenommen, auch in nicht zertifizierten Einrichtungen zu platzieren.

Die Therapien bekamen aber auch Konkurrenz von traditionell wichtigen ZuweisernInnen – den Entzugseinrichtungen. Auch diese müssen sich neuen Bedürfnissen anpassen – «sich am Markt orientieren» – und weiteten ihr Angebot in den letzten Jahren aus. Sie bieten heute auch Kurzzeittherapien bis zu drei, teilweise sechs Monaten Dauer an und sind, weil in der Regel über die Krankenkassen zumindest mitfinanziert, eine attraktive Alternative zur stationären Rehabilitation: Die Fürsorgebudgets der Gemeinden werden nicht belastet. Diese Entwicklung spiegelt sich in den sich verändernden Bedürfnissen der Drogenkonsumierenden; gewünscht sind, ohne dies hier weiter zu kommentieren, Teilentzüge für bestimmte Substanzen und kurze Therapieaufenthalte.



Franziska Eckmann

ist stellvertretende Stellenleiterin von Infodrog, der Schweizerischen Koordinations- und Fachstelle Sucht.

Nur so viel: Unerwünschte Auswirkungen der immer kürzeren Aufenthaltsdauern zeigen sich bereits statistisch im sogenannten Drehtüreffekt mit mehrmaligen Wiedereintritten, wie die neuste Studie⁵ des Obsan belegt.

Einen wesentlichen Einfluss auf die Nachfrage nach stationären Therapieplätzen hat die – grundsätzlich erfreuliche – Tatsache, dass es zurzeit nur noch wenige neue HeroinkonsumentInnen gibt.⁶ Das Durchschnittsalter der KlientInnen/PatientInnen in den Behandlungssettings stationäre Therapie, Methadonbehandlung und HegeBe steigt kontinuierlich,⁷

Spezialisierte Einrichtungen für spezifische Zielgruppen haben es schwer

ein Indiz dafür, dass derzeit praktisch keine neuen OpiatkonsumentInnen registriert werden. Auch wenn der Konsum von anderen Substanzen wie Alkohol, Cannabis oder Kokain zugenommen hat: Die KonsumentInnen dieser Substanzen brauchen meist andere Behandlungswörter als OpiatkonsumentInnen. Eine stationäre Behandlung ist meist später, mit zunehmendem Alter, angezeigt, wenn die Problemlast zu gross wird und die wesentlichen individuellen und sozialen Ressourcen aufgebraucht sind.

Konkurrenz mit ungleichen Spiessen

Mit rund 1300 Plätzen ist die stationäre Therapie derzeit das kleinste Behandlungssegment in der Säule Therapie, nach der heroingestützten Behandlung (1400 Plätze) und den Methadonbehandlungen, in denen derzeit mit rund 17 000 Personen die grosse Mehrheit der Drogenkonsumierenden verweilt. Daneben hat sich eine ganze Reihe von niederschwellig zugänglichen Suchthilfeangeboten insbesondere im Bereich der Schadensminderung etabliert (Kontakt- und Anlaufstellen, Notschlafstellen und -wohnungen,



Ueli Simmel

ist Stellenleiter von Infodrog, der Schweizerischen Koordinations- und Fachstelle Sucht.

Taglöhnerien usw.). Diese Diversifizierung bewirkte unter den Suchthilfeangeboten einen zunehmenden Wettbewerb um die Klientel, der auch über Kostenargumente ausgetragen wurde und wird. Sparbemühungen und gestiegenes Kostenbewusstsein der öffentlichen Hand forcieren diesen Wettbewerb zusätzlich. Durch die im Rahmen des Projekts FiSu⁸ durchgeführten Vollkostenerhebungen sind für den stationären Bereich spätestens seit 2003 die tatsächlichen Tageskosten bekannt. Bei den vorher den Kostenträgern verrechneten Tagespauschalen handelte es sich um «Akzeptanz»-Preise,

die in aller Regel nur durch reichlich intransparente Mischfinanzierungen möglich waren

und die mit den tatsächlich anfallenden Kosten kaum in einem erkennbaren Zusammenhang standen. Durch den markanten Rückzug der IV aus der Mitfinanzierung musste für die kostentragenden kommunalen Sozialdienste resp. Kantone der Eindruck einer «massiven Verteuerung» der stationären Therapien entstehen. Tatsächlich waren Platzierungen vorher einfach zu einem weit unter den Eckkosten liegenden Preis möglich.

Die stationären Therapien kämpfen an der Preisfront noch so lange auf verlorenem Posten, als die wenigen Kostenvergleiche nicht auf einer einheitlichen Überlegung basieren. Die bisher angestellten Vergleiche stützen sich meist auf die reinen Behandlungskosten pro behandelte Person und Tag (auch wenn der Kontakt nur Minuten dauert) – und werden dann unzulässigerweise als «Tageskosten» mit den Kosten für eine stationäre Therapie verglichen. Dass derartige Vergleiche zwangsläufig zuungunsten der stationären Therapie ausfallen, ist offensichtlich. Ein anderes Bild ergibt sich, wenn man die kumulierten Eckkosten aller von einer Person beanspruchten Unterstützungssysteme (Kantone/Gemeinden, materielle Sozialhilfe/Lebenshaltungskosten, Krankenversicherung, begleitetes/betreutes Wohnen, Notschlafstellen) über einen identischen Zeitraum vergleicht. In einem zweiten Schritt müssten dann noch die jeweiligen Verweildauern in den Programmen berücksichtigt werden.

Strukturelle Zuweisungsbarrieren

Eine der Konsequenzen dieser Entwicklung ist, dass die Bereitschaft der verschiedenen Kostenträger, Kostenüber-



«Verglichen mit vielen anderen psychotropen Substanzen ist sauberes, nicht gestrecktes **Heroin** die für den Körper am wenigsten schädliche Substanz. Nicht die Substanz Heroin war Ursache für das grosse Leid vieler Menschen in den späten 80er- und den 90er-Jahren, sondern der illegale Status. Heroinabhängigkeit ist kein selbst verschuldetes Verhalten, sondern eine chronische Krankheit und bedarf einer umfassenden Behandlung. Mit der 1994 ins Leben gerufenen heroingestützten Behandlung wurden viele Leben gerettet und grosses menschliches Leid gelindert. Zentral ist auch die Behandlung der vorher bestehenden oder in der Folge des Konsums entstandenen psychischen und körperlichen Erkrankungen.»

> Irene Caspar Frey, Ärztin bei ARUD Zürich und DBB Horgen

nahmegarantien für stationäre Rehabilitations- und Therapieaufenthalte zu leisten, deutlich abgenommen hat. Hinweise dafür sind die immer höher gesteckten Vorbedingungen (Vermögensverzehr zur Mitfinanzierung, Laufzeitbegrenzung auf gerade einmal drei Monate oder die immer deutlicher ausgesprochenen Rückforderungsankündigungen via Verwandtenunterstützung).

Ein fachlicher Hintergrund für derartige Restriktionen ist jedenfalls nur selten auszumachen. Die Vermutung drängt sich deshalb auf, dass hier finanzielle Überlegungen entscheidend sind. Bedenklich stimmen muss jedenfalls, wenn selbst spezialisierte Suchtberatungsstellen mit einer fachlich fundierten Indikationsstellung eine Kostengutsprache nur noch mit enormem administrativem Aufwand (mehrfache Berichterstattungen, wiederholte Abklärungen usw.) erwirken können – oder bei den Kostenträgern überhaupt kein Gehör mehr finden. Damit wird allenfalls eine Verlagerung der Lasten auf andere Kostenträger erreicht. Die Versorgung betroffener Personen fällt nach Betäubungsmittelgesetz in die Zuständigkeit der Kantone, wobei kantonal unterschiedlichste Versorgungskonzepte bestehen. Eine kantonsübergreifende Nutzung hängt derzeit stark davon ab, ob ein Kanton über eigene Angebote verfügt oder nicht. Die Belegung der eigenen Kapazitäten steht momentan vielerorts im Vordergrund. Verständlicherweise wollen die Kantone diejenigen Plätze zuerst belegen, die sie auch finanziell mittragen. Seit 2001 sind die ausserkantonalen Platzierungen deshalb rückläufig.

Die Folgen

Immer mehr stationäre Therapieangebote, die ursprünglich für Menschen mit Drogenproblemen konzipiert wurden, passen ihr Angebot den veränderten Rahmenbedingungen an. So sind etliche stationäre Einrichtungen daran, das Terrain der Suchttherapie zu verlassen. Entweder



begeben sie sich in Bereiche des betreuten oder begleiteten Wohnens, oder die Zielgruppen werden breiter gefasst, sodass z. B. auch Personen mit psychischen Problemen oder Behinderungen erfasst werden.

55 Trägerschaften haben in den letzten zehn Jahren die Konsequenz der Schliessung der Institution gezogen – praktisch ausschliesslich in der Deutschschweiz. Der Monitoring-Bericht 2007 von Infodrog liefert Anlass zur Befürchtung, dass derselbe Mechanismus auch in der Westschweiz einsetzt. Diese Schliessungen sind vonseiten der Konkurrenz und der Behörden meist mit einem mehr oder weniger hörbaren Aufatmen begleitet. Wo keine aktive Planung betrieben wird, reguliert sich die Situation schon irgendwie – qualitative und fachliche Kriterien spielen dabei eine untergeordnete Rolle, ausschlaggebend sind vielmehr Faktoren wie finanzielles Polster, Berücksichtigung in der Zuweisung etc. Die kantonalen Behörden sind noch so froh, dass sich das Platzangebot verringert, ohne dass sie – wie z. B. bei den umstrittenen Spitalschliessungen – politisch in die Schwarzpeterrolle schlüpfen müssten. Dass sich die (verbleibende) ambulante und stationäre Konkurrenz über das Verschwinden einer Mitkonkurrentin erleichtert zeigt, weil das eigene Angebot dadurch wieder etwas mehr Luft erhält, ist nicht verwerflich, sondern verständlich.

Dass die Erosion der stationären Institutionslandschaft im Suchtbereich langsam gebremst würde, ist derzeit nicht absehbar. Die Belegung der stationären Ein-

richtungen ist nach wie vor rückläufig, es wird entweder zu weiteren Schliessungen oder aber zu Umnutzungen kommen. Dauert diese Entwicklung an und werden Platzierungen mehrheitlich innerhalb der Kantone vorgenommen, so werden in ein paar Jahren die verbleibenden Einrichtungen «Flatrate-Konzepte» für verschiedene Zielgruppen und alle möglichen Problemlagen unter einem Dach anbieten (müssen). Ihre Konzepte werden sich ähneln, spezialisierte Einrichtungen für spezifische Zielgruppen dürften einen schweren Stand haben. Mit Rücksicht auf den Anstieg des Durchschnittsalters der Klientel werden Angebote entstehen, die im Bereich des betreuten Wohnens und der Pflege anzusiedeln sind und praktisch kaum noch rehabilitative Zielsetzungen verfolgen werden.

> www.infodrog.ch

Fussnoten

- ¹ http://www.infodrog.ch/pages/de/ther/inst_2008.htm
- ² Infodrog (Hrsg.) 2008: Stationäre Suchttherapieinstitution. Interkantonale Platzierungen in der Schweiz 2007. Bericht auf der Basis der Belegungsstatistik der stationären Suchttherapieinstitution im Jahre 2007. <http://www.infodrog.ch/pages/de/them/moni/>
- ³ Nationale Substitutionsstatistik (Methadon) des BAG, act-info
- ⁴ www.quathed.ch
- ⁵ Hans Christian Kuhl (2008): Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000–2006, Arbeitsdokument 31 des Schweiz. Gesundheitsobservatoriums Obsan, Bundesamt für Statistik
- ⁶ Carlos Nordt, Rudolf Stohler, in: Lancet 2006; 367: 1830–34.
- ⁷ ISGF 2008: Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie act-info-FOS im Jahre 2007; Bundesamt für Gesundheit 2007: Die Heroingestützte Behandlung / Behandlung mit Diacetylmorphin (HegeBe) im Jahre 2006
- ⁸ FiSu – Das leistungsbezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie. KOSTE-COSTE (Hrsg.), Bern, 2003. Kurzfassung einsehbar unter www.fisu-fide.ch