

REHA 2000

Projektbericht zur Situation und zum Handlungsbedarf
in der stationären Drogentherapie

**Gesamtschweizerische Planungsgrundlagen für die
Weiterentwicklung der stationären Drogentherapie**

Urs Mühle Fachstelle für Sozialarbeit im Gesundheitswesen

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen, Mai 1994

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung des Projektes REHA 2000.....	4
1. Projekt REHA 2000	7
1.1. Einleitung und Definitionen	8
1.2. Fragestellungen von REHA 2000.....	9
1.3. Zielsetzung und Methode	10
1.3.1. Situations- und Lückenanalyse.....	10
1.3.2. Einbezug von Betroffenen und Eltern	11
1.3.3. Zukunftsszenarien	11
1.3.4. Festlegung von Zielen und Massnahmen	11
2. Organisation und Trägerschaft der stationären Drogentherapie.....	12
3. Situationsanalyse im stationären Drogenentzug	14
3.1. Platzangebot	15
3.1.1. Platzangebot nach Kantonen	15
3.2. Auslastung.....	17
3.3. Das regionale Versorgungsangebot.....	17
3.4. Das Aufnahmeverfahren.....	19
3.5. Durchführung des Drogenentzuges	19
3.6. Zusammensetzung der Klientel	20
3.7. Finanzierung des stationären Drogenentzuges	21
4. Übergang Drogenentzug - stationäre Rehabilitation	22
4.1. Kantonales Angebot an Übergangsplätzen.....	23
4.2. Finanzierung des Übergangsangebotes	24
5. Beurteilung des Drogenentzuges und des Übergangsangebotes	24
6. Situationsanalyse in der stationären Drogenrehabilitation.....	26
6.1. Gesamtschweizerisches Platzangebot	27
6.2. Auslastung.....	29
6.3. Aufnahmeverfahren.....	30

6.4. Durchführung der Rehabilitation.....	31
6.5. Zusammensetzung der Klientel.....	32
6.6. Finanzierung.....	33
7. Beurteilung der stationären Drogenrehabilitation.....	36
8. Stellungnahmen von Betroffenen und Eltern zur stationären Drogentherapie	37
8.1. Aufnahmeverfahren in den stationären Drogenentzug.....	37
8.2. Durchführung des stationären Drogenentzuges.....	37
8.3. Übergangsstationen	38
8.4. Stationäre Drogenrehabilitation	38
9. Zukunftsszenarien.....	39
9.1. Optimistisches Szenarium.....	39
9.2. Pessimistisches Szenarium.....	40
9.3. Folgerungen für die stationäre Drogentherapie.....	42
10. Veränderungsziele in der stationären Drogentherapie.....	43
10.1. Gesamtentwicklung der stationären Drogenarbeit	43
10.1.1. Qualitätssicherung.....	43
10.1.2. Gesamtschweizerische Übersicht und Zugänglichkeit.....	45
10.1.3. Umfassendes Finanzierungskonzept	46
10.1.4. Stationärer Drogenentzug.....	47
10.1.5. Stationäre Drogenrehabilitation	48
11. Literaturverzeichnis.....	50
12. Abkürzungsverzeichnis.....	51

Kurzfassung des Projektes REHA 2000

Die stationäre Drogenarbeit in der Schweiz umfasst ein vielfältiges Angebot. Es reicht von gasennahen Auffangeinrichtungen bis zu sehr spezialisierten therapeutischen Gemeinschaften. Im Projekt REHA 2000 geht es um den Kernbereich der Drogenabstinenz-orientierten Arbeit, die spezialisierten stationären Angebote im Drogenentzug und der Drogenrehabilitation. Die Hauptfragestellung ist, welche quantitativen und qualitativen Lücken in diesem Bereich bestehen und was für strategische Folgerungen für die Zukunft daraus zu ziehen sind. Die Fragestellung wird mit mehreren methodischen Vorgehensweisen bearbeitet: einer Situations- und Lückenanalyse aufgrund einer Institutionenanalyse, einer schriftlichen Expertinnen und Expertenbefragung, der Entwicklung von Zukunftsszenarien, Gesprächen mit Betroffenen und Eltern und abschliessenden regionalen Hearings zu den Resultaten der Erhebungen und möglichen Zielen und Lösungsansätzen für die Zukunft. In die Arbeiten waren Verantwortliche für Drogenfragen in den Kantonen und beim Bund, kantonale, städtische, eidgenössische Ämter, Fachpersonen aus der Drogenhilfe, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, sowie Eltern und Betroffene einbezogen. Gesamthaft haben sich über vierhundert Personen an den Arbeiten beteiligt. Ziel des Projektes war es, relevante Aspekte für die Planung in der stationären Drogentherapie herauszuarbeiten.

Kennzeichen der stationären Drogentherapie

Die Kantone bilden beim stationären Drogenentzug zu zwei Drittel die Trägerschaft über eine Psychiatrische Klinik oder ein Spital. In der Drogenrehabilitation sind private, gemeinnützige Organisationen wie Vereine oder Stiftungen praktisch zu 100 % die Trägerschaft der Einrichtungen. Stationärer Drogenentzug und Drogenrehabilitation sind, abgesehen von wenigen Ausnahmen, organisatorisch getrennt. Die erfassten Institutionen bieten insgesamt 1656 Entzugs- und/oder Rehabilitationsplätze an.

Die Zuständigkeit für die Finanzierung der stationären Drogentherapie liegt bei den Kantonen, die für die kantonale Sozial- und Gesundheitsgesetzgebung bei den Gemeinden. Die Krankenkassen leisten Beiträge an die individuellen Kosten des stationären Drogenentzuges, die Invalidenversicherung kollektive Beiträge an die Investitions- und Betriebskosten der Einrichtungen der Drogenrehabilitation.

Problematisch ist, dass kein einheitlicher Finanzierungsmodus besteht. Folge davon ist, dass für die oder den Betroffenen je nach Institution keine Kosten oder sehr hohe Kosten entstehen. Damit durch Finanzierungsfragen keine Rehabilitationsbemühungen verzögert oder verhindert werden, müssen bei den Sozialversicherungen die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten genauer definiert und die kantonalen Bestimmungen besser koordiniert werden. Für ein umfassendes Finanzierungskonzept der Kostenträger fehlen aber wichtige Grundlagen, so eine gesamtschweizerische Klassifizierung der verschiedenen Einrichtungen und eine ausreichende Transparenz der Gesamtkosten pro Patiententag.

Kapazitäten in der stationären Drogentherapie

In Spitälern, speziellen Abteilungen der Psychiatrischen Kliniken und spitalexternen Einrichtungen wird der Drogenentzug von durchschnittlich 19 Tagen durchgeführt. Im Projekt werden die spezialisierten Einrichtungen erfasst und analysiert. Sie machen einen überwiegenden Teil des gesamten stationären Drogenentzugsangebotes in der Schweiz aus, doch wird dieses durch ambulante Drogenentzugsprogramme und Drogenentzugsmöglichkeiten in somatischen Bezirks- und Kreisspitälern wesentlich ergänzt. Für den Drogenentzug im Rahmen des fürsorglichen Freiheitsentzuges besteht ein ausreichendes Angebot vor allem in den spezialisierten Abteilungen der Psychiatrischen Kliniken. Festzustellen ist, dass trotz eines kontinuierlichen Ausbaus des spezialisierten Angebotes in den letzten zehn Jahren die Auslastung sehr hoch geblieben ist, nach wie vor in diesem Bereich ein Handlungsbedarf besteht, der regional genauer abgeklärt und definiert werden muss.

Der Schnittstelle zwischen dem Drogenentzug und der Drogenrehabilitation, den Übergangseinrichtungen, kommt in der stationären Drogentherapie sehr grosse Bedeutung zu. Einerseits können in einer Übergangstation die abgeschlossenen körperlichen Drogenentzüge stabilisiert und auftretende Krisen aufgefangen werden, andererseits ambulante oder stationäre Rehabilitationsprogramme geplant und eingeleitet werden. Eine weitere Bedeutung ist, dass hier die Wartezeiten bis zum Eintritt in die Drogenrehabilitationseinrichtung überbrückt werden können, ohne dass Drogenentzugsplätze blockiert werden. Im Übergangsbereich besteht eine nur sehr kleine Kapazität. Aus den aufgeführten Gründen wird der Aufbau einer grösseren Kapazität von allen Beteiligten als sehr dringend beurteilt.

Die Kapazität im traditionellen Langzeitrehabilitationsangebot ist ausreichend, wenn ein spezifisches Angebot für bestimmte Zielgruppen, speziell Jugendliche und Frauen, neu dazu aufgebaut wird. Die bestehenden Behandlungskonzepte können nicht übernommen werden. Zu entwickeln sind kombinierte Behandlungsansätze von ambulanten und halbstationären Rehabilitationsangeboten. Die gezielte Optimierung und Erweiterung des bestehenden Angebotes wird den Fachstellen differenzierte Indikationsstellung erlauben. Im Drogenrehabilitationsbereich ist darauf zu achten, dass die gesamtschweizerische Zugänglichkeit der Einrichtungen erhalten bleibt und nicht durch kantonale Tarifpolitik eingeschränkt wird, da dem notwendigen Versorgungsauftrag ein Kanton allein nicht gerecht werden kann.

Veränderungsziele in der stationären Drogentherapie

Bei der Weiterentwicklung der stationären Drogentherapie ist bei der Planung von den folgenden fünf Grundsätzen auszugehen:

1. Qualitätssicherung: In einem generellen verbindlichen Anforderungsprofil werden die Qualitätsanforderungen an die Einrichtungen des stationären Drogenentzuges und der stationären Drogenrehabilitation definiert. Die Basis des Anforderungsprofils bilden wirtschaftliche, fachliche und regionale Kriterien. Das Anforderungsprofil bildet die Basis für die Erstellung von kantonal koordinierten Finanzierungskonzepten, zur Bestimmung der Zuständigkeit der Sozialversicherungen sowie der Einführung eines umfassenden Qualitätscontrollings.

Die einzelne Indikation einer Drogentherapie soll individualisierter und die Zuweisung nach fachlichen Kriterien erfolgen.

2. Gesamtschweizerische Übersicht und Zugänglichkeit: Das stationäre Drogentherapieangebot der einzelnen Kantone soll für die Klientel aus der gesamten Schweiz zugänglich sein. Als Arbeitsinstrument für die Indikation einer Rehabilitationsmassnahme soll gesamtschweizerisch eine Übersicht über das aktuelle Angebot bestehen und für die Weiterentwicklung der stationären Drogentherapie zu neuen anlaufenden Projekten in den Kantonen Grundinformationen vermittelt werden.

3. Umfassendes Finanzierungskonzept: Der Finanzierungsmodus wird in der Schweiz über die einzelnen Kostenträger einheitlich und transparenter gestaltet. Bei der Aufgabenteilung wird davon ausgegangen, dass der stationäre Drogenentzug primär eine medizinisch-pflegerische Aufgabe ist, der stationäre Übergangsbereich und die (halb)stationäre Drogenrehabilitation eine Wiedereingliederungsaufgabe, die verschiedene Massnahmen und Settings beinhaltet.

4. Stationärer Drogenentzug: Die Verbesserung der Versorgungslage im stationären Drogenentzug ist in regionalen Projekten zu planen und umzusetzen. Die regionale Planung erlaubt die Vernetzung des stationären Entzugsangebotes mit dem regionalen ambulanten Hilfsangebot und die Verbindung des stationären Entzugsangebotes mit einem Übergangsangebot für die Indikation und Einleitung der anschliessenden Rehabilitation.

5. Stationäre Drogenrehabilitation: Das bestehende Drogenrehabilitationsangebot soll teilweise über die Reorganisation von bestehenden Einrichtungen und teilweise für bestimmte Zielgruppen über die Entwicklung eines neuen spezifizierten Angebotes verbessert werden. Die Vernetzungsmöglichkeiten zwischen ambulanten, halbstationären und stationären Angeboten sind mehr zu gewichten.

Sowohl auf Bundesebene als auch in den Kantonen sind diese Lösungsansätze zu konkretisieren. Dabei müssen die regionalen Bedürfnisse berücksichtigt werden.

1. Projekt REHA 2000

Im Rahmen des Massnahmepaketes zur Verminderung der Drogenprobleme (Bundesratsbeschluss 20.2.1991) soll neben anderen Projekten (Grundlagenpapier des Bundesamtes für Gesundheitswesen 33.4.1d, 1991) auch die stationäre Drogenarbeit gefördert werden. Zur Erarbeitung von Grundlagen für die Planung von konkreten Massnahmen hat das Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG) im Winter 1992 die Fachstelle für Sozialarbeit im Gesundheitswesen Solothurn (FSG) beauftragt, eine Situations- und Lückenanalyse in der stationären Drogentherapie (stationärer Drogenentzug und stationäre Drogenrehabilitation) durchzuführen. Die Arbeiten wurden unter dem Projektnamen REHA 2000 durchgeführt. Im Projekt sollen für die stationäre Drogentherapie planungsrelevante Daten und Einschätzungen zusammengetragen sowie Planungsziele erarbeitet werden.

Der vorliegende Projektbericht basiert auf einer systematischen Erhebung zu den stationären Einrichtungen in der Schweiz, einer zweistufigen Expertenbefragung, Interviews mit Betroffenen, der Entwicklung von Szenarien zur Zukunft der Drogentherapie und regionalen Hearings mit Fachleuten. Durch diese Kombination von Zugängen wurde angestrebt, einerseits Fakten zur Situation «vor Ort» zu erheben und andererseits Erfahrungswissen und Trendeinschätzungen von Expertinnen und Experten sowie Betroffenen zu integrieren.

Für die Projektarbeiten stand eine relativ kurze Zeitspanne vom Frühling 1993 bis Winter 1993/94 zur Verfügung. Das Projekt wurde in Zusammenarbeit mit Dr. Theo Hutter von der Abteilung Forschung & Entwicklung der Ostschweizerischen Höheren Fachschule für Sozialarbeit St. Gallen (OSSA) realisiert.

Bei der Projektdurchführung wurde sehr stark das Ziel mitverfolgt, unter den Beteiligten den Dialog zur Konsensfindung über die Zukunft der stationären Drogentherapie zu fördern. In den Diskussionen und Befragungen haben sich über 400 Fachleute aus der gesamten Schweiz beteiligt. Die Daten der Situations- und Lückenanalyse wurden Bundesämtern und Fachgremien zur Stellungnahme vorgelegt, bevor Ziele und Massnahmen definiert wurden. Für den notwendigen und wichtigen Dialog zwischen Fachpersonen, Verantwortlichen in den Kantonen und Bundesämtern konnte das Projekt Impulse geben. Damit dieser Dialog nicht versandet, wird der übergeordneten Koordination in Zukunft grosse Bedeutung zugemessen.

Den Fachpersonen, den Verantwortlichen in den Kantonen und Bundesämtern, den Betroffenen und Eltern, ohne deren Mitarbeit die hier vorgelegten Materialien nicht zustandegekommen wäre, danke ich für ihr Mitwirken am Projekt REHA 2000 herzlich.

Solothurn, Mai 1994

Urs Mühle
Fachstelle für Sozialarbeit im Gesundheitswesen

1.1. Einleitung und Definitionen

Die stationäre Drogenarbeit umfasst für Drogenabhängige ein vielfältiges Hilfsangebot. Bei der Betrachtung ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen dem Drogenabstinenz-orientierten Angebot und jenem, bei dem Drogenabstinenz keine Voraussetzung ist, beispielsweise Auffang-einrichtungen, Gemeinschaften für Methadonbezüger etc.. Im Projekt REHA 2000 geht es allein um das Drogenabstinenz-orientierte Angebot, die stationäre Drogentherapie.

Die Rehabilitationsziele in der stationären Drogentherapie werden häufig nicht in einem ersten Versuch erreicht, bzw. Rückfälle gehören zum Verlauf einer Rehabilitation. Ein Teil der Klientel ist wiederholt in einem stationären Programm, hat mehrere Male über eine längere oder kürzere Phase drogenfrei gelebt. Andererseits ist nur ein Teil der Drogenkonsumentinnen und -konsumenten auf die stationären Angebote angewiesen. Ein Teil der Drogenkonsumentinnen und -konsumenten erreicht die Ziele der stationären Drogentherapie in ambulanten Programmen, und ein unbekannter Teil erreicht diese Ziele, zumindest vorübergehend, auch ohne die Anspruchnahme einer professionellen Hilfe.

Die Phasen der stationären Drogentherapie sind in der Regel folgendermassen organisatorisch und räumlich voneinander getrennt:

Drogenentzug: Unter dem Drogenentzug wird die Entgiftung oder die körperliche Entzugsbehandlung von Heroin, Methadon oder Kokain verstanden. Dem Körper wird die Droge sofort oder stufenweise entzogen. Während des Drogenentzugs kommt es zu mehr oder weniger ausgeprägten Entzugssymptomen. Die Behandlung wird ohne Medikamente durchgeführt als sogenannter "kalter" Entzug und mit Medikamenten unterstützt als medikamentöser Entzug. Viele Drogenabhängige machen im Verlaufe ihrer Drogenkarriere mehrere Selbstentzugsversuche ohne professionelle Unterstützung durch. Über den Erfolg bzw. Misserfolg solcher Selbstentzugsversuche bestehen keine systematischen Untersuchungen. Professionell unterstützte Drogenentzugsprogramme werden ambulant oder stationär durchgeführt, wobei ambulante Drogenentzugsversuche nicht immer sachkundig durch eine Beratungsstelle oder einen Arzt begleitet werden. Die ambulanten Entzugsprogramme sind für alle Beteiligten sehr schwierig und können am Durchhaltevermögen des Entzugswilligen scheitern. Gescheiterte Entzugsversuche können dennoch wertvoll sein, da sie Ausgangspunkt für die Einleitung eines stationären Drogenentzuges sein können.

Übergangsphase: Sie definiert den Bereich zwischen körperlichem Drogenentzug und stationärer Rehabilitation. Für diese Phase besteht ein spezielles Angebot an Übergangsplätzen in Drogenentzugseinrichtungen und einzelnen wenigen Übergangsstationen. Sie dient der Klärung und Festigung des im Drogenentzug geplanten ambulanten oder stationären Rehabilitationsprogrammes.

Drogenrehabilitation: Unter Drogenrehabilitation werden die verschiedenen therapeutischen Settings nach dem körperlichen Drogenentzug und der Übergangsphase zusammengefasst. Die Zielsetzung dieser Rehabilitationsprogramme ist die Reintegration der oder des ehemaligen Drogenabhängigen und die möglichst weitgehende Drogenabstinenz. Rehabilitation umfasst deshalb psycho- und sozialtherapeutische Massnahmen, teilweise unter Einbezug der Bezugspersonen, sowie Massnahmen der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung. Es besteht ein ambulantes Angebot durch Beratungsstellen, verschiedene ärztliche und nichtärztliche Therapeuten und ein stationäres Angebot.

REHA 2000 beschränkt sich auf den Kernbereich der stationären Drogentherapie in der Schweiz. Zum Kernbereich werden die Institutionen gerechnet, die als ihren primären Zweck den Drogenentzug und die Rehabilitation von Drogenabhängigen bezeichnen. Nichteinbezogen wurden somatische Spitäler, Einrichtungen, die primär dem Straf- und Massnahmenvollzug dienen oder dem Kinder- und Jugendheimbereich zuzuordnen sind. Straf- und Massnahmenvollzug und die Kinder- und vor allem Jugendheime sind aber sehr häufig mit Suchtmittelmissbrauch und Drogenabhängigkeit konfrontiert. Die Handlungskompetenz des Personals sollte unbedingt gefördert werden zur Entlastung des Kernbereiches der Drogenrehabilitation. Rückblickend muss aus fachlicher Sicht diese Beschränkung auf den Kernbereich in Frage gestellt werden. Für die Gesamtplanung wäre aus den oben genannten Gründen eine Öffnung sinnvoll gewesen. Diese Öffnung hätte jedoch den Rahmen dieses Projektes gesprengt.

Erfahrungsgemäss ist entscheidend, wie das stationäre Drogenentzugsangebot in die ambulanten Hilfsangebote eingebettet ist. Entscheidend darüber ist nicht allein die Zugänglichkeit, sondern die interinstitutionelle Zusammenarbeit. Der Drogenentzug muss aber auch mit dem Drogenrehabilitationsangebot vernetzt sein, dies geschieht zunehmend über ein spezielles Übergangsangebot.

Der Erfolg von Massnahmen in der stationären wie in der ambulanten Drogentherapie ist stark abhängig von der konkreten Umsetzung dieser Vernetzung in die Praxis. Dies erfordert, dass mehrere Berufsgruppen interdisziplinär und interinstitutionell kooperativ zusammenarbeiten, was an die einzelne Fachperson sehr hohe Anforderungen stellt.

1.2. Fragestellungen von REHA 2000

Die Bereitstellung des Angebotes in der stationären Drogentherapie ist die Sache der Kantone. In den Kantonen bestehen unterschiedliche - interkantonal kaum koordinierte - Versorgungskonzepte. Das einzelne Angebot hat aber nicht nur kantonale sondern immer eine regionale oder gesamtschweizerische Bedeutung, vor allem in der Drogenrehabilitation. Zur gesamtschweizerischen Versorgungslage besteht keine Übersicht. Es ist damit für das Bundesamt für Gesundheitswesen sehr schwierig, die Weiterentwicklung der stationären Drogentherapie gesamtschweizerisch gezielt zu unterstützen. Die Hauptfragestellung vom Projekt REHA 2000 ist deshalb "Welche quantitativen und qualitativen Lücken bestehen im gesamtschweizerischen Angebot der stationären Drogentherapie?" Da es aber nicht allein um eine Beurteilung des IST-Zustandes geht, sondern um strategische Überlegungen, wird die Situations- und Lückenanalyse eng verknüpft mit den Fragen "Wie ist ein zukünftiges Angebot zu gestalten, und wo sind die Prioritäten zu setzen?" Zur Beantwortung dieser Fragen sind Daten aus einer retropektiven Situations- und Lückenanalyse nicht ausreichend, da damit die Trends in der Drogenproblematik zu wenig erfasst werden können. Ein wichtiges Anliegen des Projektes REHA 2000 war deshalb, mit den Verantwortlichen in den Kantonen und Städten, den Fachleuten und Betroffenen über die Zukunft der stationären Drogentherapie ins Gespräch zu kommen. Wie beurteilen sie den IST-Zustand und wie sind nach ihrer Ansicht die Veränderungsziele zu definieren? Aufbauend auf ihren Einschätzungen werden im Projekt REHA 2000 die Ziele und generellen Lösungsansätze erarbeitet.

1.3. Zielsetzung und Methode

1.3.1. Situations- und Lückenanalyse

Eine Situations- und Lückenanalyse der stationären Drogentherapie in der Schweiz sollte aussagekräftige Informationen präsentieren über die Institutionen, deren Leistungsmerkmale, deren konzeptuelle Ausrichtung sowie über die Klientel.

Für das Vorgehen wurden verschiedene Lösungsvarianten in Betracht gezogen. Eine Variante wäre die Sekundäranalyse vorliegender Daten in den einzelnen Institutionensegmenten (z.B. Forschungsverbund SPD Zürich, BSV) oder die Analyse von Jahresberichten. Diese Varianten mussten aus unterschiedlichen Gründen verworfen werden (zu kleine Institutionengruppen, zu unterschiedliche Kriterien).

Für die Situations- und Lückenanalyse werden aus diesen Gründen die Daten mittels einer postalischen Vollerhebung direkt erfasst (Institutionenerhebung). Die eingesetzten Erhebungsinstrumente waren: ein Fragebogen zur Institution (Plätze, Personal, Konzept etc.), zum Belegungsgrad der Institution und zur Klientel in der Institution an einem Stichtag.

Die einzelnen Institutionen wurden mit Hilfe des Verzeichnisses «Stationäre Einrichtungen in der Drogenhilfe» (Ulrich, 1993) zusammengetragen und mit nicht aufgeführten Institutionen ergänzt. In REHA 2000 werden 131 Institutionen erfasst, wovon 48 dem stationären Drogenentzug und 83 der stationären Drogenrehabilitation zuzurechnen sind.

Bei der schriftlichen Befragung konnte eine Fragebogen-Rücklaufquote von 88 % erreicht werden.

	Institutionen mit vollständig ausgefüllten und verwertbaren Fragebogen			
	Rehabilitation		Entzug	
Institutionenfragebogen	73	88 %	42	87.5 %
Fragebogen zum Belegungsgrad	70	84 %	42	87.5 %
Fragebogen zur Klientel in den Institutionen	71	86 %	42	87.5 %

Tabelle 1: Rücklaufquote bei den einzelnen Fragebogenteilen, nach Institutionensegment (FSG/OSSA 1993)

Die unvollständigen Fragebogen konnten teilweise vervollständigt werden durch telefonische Rückfragen und durch die Analyse von Jahresberichten.

Bilanzierend lässt sich festhalten, dass der Datenrückfluss insgesamt als hoch angesehen werden kann. Auf diesem Hintergrund kann ein aussagekräftiges Bild der Situation in der schweizerischen stationären Drogentherapie gezeichnet werden.

1.3.2. Einbezug von Betroffenen und Eltern

Die subjektiven Einschätzungen, die Beurteilung des Ist-Zustandes durch Betroffene und Eltern werden in die Überlegungen einbezogen. Zu diesem Zweck wurden mit 30 Betroffenen und Eltern Gespräche zur stationären Drogentherapie in kleinen Gruppen geführt. Die Fragestellung war, in wieweit sie mit den heutigen stationären Drogenentzugs- und Drogenrehabilitationseinrichtungen zufrieden sind. Es beteiligten sich Personen, die zur Zeit in stationären Drogenrehabilitationsprogrammen sind, Eltern von drogenabhängigen Jugendlichen, Methadonbezüger und Bezügerinnen und Personen, die ein Rehabilitationsprogramm abgeschlossen oder abgebrochen haben.

1.3.3. Zukunftsszenarien

Mit einer prospektiven Methode wird versucht, die mögliche Weiterentwicklung der Drogenproblematik in den nächsten Jahren einzuschätzen. Aufgrund eines Rückblicks auf die Drogenpolitik der letzten drei Jahre werden in mehreren kleinen Arbeitsgruppen die Faktoren eruiert, die in der Zukunft für die Entwicklung des Drogenproblems bestimmend sein werden. Mögliche positive und negative Trends in der Entwicklung wurden skizziert und die durch die Vernetzung der einzelnen Faktoren entstehende Dynamik abgeschätzt. Mit dieser Methode entstanden Zukunftsszenarien, die generelle Rückschlüsse zur Planung der zukünftigen stationären Drogentherapie zulassen.

1.3.4. Festlegung von Zielen und Massnahmen

Ziel war, in die Interpretation der Ergebnisse der Lückenanalyse, der Zukunftsszenarien und bei der Festlegung der Ziele und Massnahmen die Fachleute einzubeziehen. In Zusammenarbeit mit ihnen wurden für fünf Jahre Veränderungsziele und zu ergreifende Massnahmen erarbeitet. Es wurde folgendes Vorgehen gewählt: Schriftliche Expertinnen- und Expertenbefragung, Hearings zu den Ergebnissen der Situations- und Lückenanalyse sowie den Expertenmeinungen. An der Erarbeitung beteiligten sich verschiedene Personengruppen:

Schriftliche Befragung	Hearings (SO,SG,ZH,VD,TI)
167 Praktikerinnen und Praktiker der stationären Drogentherapie	89 Praktikerinnen und Praktiker der stationären Drogentherapie
28 Praktikerinnen und Praktiker aus dem ambulanten Sozialwesen	24 Praktikerinnen und Praktiker aus dem ambulanten Sozialwesen
8 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler mit Erfahrung in der Drogen(therapie)forschung	74 Praktikerinnen und Praktiker der Drogenberatungsstellen
	33 Vertreterinnen und Vertreter städtischer und kantonaler Departemente
	15 Diverse

Tabelle 2: Expertenbefragung und Hearings (FSG/OSSA 1993)

Die Befragung wurde in zwei Durchläufen durchgeführt. In einer ersten Runde (Mai 1993) wurden den Expertinnen und Experten zu den Lücken bzw. Problemen und möglichen Lösungsansätzen in der stationären Drogentherapie offene Fragen gestellt. Eine Zusammenfassung der Antworten wurde Anfang August 1993 den Befragten wieder zugestellt, mit der Bitte, auf dem Hintergrund des sichtbaren Meinungsspektrums nochmals Stellung zu nehmen. Konkret waren sie aufgefordert, dringende Massnahmen in bezug auf die stationäre Drogentherapie und deren Umfeld zu nennen und zu begründen.

In jedem der vier Tätigkeitsfelder hat die Hälfte oder mehr der Angefragten an der ersten Runde teilgenommen. In der zweiten Befragungsrunde gingen Antworten von 35 % der Angefragten ein.

Insgesamt gesehen zeigte sich, dass die Gruppe der an der Expertinnen- und Expertenbefragung Beteiligten über ein Erfahrungspotential in ihrem Arbeitsgebiet verfügt, das über die eigene Institution hinausreicht.

Hearings: Die Ergebnisse der Expertenbefragung und der Situationsanalyse wurden an sechs regionalen Hearings (SG, SO, ZH, LU, VD, TI) an einer je ganztägigen Veranstaltung vorgestellt und Ziele sowie Lösungsansätze diskutiert.

2. Organisation und Trägerschaft der stationären Drogentherapie

Private, gemeinnützige Organisationen - meist Vereine oder Stiftungen - bilden sehr häufig die Trägerschaft in der stationären Drogentherapie. Dies trifft fast zu 100 % in den Drogenrehabilitationsinstitutionen zu. Bei den Drogenzugsinstitutionen bilden zu zwei Dritteln die Kantone die Trägerschaft (Allgemeinspitäler, Psychiatrische Kliniken). Eine einzige Entzugseinrichtung und zwei Rehabilitationsinstitutionen werden von Gemeinden geführt. Gewinnerorientierte Trägerschaften sind selten. Einige bestehen bei den Entzugseinrichtungen (Privatspitäler).

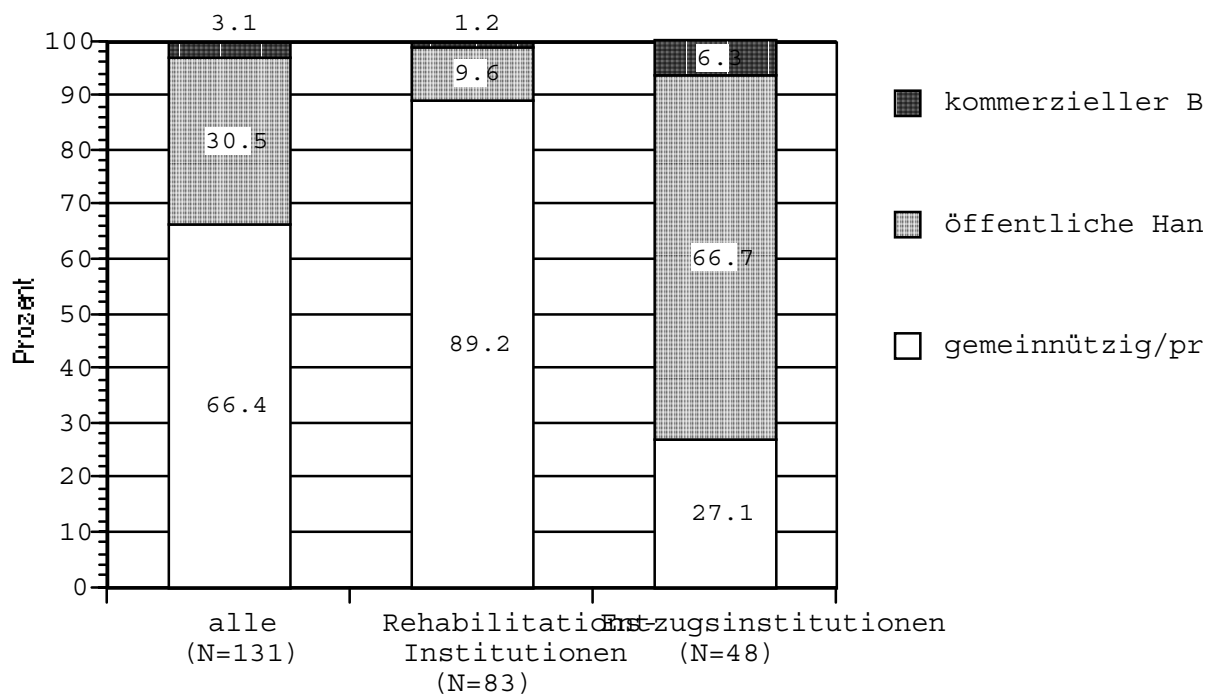


Tabelle 3: Trägerschaftstypen, nach Institutionentyp (FSG/OSSA 1993)

In REHA 2000 sind insgesamt 131 Institutionen, davon 48 Entzugs- und 83 Rehabilitationsinstitutionen erfasst. Diese Institutionen gehören organisatorisch zu 112 Trägerschaften. Die 83 Rehabilitationsinstitutionen verteilen sich auf 68 Trägerschaften. 59 (87 %) dieser Trägerschaften führen eine Rehabilitationsinstitution. Die 48 Entzugsinstitutionen sind auf 48 verschiedene Trägerschaften verteilt. Es gibt also keine Trägerschaft die mehrere, räumlich-organisatorisch getrennte Entzugsinstitutionen führt. Vier Trägerschaften von Entzugsinstitutionen verwalten zusätzlich noch Rehabilitationseinrichtungen: Angesichts der Seltenheit dieser Verbindung muss der Entzugs- und Rehabilitationbereich als institutionell fast vollständig getrennt betrachtet werden.

Die Institutionen bieten insgesamt 1656 Entzugs- und/oder Rehabilitationsplätze an, durchschnittlich 15 Plätze, bei einem Minimum von einem und einem Maximum von 121 Plätzen. 50 % der Institutionen verfügen über weniger als 9.5 Plätze.

Die Zuständigkeit zur Finanzierung der stationären Drogentherapie liegt bei den Kantonen, über die individuellen Beiträge der Betroffenen entscheiden die Gemeinden. Weitere Kostenträger sind die Krankenkassen und die Invalidenversicherung. Allerdings wird eine Drogenabhängigkeit - wie die anderen Suchtkrankheiten auch - von den Sozialversicherungen nicht generell als Krankheit anerkannt. Die Invalidenversicherung anerkennt eine Invalidität als Folge einer Suchtkrankheit, wenn die Ursache der Suchtenwicklung ein körperlicher oder geistiger Gesundheitsschaden ist. Die Krankenkassen machen ihre Leistungen von verschiedenen Kriterien abhängig. Generell kann festgehalten werden, dass keiner dieser Kostenträger einen einheitlichen Finanzierungsmodus hat.

Die Kostenaufteilung zwischen den Kantonen und den Gemeinden ist in einzelnen Kantonen gut geregelt, in anderen ungenügend. In den Kantonen bildet für die Finanzierung die kantonale

Gesetzgebung (z.B. kantonales Sozialhilfegesetz oder Gesundheitsgesetz) die Grundlage. Von der kantonalen Gesetzgebung ist wiederum die Leistungspflicht der Gemeinden gegenüber der oder dem Betroffenen abhängig.

Für die Krankenkassen ist das Krankenversicherungsgesetz massgebend. Sie machen ihre Leistungen zum Beispiel davon abhängig, wo und ob unter ärztlicher Leitung eine stationäre Behandlung stattfindet. In der stationären Drogentherapie kommt es vor, dass in einer ärztlich geleiteten Therapieeinrichtung die Krankenkasse der Klientin oder des Klienten praktisch alle Kosten übernimmt, in einer vergleichbaren anderen Institution jedoch keine Kosten übernommen werden.

Für die Invalidenversicherung ist das Invalidengesetz massgebend. Sie erbringt kollektive Leistungen an die stationäre Drogenrehabilitation. Einerseits an den Bau und die Einrichtung der Institution, andererseits mit jährlichen wiederkehrenden Beiträgen an ein Betriebsdefizit der Einrichtung, wenn es sich um eine Rehabilitationsbehandlung im Sinne des IV-Gesetzes handelt.

Die heutige Kostenregelung ist unbefriedigend. Rehabilitationsmassnahmen und Therapien können an der Regelung der Kostenfrage scheitern. Störend ist, dass freiwillige Klientinnen und Klienten die grösseren Schwierigkeiten haben die Kostenfragen zu regeln als Klientinnen und Klienten im Straf- und Massnahmevollzug.

3. Situationsanalyse im stationären Drogenentzug

Der stationäre Drogenentzug wird in Spitälern, Psychiatrischen Kliniken oder speziellen Entzugsabteilungen oder Einrichtungen durchgeführt. Klare Regeln in der Entzugseinrichtung, gute Instruktion des Personals, die kooperative Zusammenarbeit mit der Beratungsstelle, Bezugspersonen der oder des Betroffenen und ein ambulantes oder stationäres Anschlussprogramm sind die entscheidenden Voraussetzungen für einen erfolgreichen stationären Drogenentzug. Der Grossteil (81 %) der heute bestehenden 21 spezialisierten Entzugsinstitutionen wurden in den letzten 10 Jahren eröffnet. Rund die Hälfte der Institutionen wurde zwischen 1988 und 1993 gegründet. Die älteste Institution entstand 1976. Das in REHA 2000 erfasste Entzugsangebot wird für die Situationsanalyse in drei Kategorien eingeteilt:

1. 25 Psychiatrische Kliniken ohne spezialisierte Abteilungen. Die Patientinnen und Patienten werden für den Drogenentzug auf einer Abteilung der Klinik aufgenommen. Auf dieser Abteilung betreuen das Pflegepersonal und die Ärzte die Drogenpatientinnen und -patienten zusammen mit den anderen Patientinnen und Patienten. Drei dieser Psychiatrischen Kliniken führen dazu eine Übergangsstation für Suchtpatienten. Nach dem körperlichen Drogenentzug kommen die Patientinnen und Patienten auf diese Übergangsstation. In den Psychiatrischen Kliniken ohne ein Übergangsangebot ist in der Regel ein länger dauernder Aufenthalt nach dem körperlichen Drogenentzug zwar auch möglich, aber erfahrungsgemäss für alle Beteiligten schwierig.

2. 10 Psychiatrische Kliniken mit spezialisierter Abteilung. In der Klinik besteht eine spezielle Abteilung für den Drogenentzug, teilweise werden die Entzugsplätze auch für anderen Suchtmittelentzug gebraucht (Alkohol, Medikamente). Das Pflegepersonal und die Ärzte betreuen ausschliesslich Drogenpatientinnen und -patienten. Es besteht eine Spezialisierung für die Organisation und Einleitung von Anschlussprogrammen.

3. 11 Spezialisierte spitalexterne Drogenentzugseinrichtungen. Die Einrichtungen haben eine eigene Infrastruktur für das Drogenentzugsangebot. Es besteht eine Spezialisierung für die Organisation und Einleitung von Anschlussprogrammen. Besteht keine Übergangsstation, so wird in der Regel ein Angebot an Übergangsplätzen gemacht. Von den Krankenkassen werden nicht alle Einrichtungen anerkannt.

Zu diesem Drogenentzugsangebot kommt jenes in den somatischen Spitälern. In jedem Regional- oder Bezirksspital besteht in der Regel die Möglichkeit von Einzelaufnahmen zum Drogenentzug. Betreut werden die Patientinnen und Patienten vom Personal einer Abteilung des Spitals. Das Personal ist auf Fragen des Drogenentzuges nicht spezialisiert, die Betreuung ist in der Regel auf medizinisch-pflegerische Aspekte beschränkt. Kompensiert wird dieses Defizit in einigen Spitälern durch eine enge Zusammenarbeit mit der regionalen Drogenberatungsstelle. Sie übernimmt die Indikation und die Einleitung des ambulanten oder stationären Anschlussprogrammes.

3.1. Platzangebot

Im Frühjahr 1993 stehen gesamtschweizerisch insgesamt 282 Entzugsplätze für Abhängige von harten illegalen Drogen zur Verfügung. 57 % dieser Plätze befinden sich in spezialisierten Entzugsstationen, 72 % aller Plätze werden innerhalb von psychiatrischen Kliniken angeboten.

In den Psychiatrischen Kliniken kann das Platzangebot in den nichtspezialisierten Abteilungen nicht genau bestimmt werden, weil bei Bedarf die Betten auch anders belegt werden, z. B. für einen Alkohol- oder Medikamentenentzug. Geht man von einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer für den körperlichen Drogenentzug von 21 Tagen aus, so können in den drei Kategorien von Entzugseinrichtungen jährlich rund 4800 Drogenentzüge durchgeführt werden. Die Zahl sagt sehr wenig aus, weil davon auszugehen ist, dass ein unbekannter Teil an Entzugsplätzen länger als drei Wochen von der gleichen Patientin oder vom gleichen Patienten belegt ist, also als Übergangspplatz benutzt wird. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass das tatsächliche stationäre Drogenentzugsangebot grösser ist, d.h. jährlich in der Schweiz eine weit grössere Anzahl von Drogenentzügen durchgeführt wird, weil die Entzugsplätze in den Spitälern nicht erfasst sind.

3.1.1. Platzangebot nach Kantonen

Ein Drittel des erfassten Gesamtangebotes von 282 Entzugsplätzen ist im Kanton Zürich lokalisiert. Kantone, auf die keine der von uns erfassten Entzugsplätze entfallen sind AI, GL, UR, SZ und OW (Stand Mai 1993).

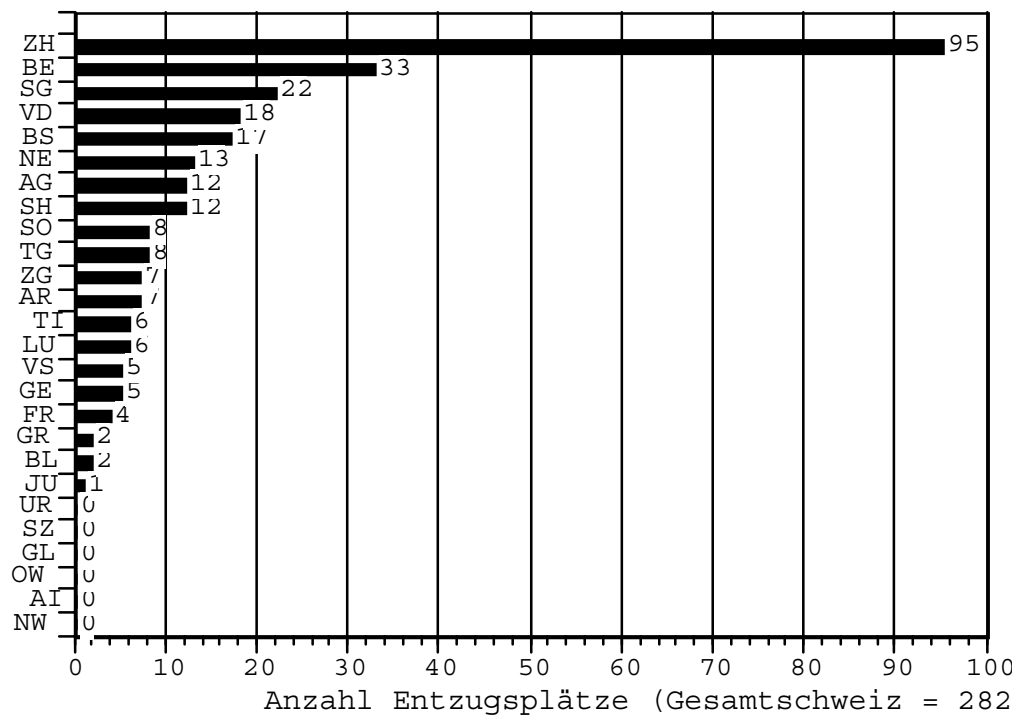


Tabelle 4: Anzahl Entzugsplätze nach Kantonen (FSG/OSSA 1993)

Es besteht eine Versorgungsungleichheit. Bei einer Interpretation muss folgendes berücksichtigt werden: Der Anteil Drogenabhängiger an der 15 - 39jährigen Wohnbevölkerung ist über die Kantone hinweg nicht gleich verteilt. Man muss davon ausgehen, dass Kantone mit grossstädtischen Zentren wie Zürich, Basel oder Genf einen höheren Anteil Drogenabhängiger an der Wohnbevölkerung dieser Altersgruppe haben als andere Kantone. Auf dem Hintergrund dieser Überlegung erstaunt die Versorgungslage in Genf. Im Rahmen von interkantonalen Konkordaten erfüllt ein Teil der Institutionen einen interkantonalen Versorgungsauftrag. Die erfassten Plätze werden in der Praxis auf mehrere Kantone aufgeteilt.

Bei den Entzugsplätzen in Kliniken ohne spezialisierte Entzugsabteilung sind die gemeldeten Plätze teilweise nicht fest für Drogenentzug reserviert. Wenn ein Platz anderweitig benötigt wird, steht er somit für einen Drogenentzug nicht mehr zur Verfügung. In der Westschweiz und im Tessin sowie in kleinen Kantonen der Innerschweiz besteht ein gutes Drogenentzugsangebot auf allgemeinen Abteilungen von somatischen Spitalern. Die Plätze werden in Zusammenarbeit mit einer externen Fachstelle betreut.

Weil diese Faktoren - mangels entsprechender Daten - bei der Berechnung der Versorgungskennzahlen nicht berücksichtigt werden konnten, können die in der Grafik dargestellten Werte lediglich als Ausgangspunkte dienen. Für die Beurteilung der Versorgungsungleichheit sind dann die lokalen bzw. kantonalen Gegebenheiten zu berücksichtigen. Neben den qualitativen Unterschieden innerhalb dieses Angebotes bestehen grosse Unterschiede in den effektiven Gesamtkosten pro Patiententag. Für eine Analyse dieser Unterschiede wären systematische Evaluationsuntersuchungen notwendig.

3.2. Auslastung

Aus verschiedenen Gründen (unvorhergesehene Austritte, limitierte Aufnahmezeitpunkte etc.) ist eine durchschnittliche Belegung von 100 % nur theoretisch möglich. Zur Berechnung des Auslastungsgrades wurden die Anzahl der von den Institutionen gemeldeten freien Plätze dividiert durch die Anzahl der angebotenen Plätze. Überall dort, wo die Institutionenangaben zu freien Plätzen fehlten, jedoch Bewohnerinnen- und Bewohnerdaten vorlagen, wurde die reale Belegung zum Stichdatum dividiert durch die Gesamtanzahl Plätze.

Der durchschnittliche Belegungsgrad am Stichtag (Mai 1993) beträgt in den spezialisierten Abteilungen der Psychiatrischen Kliniken 94 %, in den spezialisierten Entzugsstationen 89 % und in der allgemeinen Psychiatrie 72 %. Zu den Institutionen, bei denen Daten über die Jahre 1988 - 1992 vorliegen, wurde die Entwicklung des Auslastungsgrades in diesem Zeitverlauf berechnet. Der durchschnittliche Auslastungsgrad beträgt 78 %. Die Durchschnittswerte bewegen sich in den fünf Jahren zwischen 77 und 84 %. Eine Entwicklungstendenz lässt sich nicht erkennen.

Auf dem Hintergrund der hohen durchschnittlichen Auslastung der Institutionen und der wenigen freien Entzugsplätze am Stichtag (ca. 30 Plätze ohne Spitäler) interessieren die Wartezeiten für Entzugswillige.

Bei einer insgesamt grossen Spannweite von 0 bis 22 Tagen resultiert ein Durchschnittswert von einer Wartezeit von einer Woche bezogen auf den frühestmöglichen Eintritt. Die realen Wartezeiten während der letzten drei Monate scheinen etwa in der Grössenordnung zu liegen. Zu berücksichtigen sind die grossen Nachfrageschwankungen: Phasenweise besteht in einzelnen Einrichtungen praktisch keine Wartezeit, in Phasen grosser Nachfrage eine Wartezeit von mehreren Wochen.

3.3. Das regionale Versorgungsangebot

Das stationäre Drogenentzugsangebot muss eingebettet sein in das regionale ambulante Behandlungs- und Beratungsangebot von spezialisierten Stellen, Hausärzten und Einrichtungen der Überlebenshilfe. In der Praxis ist die regionale Vernetzung sehr wichtig. So kann die Entzugseinrichtung die regionalen Ressourcen und die Möglichkeiten der oder des Betroffenen gezielt nutzen, Anschlussprogramme können abgesprochen werden, der Umgang mit Rückfällen vereinbart werden, der Einbezug der Eltern oder Arbeitgeber hier organisiert und Verantwortlichkeiten festgelegt werden.

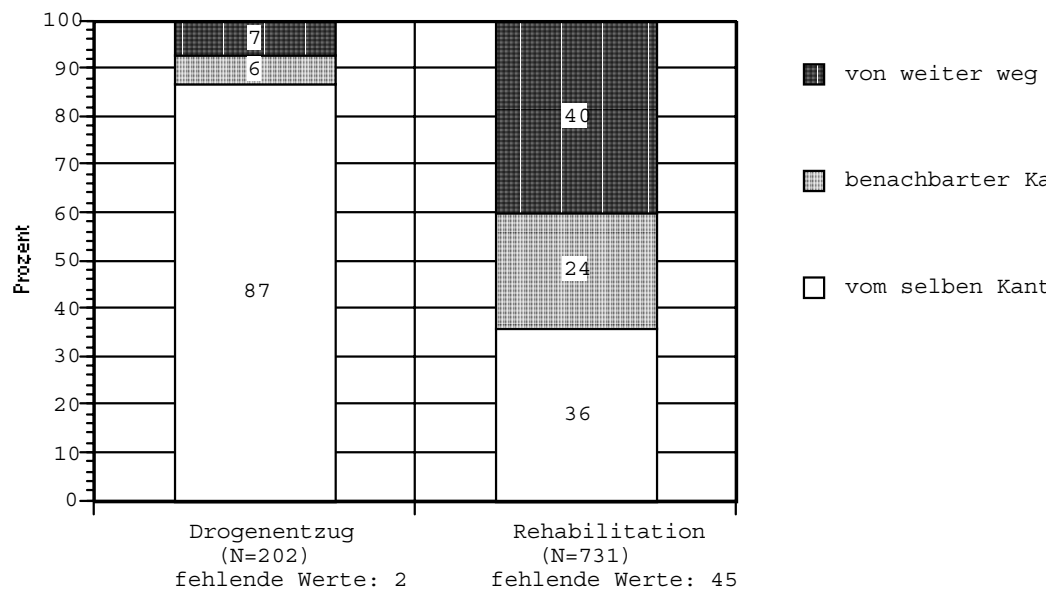


Tabelle 5: Drogenabhängige Bewohnerinnen und Bewohner am Erhebungsstichtag, nach ihrem Wohnsitzkanton vor Eintritt im Bezug zum Standortkanton der Institution (FSG/OSSA 1993)

Die Daten zeigen, dass zwischen den Regionen grosse Versorgungsunterschiede (siehe Platzangebot nach Kantonen) bestehen. Auch qualitativ unterscheidet sich das Angebot von Region zu Region wesentlich. In der französischen und italienischen Schweiz besteht praktisch nur ein Angebot in Spitälern oder Psychiatrischen Kliniken. In der deutschen Schweiz besteht in den grossstädtischen Agglomerationen ein breites Angebot an spezialisierten Einrichtungen innerhalb und ausserhalb der Psychiatrischen Kliniken. In den ländlichen Regionen der deutschen Schweiz beschränkt sich das Angebot auf Entzugsplätze in Psychiatrischen Kliniken oder Spitälern, wenn die Kantone nicht mit ausserkantonalen Entzugseinrichtungen spezielle Verträge abgeschlossen haben.

Mit dem jeweiligen regionalen Entzugsangebot werden die verschiedenen Zielgruppen unterschiedlich gut erreicht. Besteht zum Beispiel in einer Region nur ein Entzugsangebot in einem Spital oder Psychiatrischen Klinik, so stellt dies eine ganz andere Ausgangssituation dar als in einer Region mit einer speziellen spitalexternen Drogenentzugseinrichtung. Aufnahmemöglichkeiten und Zugänglichkeit sind in diesen beiden Regionen im Fallbeispiel ganz anders zu bewerten. Es ist davon auszugehen, dass die Angschwelle gegenüber einer Psychiatrischen Klinik oder einem Spital in der Region für einen grossen Teil der Drogenkonsumentinnen und -konsumenten zu hoch ist, ein Teil schlecht erreicht wird oder erst in einem späten Stadium der Suchtentwicklung. Von Fachleuten wird in Frage gestellt, ob ein Drogenentzugsangebot auf einer allgemeinen Abteilung einer Psychiatrischen Klinik für Jugendliche geeignet ist.

Mit einem spezialisierten Drogenentzugsangebot ausserhalb der Spitalversorgung können bestimmte Gruppen besser angesprochen werden, ein Teil der Betroffenen bevorzugt jedoch die Entzugsmöglichkeiten in einem Spital. Für den Drogenentzug mit fürsorgerischem Freiheitsentzug ist die Infrastruktur einer spezialisierten Abteilung in einer Psychiatrischen Klinik geeigneter als eine spitalexterne Einrichtung. Systematische Untersuchungen zu den verschiedenen Kategorien von Entzugseinrichtungen bestehen keine. Festzustellen ist, dass ein Drogenentzugsangebot ausserhalb der Spitalversorgung nur sehr beschränkt in einzelnen Regionen der deutschen Schweiz besteht und Fachleute übereinstimmend der Meinung sind, dass

für die Durchführung des körperlichen Drogenentzuges in der Regel die Infrastruktur einer Klinik nicht notwendig ist.

3.4. Das Aufnahmeverfahren

Auf eigene Initiative, über eine Beratungsstelle, über den Hausarzt oder aufgrund einer gerichtlichen Verfügung bewirbt sich die oder der Drogenabhängige für einen Platz in einer Drogenzugseinrichtung in der Region oder wird mit einer gerichtlichen Massnahme oder einem fürsorgerischen Freiheitsentzug (FFE) eingewiesen. In der Regel erfolgt eine freiwillige Einweisung über einen Berater einer Beratungsstelle oder über den Hausarzt. In einen Teil der Einrichtungen ist ein direkter Eintritt möglich. Das Aufnahmeverfahren ist unterschiedlich gestaltet und nur innerhalb der einzelnen Kategorien vergleichbar.

Bei den spezialisierten Einrichtungen und mehrheitlich auch bei den anderen Einrichtungen ist ein bestehendes Anschlussprogramm keine Aufnahmebedingung. Vor allem spezialisierte Einrichtungen betrachten es als ihren Auftrag, während dem Entzug mit der Patientin oder dem Patienten das Anschlussprogramm zu planen und einzuleiten. Die persönliche Motivation zum Drogenentzug der Patientin oder des Patienten ist bei den spezialisierten Einrichtungen bei gut der Hälfte (54 %) ein wichtiges Aufnahmekriterium. Bei den Einrichtungen in der Psychiatrie ist bei zwei Dritteln eine persönliche Motivation erwünscht, jedoch keine Aufnahmebedingung.

Es besteht eindeutig der Trend zu laufenden Aufnahmen (täglich oder wöchentlich). Zum Zeitpunkt der Erhebung führte nur eine Institution sogenannte "Gruppenentzüge" durch.

Es besteht ein grosser Konsens unter den Fachleuten, dass die Effektivität des Drogenentzugsangebotes durch ein transparentes einfaches Aufnahmeverfahren und unbürokratische Regelung der Fragen der Kostengutsprachen verbessert werden kann.

3.5. Durchführung des Drogenentzuges

Allein wegen den verschiedenen Rahmenbedingungen in den drei Kategorien wird die Drogenentzugsbehandlung unterschiedlich gestaltet, setzen sich die Betreuerenteams aus unterschiedlichen Berufen zusammen und reicht das Klima von familiär bis zu ausgesprochen klinisch. Allgemein kann man festhalten, dass spezialisierte Abteilungen und Einrichtungen eher eine ganzheitliche Betreuung anbieten können. Sie setzen Akzente in der Aktivierung der Patientinnen und Patienten durch Beschäftigungsprogramme, Gymnastik, Mitarbeit auf der Station und bearbeiten mit Fachkompetenz die Fragen der Anschlussprogramme. Nichtspezialisierte Einrichtungen beschränken sich eher auf die medizinisch-pflegerische Betreuung der Patientinnen und Patienten. Häufig bestehen Defizite bei der Bearbeitung der Frage der Anschlussprogramme und den aktiven Beschäftigungsmöglichkeiten.

Für den Erfolg oder Misserfolg des Drogenentzuges wird übereinstimmend eine konstante und kompetente Bezugsperson als sehr entscheidend bezeichnet. Mit Hilfe des Betreuers oder der Betreuerin könnten Ängste und Schmerzen abgebaut und die Betroffenen zum Durchstehen der Anfangsphase motiviert werden. Häufiger Wechsel des Personals geben den Betroffenen das Gefühl, allein gelassen zu werden, nicht ernst genommen zu werden usw.. Diese Problematik scheint vor allem in grossen Einrichtungen zu bestehen.

36 Institutionen geben als minimale Behandlungsdauer für den körperlichen Drogenentzug 17 Tage an. Die tatsächliche Aufenthaltsdauer scheint eindeutig höher zu sein (siehe Vernetzung Drogenentzug - Drogenrehabilitation). Am Stichtag hatte gut die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner (56 %) eine Aufenthaltszeit in der Bandbreite von zwei Wochen. Das heisst, 74 % weilten bereits seit mehr als zwei Wochen in der Institution, 25 % seit 30 Tagen oder länger und knapp 10 % seit mehr als 3 Monaten. In der ersten Kategorie der Entzugseinrichtungen (allgem. Psychiatrie) sind die Aufenthaltszeiten deutlich länger als bei den spezialisierten Entzugseinrichtungen. Die Gründe könnten sein, dass die Kenntnisse über die Rehabilitationsmöglichkeiten nur punktuell vorhanden sind, weshalb Abklärung und Organisation des Anschlussprogrammes mehr Zeit in Anspruch nehmen.

Das Ziel der Situationsanalyse konnte nicht darin bestehen, eine Evaluation der stationären Drogentherapie zu leisten. Gleichwohl war es möglich, Daten über einen Indikator zu sammeln, der in Evaluationsuntersuchungen oft verwendet wird: die Behandlungsabbrüche. Roch et al. (1992) haben die empirischen Erhebungen zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen zwischen 1975 und 1991 gesichtet. Auch Roch et al. (1992) weisen auf die Schwierigkeiten hin, die Resultate der einzelnen Forschungsarbeiten zu vergleichen, da unterschiedliche Definitionen von regulären bzw. irregulären Therapiebedingungen angewendet wurden. In der Gesamtschau aller untersuchten Forschungsarbeiten erwies sich die reguläre Rehabilitationsbeendigung als wichtigster Prädiktor für den langfristigen Rehabilitationserfolg ($r = 0.36$ = gewichteter Durchschnitt der Korrelationen der verschiedenen Studien).

Die 21 spezialisierten Entzugsstationen wurden gebeten, Angaben über die Zahl der regulären bzw. irregulären Austritte für die Jahre 1988 - 1992 zu machen. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass nur von einem Teil der Institutionen Angaben vorliegen und dass keine einheitliche Statistikführung besteht.

In der Zeitperiode von 1988 bis 1992 verändert sich die Anzahl der Institutionen. Pro Jahr wurden diejenigen Institutionen berücksichtigt, die spätestens im Vorjahr des Statistikjahres bereits gegründet worden waren.

Die Ergebnisse zeigen ein kontinuierliches Sinken des durchschnittlichen Anteils regulärer Austritte von 68 % im Jahr 1988 auf 50 % im Jahr 1992.

Ob es sich bei der hier festgestellten Tendenz des sinkenden Anteils regulärer Behandlungsbeendigungen um einen echten Trend handelt und auf welche Faktoren er zurückzuführen ist, darüber lässt sich auf dem Hintergrund der uns zur Verfügung stehenden Daten nichts aussagen.

3.6. Zusammensetzung der Klientel

Mehr als Dreiviertel der Patientinnen und Patienten befinden sich freiwillig in einer Drogenentzugsbehandlung. Die Gründe, die zum Entscheid für einen stationären Drogenentzug geführt haben, sind nach den Angaben der Entzugsstationen und Beratungsstellen vielfältig. Entscheidend scheint zu sein, dass durch ein oder mehrere Ereignisse subjektiv der Eindruck entstanden ist, dass es ohne Drogenentzugsversuch nicht mehr weitergehen kann. Die Motivationen und Gründe für den Drogenentzug konnten in REHA 2000 nicht näher untersucht werden.

Die folgenden Ausführungen basieren auf Daten zur Klientel ($n = 251$) im stationären Drogenentzug am Stichtag (Mai 1993). Beim überwiegende Teil der Klientel (79 %) besteht eine

Opiatabhängigkeit. Kokainabhängige, die nicht noch gleichzeitig Opiate konsumieren, finden sich in den Institutionen kaum. Die durchschnittliche Konsumdauer beträgt bei den Männern sechs Jahre, bei den Frauen fünf Jahre.

22 % der Opiatabhängigen haben nie gefixt. Nach Schätzungen der SFA, die sich auf eine im März 1993 durchgeführte telefonische Umfrage bei rund 100 Drogenberatungsstellen und allen verantwortlichen Polizeistellen der Kantone bezieht, wird in der Schweiz heute von ca. 60 % der Opiatabhängigen Heroin injiziert, die restlichen 40 % inhalieren, rauchen oder sniffen (SFA, 1993). Falls diese Schätzungen zutreffen, würden sich zur Zeit nicht-fixende Opiatabhängige unterdurchschnittlich oft im stationären Drogenentzug befinden.

Das durchschnittliche Alter im Drogenentzug beträgt 26 Jahre. Jünger als 20 Jahre waren am Stichtag 12 % der Personen, und älter als 30 Jahre waren 24 % der erfassten Personen.

Altersmässig ist die Gesamtgruppe der erfassten nichtfixenden Opiatabhängigen signifikant jünger. Der Anteil der unter 20jährigen ist etwa doppelt so hoch wie in der Gesamtgruppe der Drogenkonsumenten.

Ein Grossteil der Institutionen ist bereit, Personen im Massnahmenvollzug oder im fürsorglichen Freiheitsentzug aufzunehmen. Am Stichtag befanden sich in einem knappen Fünftel der Institutionen mindestens eine Person mit fürsorglichem Freiheitsentzug (insgesamt 14 Personen) im stationären Drogenentzug. Bei diesen Institutionen handelte es sich ausschliesslich um psychiatrische Einrichtungen.

	Anzahl Institutionen	Massnahmenvollzug ist möglich	FFE ist möglich	Institutionen mit Personen mit FFE am Stichtag
Psychiatrie (allgemein)	23	70 %	96 %	26 %
Psychiatrie (spezialisiert)	10	90 %	70 %	30 %
Spitalextern (spezialisiert)	11	73 %	73 %	0 %

Tabelle 6: Anteil Institutionen, die Personen im Massnahmenvollzug und im fürsorglichen Freiheitsentzug grundsätzlich aufnehmen bzw. am Stichtag aufgenommen haben, nach Institutionentyp (FSG/OSSA 1993)

3.7. Finanzierung des stationären Drogenentzuges

Im Rahmen von REHA 2000 wurde eine Grobübersicht zur Finanzierung des stationären Drogenentzuges erstellt. Die Zuständigkeit für die Finanzierung liegt bei den Kantonen. Die Kosten des stationären Drogenentzuges werden aufgeteilt zwischen dem Kanton oder den in

einem Konkordat beteiligten Kantonen, den Krankenkassen und der Patientin oder dem Patienten. Es besteht in den Kantonen kein einheitlicher Finanzierungsmodus.

Die Gesamtkosten pro Patiententag sind in einer Klinik in der Regel wesentlich höher als in einer spezialisierten spitalexternen Drogenentzugseinrichtung. Die effektiven Gesamtkosten pro Patiententag konnten aufgrund der zur Verfügung stehenden Unterlagen nicht berechnet werden.

Beiträge an den stationären Drogenentzug bezahlen von den Sozialversicherungen die Krankenkassen. Die Tarife werden zwischen dem Standortkanton der Einrichtung und dem kantonalen Verband der Krankenkassen ausgehandelt. Bedingung ist in der Regel, dass der stationäre Drogenentzug in einer Heilanstalt nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) stattfindet. An spezialisierte spitalexterne Einrichtungen sind Kostenbeiträge davon abhängig, ob die Vertragsbedingungen gemäss KVG (z. B. ärztliche Leitung) erfüllt werden. Teilweise sind die Beiträge nach Aufenthaltsdauer gestaffelt. Ein durchgehendes Konzept ist nicht ersichtlich.

Aufgrund der unterschiedlichen Regelungen und Verträge in den Kantonen variieren die von der Patientin oder dem Patienten zu bezahlenden Tagespauschalen ganz beträchtlich, und zwar auf drei Ebenen:

- kantonale Patientinnen und Patienten: 0 - 630 Fr.
- Tagespauschalen für ausserkantonale Patientinnen und Patienten: 120 - 700 Fr.
- Differenz zwischen kantonalen und ausserkantonalen Tagespauschalen einzelner Institutionen: 0 - 494 Fr.

Für die Tagespauschale, die von der Patientin oder dem Patienten zu bezahlen ist, und für die Krankenkassenbeiträge muss von der Wohnsitzgemeinde bzw. von der Krankenkasse in der Regel vor dem Eintritt eine Kostengutsprache vorliegen. Gespräche mit Entzugsstationen zeigen, dass der Eintritt in die Entzugsstation stark davon abhängig ist, wie effizient die Frage der Kostengutsprache im Kanton geregelt ist. Speziell bei ausserkantonalen Personen wird der Eintritt oft durch die Organisation der Kostengutsprache stark verzögert.

4. Übergang Drogenentzug - stationäre Rehabilitation

Der Schnittstelle zwischen der körperlichen Entzugsbehandlung und dem anschliessenden ambulanten oder stationären Therapieprogramm kommt aus mehreren Gründen grösste Bedeutung zu. Nach dem körperlichen Drogenentzug von zwei bis drei Wochen ist eine Stabilisierung der persönlichen und sozialen Situation beim Betroffenen nicht erreicht. Der Übertritt in die stationäre Rehabilitationseinrichtungen ist häufig erst nach einer Wartezeit möglich, wenn nicht schon vor dem Drogenentzug in einer Rehabilitationseinrichtung ein Platz reserviert wurde. Bei einem Übertritt in ein ambulantes Anschlussprogramm ohne eine stationäre Phase der Stabilisierung ist die Gefahr des Rückfalles sehr gross. Das Setting der Entzugsbehandlung ist für die Stabilisation der Situation nicht unbedingt geeignet. Dieser Bereich von einem bis vier Monaten nach dem Drogenentzug bis zum Beginn eines ambulanten oder stationären Anschlussprogrammes wird als Übergangsbereich definiert. Es wird unterschieden zwischen «Übergangsstationen» und «Übergangsplätzen». Eine Übergangsstation ist - im Unterschied zu den Übergangsplätzen - organisatorisch und räumlich vom Drogenentzug getrennt. Es besteht in jedem Fall eine Aufenthaltsmöglichkeit von mehr als 30 Tagen.

Die Studie REHA 2000 befasste sich mit der Frage, welches Angebot für die Gestaltung des Überganges vom stationären Drogenentzug zur stationären Rehabilitation besteht. Zur Zeit (Mai 1993) besteht in den drei Kategorien des Drogenentzuges in der Schweiz folgendes Angebot:

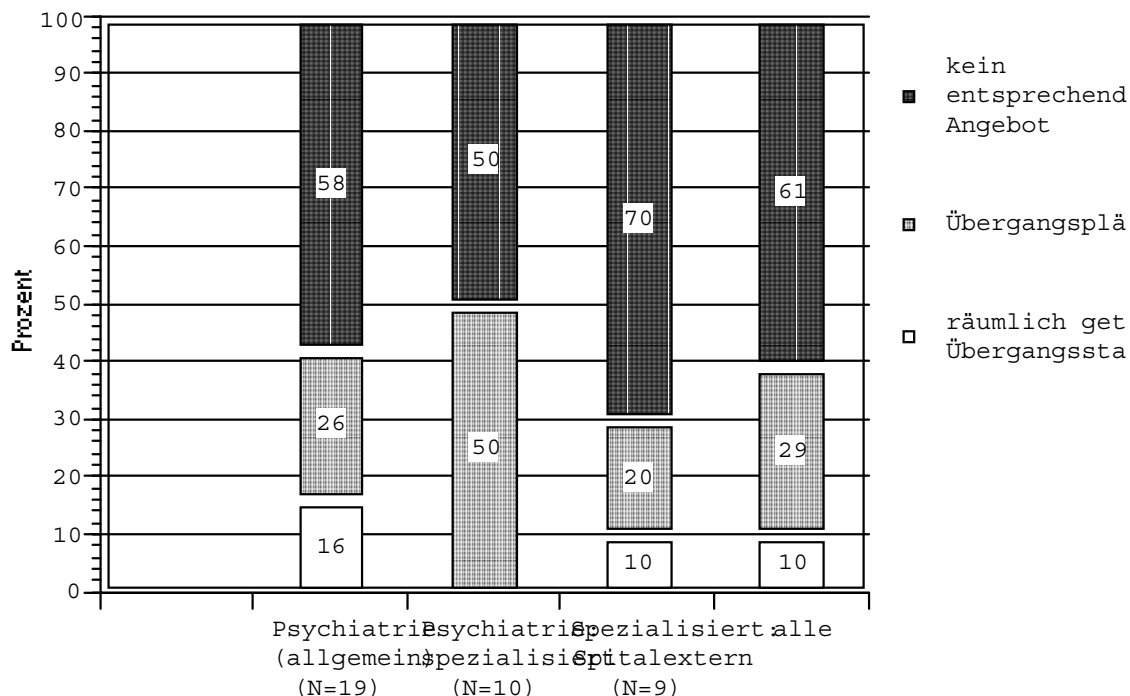


Tabelle 7: Übergangsstationen und Übergangsplätze innerhalb der Institutionen des stationären Drogenentzuges, nach Institutionentypen (FSG/OSSA 1993)

In rund 40 % der spezialisierten Drogenentzugseinrichtungen besteht grundsätzlich die Möglichkeit eines längeren Aufenthaltes. Kein Übergangsangebot besteht in den somatischen Spitälern.

4.1. Kantonales Angebot an Übergangsplätzen

Ein beschränktes Angebot an Übergangsplätzen besteht vorwiegend in den Kantonen, wo der stationäre Drogenentzug in Psychiatrischen Kliniken oder spitalexternen Entzugseinrichtungen durchgeführt wird. Teilweise besteht eine separate Abteilung, teilweise ist das Übergangsangebot in den stationären Drogenentzug integriert. In den meisten Kantonen bestehen keine Übergangsmöglichkeiten, oder ein längerer Aufenthalt geht auf Kosten eines Entzugsplatzes. Für die Phase zwischen Drogenentzug und Drogenrehabilitation besteht in der Schweiz ein ungenügendes Angebot. Daten und Vernehmlassung weisen darauf hin, dass man dieser Frage bisher zu wenig Beachtung geschenkt hat. Folge davon sind Behandlungsabbrüche oder in Notfällen ungeeignete Platzierungen in Einrichtungen in der Schweiz und im Ausland.

4.2. Finanzierung des Übergangsangebotes

Die Zuständigkeit für die Finanzierung liegt bei den Kantonen. Die Zuständigkeit der Sozialversicherungen ist nicht klar definiert. Es besteht kein einheitlicher Finanzierungsmodus. Teilweise leisten die Krankenkassen Beiträge an die Kosten in den Psychiatrischen Kliniken, teilweise muss für den Aufenthalt eine spezielle Kostengutsprache von der Wohnsitzgemeinde der Patientin oder des Patienten verlangt werden, vor allem für die Finanzierung des Aufenthaltes in einer Übergangsstation. In einzelnen Einrichtungen anerkennt die Invalidenversicherung das Angebot als Rehabilitationsangebot und leistet Beiträge an das Defizit. Die effektiven Gesamtkosten, d. h. die von der Patientin oder vom Patienten zu bezahlenden Tagespauschalen konnten im Rahmen von REHA 2000 nicht abgeklärt werden.

5. Beurteilung des Drogenentzuges und des Übergangsangebotes

Aus den Daten ist zu schliessen, dass in den letzten fünf Jahren die Nachfrage nach stationären Drogenentzugsplätzen in der ganzen Schweiz sehr hoch war. Berücksichtigt man, dass in dieser Zeitspanne das Angebot in spezialisierten Einrichtungen um rund 67 % vergrössert wurde und trotzdem die Auslastung weiterhin sehr hoch geblieben ist, so darf das heutige Angebot an spezialisierten Drogenentzugsplätzen als nicht ausreichend eingestuft werden.

Der Handlungsbedarf kann nicht generell definiert werden. Er muss nach Kategorien und in den Kantonen genauer abgeklärt werden, da die Vernetzung mit dem lokalen ambulanten Hilfsangebot und den regionalen Übergangsmöglichkeiten zur Drogenrehabilitation sehr entscheidend ist für die Beurteilung der Situation.

Das Angebot in den somatischen Spitälern ist im Vergleich zu einem gut ausgelasteten spezialisierten spitalexternen Angebot mit einer gewissen Anzahl an Entzügen pro Jahr sehr viel teurer, das Kosten/Leistungsverhältnis wird dementsprechend schlechter. Andererseits kann ein Spital in einer kleinen Region mit einem guten medizinisch-pflegerischen Drogenentzugsangebot die lokalen Hilfsmöglichkeiten gut unterstützen und das Angebot durch die Zusammenarbeit mit einer Fachstelle optimiert werden. Das Angebot in den Spitälern ist grundsätzlich nicht auszubauen, das bestehende Angebot kann im umschriebenen Rahmen das regionale spezialisierte Angebot lokal ergänzen.

Jede aufgeführte Kategorie von Entzugseinrichtungen hat ihre Vor- und Nachteile. Ein grosser Teil der Drogenentzugsplätze befindet sich in den Psychiatrischen Kliniken. Die Fachleute sind übereinstimmend der Meinung, dass bei einem grossem Teil der Drogenentzugsbehandlungen die Infrastruktur der stationären Psychiatrie nicht notwendig ist, ja teilweise die Institution Psychiatrie als kontraproduktiv bezeichnet werden muss. Die Rahmenbedingungen wirken sich auf die Patientinnen und Patienten demotivierend und stigmatisierend aus. In spezialisierten Abteilungen der Psychiatrie bestehen diese Nachteile weniger, da hier der Aufbau einer speziellen Infrastruktur und eines Konzeptes möglich ist. Geeignet sind die Einrichtungen in der Psychiatrie für den Drogenentzug im Rahmen des fürsorgerischen Freiheitsentzuges (FFE). Was die Psychiatrischen Kliniken mit einer speziellen Abteilung anbelangt, so ist sowohl in den Kantonen wie in den Regionen die Kapazität für den FFE ausreichend. Engpässe bestehen u. U. in den Kantonen ohne ein spezialisiertes Drogenentzugsangebot. Fachleute befürworten mehrheitlich die Integration von Personen mit einem FFE in den Drogenentzug auf einer spezialisierten Abteilung mit anderen Drogenpatientinnen und Patienten.

Spitalexterne spezialisierte Einrichtungen fehlen in grossen Regionen der Schweiz ganz. Aus den Daten ist zu schliessen, dass das Angebot in der Innerschweiz, im Kanton Solothurn und in der Westschweiz dringend zu verbessern ist. Der geeignete Lösungsansatz muss regional abgeklärt werden, einzubeziehen in die Lösung ist ein entsprechendes Übergangsangebot.

Die Zugänglichkeit zum Drogenentzugsangebot ist nach den verschiedenen Kategorien zu bewerten. Bei einem Angebot in einem Spital oder einer Psychiatrischen Klinik ist nicht die gleiche Niederschwelligkeit gefordert wie bei einem spitalexternen Entzugsangebot. Ein niederschwelliges Angebot besteht nur in einem Teil der Regionen und Kantonen.

Die Aufnahmeverfahren und der Umgang mit Behandlungsabbrüchen muss problematisiert werden (siehe auch Stellungnahmen der Betroffenen und Eltern), ohne im Projekt REHA 2000 spezifizierte Ziele und Massnahmen festlegen zu können, da die Lösung der Probleme sehr von den regionalen Gegebenheiten abhängig sind. Speziell problematisch scheinen Behandlungsabbrüche und Entweichungen im Rahmen vom Straf- und Massnahmevollzug zu sein, da in diesem Bereich gar keine geeigneten Auffangmöglichkeiten bestehen. Gefängnis und Strafanstalt sind ungeeignet.

Ungenügend gelöst ist die Regelung der Finanzierung des stationären Drogenentzuges. Problematisiert werden muss, dass die Leistungen der Krankenkassen nicht abhängig sind von der Qualität, sondern primär von der Kategorie der Einrichtung, die den Drogenentzug durchführt. Teilweise erhalten in der heutigen Praxis gerade die Einrichtungen mit einem guten bis sehr guten Preis/Leistungsverhältniss keine Kostenbeiträge der Krankenkassen.

Weiter sind die teilweise sehr grossen Preisunterschiede für kantonale und ausserkantonale Patientinnen und Patienten zu problematisieren. Die Kantonsgrenzen verhindern ein gutes Angebot, das über die Kantonsgrenze hinaus regional mit dem ambulanten Hilfsangebot vernetzt werden kann.

Nicht ausreichend ist das Angebot an Übergangsplätzen und Übergangsstationen. Ungenügend, weil ohne dieses Angebot nach dem Drogenentzug die notwendige Stabilisierung für ein anschliessendes ambulantes Programm nicht erreicht werden kann. Rückfragen bei Entzugseinrichtungen ergeben, dass zwar im einzelnen Fall immer versucht wird, die Wartezeit bis zum Eintritt in eine Rehabilitationseinrichtung zu überbrücken, doch das Angebot geht dann auf Kosten eines Entzugplatzes. Dies bedeutet dann, dass die Aufnahmekapazität als Entzugsstation entsprechend kleiner wird.

Inwieweit die Tagesstruktur im Drogenentzug geeignet ist, eine Stabilisierung der Situation zu erreichen und den Aufbau des Anschlussprogrammes einzuleiten, muss teilweise in Frage gestellt werden.

Die Finanzierung des Übergangsangebotes ist nicht gelöst. Die Zuständigkeit der Sozialversicherungen ist nicht festgelegt. Da es sich primär um Massnahmen und Programme im Sinne der Rehabilitation handelt, wird bei den Sozialversicherungen dieser Bereich sinnvollerweise in den Leistungsbereich der Invalidenversicherung eingeordnet.

Der Schaffung von Übergangsstationen und Übergangsplätzen wird von den Fachleuten übereinstimmend sehr grosse Dringlichkeit zugesprochen. In 8 Institutionen ist der Ausbau des

Angebotes an Übergangsplätzen geplant. Solche Planungsvorhaben bestehen vor allem bei den spezialisierten Entzugsstationen.

6. Situationsanalyse in der stationären Drogenrehabilitation

Im Kernbereich der stationären Drogenrehabilitation in der Schweiz wurden im Projekt REHA 2000 83 Einrichtungen erfasst. Das erfasste Angebot ist vielfältig und unterscheidet sich vor allem im Platzangebot pro Institution.

Institutionengrösse	N
bis 9 Plätze	29
10-15 Plätze	26
über 15 Plätze	25
Alle	80
	Fehlende Werte: 3

Tabelle 8: Platzangebot pro Institution (FSG/OSSA 1993)

Der ersten Gruppe sind alle Familien- oder Grossfamilien (Konzept der Lebensgemeinschaft) zuzuordnen und die von vier Familienplatzierungsstellen ausgewählten Familien. Diese Familien nehmen in der Regel nur eine Person auf und werden in ihrer Arbeit von der Platzierungsstelle begleitet und beraten. Das Familienplatzierungsangebot ist im Aufbau begriffen. Im Frühling 1993 wurden so von den Beratungsstellen 28 Rehabilitationsplätze in Familien betreut.

Die ersten therapeutischen Gemeinschaften für Drogenabhängige sind Ende der sechziger Jahre entstanden. Es handelte sich damals ausschliesslich um Lebensgemeinschaften mit Betreuungspersonal ohne eine spezielle Ausbildung. Das Bild der therapeutischen Gemeinschaften hat sich wesentlich verändert. Heute besteht das Angebot noch zu 47 % aus Einrichtungen im Sinne einer Lebensgemeinschaft. Zu dieser Gruppe gehören die Platzangebote in Familien. Die inhaltliche Orientierung der Lebens- und vor allem therapeutischen Gemeinschaften ist sehr unterschiedlich. Nach den eigenen Angaben orientieren sich 75 % der Einrichtungen an einem ausformulierten psychotherapeutischen oder sozialtherapeutischen Behandlungskonzept. Nach den eigenen Angaben haben 29 % der Einrichtungen eine deklarierte religiöse Orientierung in ihren Arbeitskonzepten. 30 % der Einrichtungen beschäftigen in der therapeutischen Arbeit ehemalige Drogenabhängige. Es fehlen sowohl eine Klassifizierung der Institutionen als auch systematische Institutionen übergreifende Evaluationen. Aus diesen Gründen ist ein Quervergleich der Institutionen zur Zeit nicht möglich. Festgehalten werden kann, dass nicht jede Einrichtung für jede Zielgruppe geeignet ist. Die richtige Indikationsstellung erfordert im Einzelfall viel Fachkompetenz und Erfahrung.

6.1. Gesamtschweizerisches Platzangebot

In der Schweiz besteht im Kernbereich ein Angebot von rund 1250 Rehabilitationsplätzen (inklusive der 28 Plätze in Familien). Dazu kommt das Platzangebot in den Aussenwohngruppen. In diesen Aussenwohngruppen besteht ein Angebot von 235 Plätzen.

In der folgenden Tabelle sind die Rehabilitationsplätze und die AWG-Plätze, die den Rehabilitationsinstitutionen direkt angegliedert sind, nach Kantonen aufgelistet. Der grösste Anteil an Rehabilitationsplätzen findet sich in Institutionen mit Standort im Kanton Bern (17 %) und im Kanton Zürich (12 %). Bei den institutionseigenen AWG-Plätzen haben im Kanton Zürich befindliche Institutionen den höchsten Anteil (40 %) gefolgt vom Kanton Bern (24 %). Kantone, auf deren Gebiet sich keine der von uns erfassten Rehabilitations- und AWG-Plätze befinden sind UR, OW, NW, SH und AI.

	Rehabilitationsplätze		AWG-Plätze		
	Anzahl Plätze	Anzahl Institutionen	Anzahl Plätze	Anzahl Institutionen mit AWG	% der Institutionen mit AWG
GR	3	1	-	-	-
SZ	7	1	5	1	100
JU	8	2	-	-	-
ZG	8	1	-	-	-
GL	9	1	-	-	-
LU	10	1	-	-	-
NE	16	1	-	-	-
TG	16	2	-	-	-
BS	22	3	-	-	-
FR	22	2	4	1	50
SG	34	3	2	1	33
SO	43	4	4	1	25
AG	47	3	10	1	33
VS	51	4	5	2	50
GE	60	4	-	-	-
AR	68	4	21	4	100
BL	93	6	18	2	33
Ausland ¹	95	3	-	-	-
VD	100	3	2	1	33
TI	106	7	7	1	14
ZH	144	10	88	7	70
BE	193	17	53	10	59
Total	1'154 ²	83	219	32	39

Tabelle 9: Übersicht Angebot an Rehabilitations- und Aussenwohngruppenplätzen (FSG/OSSA 1993)

¹ Institutionen, die Rehabilitationsplätze im Ausland anbieten, sind in dieser Erhebung nur insofern berücksichtigt worden, als die Trägerin eine Schweizerische Institution ist oder mindestens ein Teil der Rehabilitationsplätze in der Schweiz angeboten werden.

² Die Diskrepanz zu der angegebenen Gesamtplatzzahl ergibt sich infolge fehlender Angaben von 16 Institutionen zum Suchthintergrund der Bewohnerinnen und Bewohner. Der Anteil nicht-drogenabhängiger Personen in diesen Institutionen musste deshalb hochgerechnet werden, was jedoch nur bezogen auf die Gesamtgruppe der 16 Institutionen möglich war.

Im Unterschied zum stationären Drogenentzug werden in der Drogenrehabilitation fast zwei Drittel der Plätze von ausserkantonalen Klientinnen und Klienten belegt.

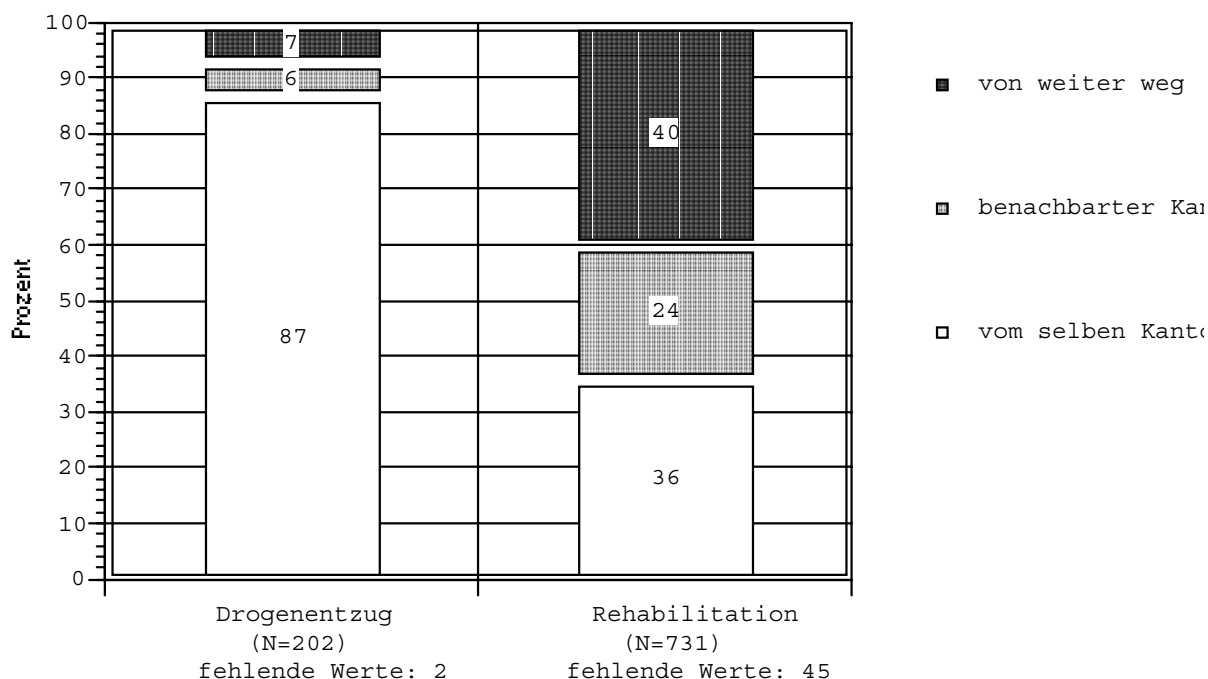


Tabelle 10: Wohnsitzkanton der Klientel im Drogenentzug/Rehabilitation (FSG/OSSA 1993)

Daraus ist zu schliessen, dass das Platzangebot im Rehabilitationsbereich gesamtschweizerisch und nicht nach kantonalen Kriterien beurteilt werden muss. Zentraler Punkt ist, dass jede Institution für kantonale und ausserkantonale Klientinnen und Klienten grundsätzlich gleich zugänglich sein sollte.

6.2. Auslastung

Über die Auslastung der Institutionen (Stichtag Mai 1993) liegen Angaben von 72 der 83 Institutionen vor. Am Stichtag waren 787 der 893 Rehabilitationsplätze belegt, demnach bestand eine Belegung von 88 %. 1989 betrug der Durchschnitt an einem Stichtag 74 % (vgl. VSD 1989).

Es zeigt sich - sowohl auf der Basis der Angaben aller Institutionen wie auch auf der Basis der Angaben der Institutionen, für die für alle 5 Jahre Angaben vorliegen - dass der Auslastungsgrad der Jahre 1991 und 1992 im Durchschnitt leicht höher liegt als derjenige der früheren Jahre. Die von den Institutionen ausgewiesenen durchschnittlichen Auslastungsquoten sind generell als hoch einzuschätzen, insbesondere auch deswegen, weil mehrere Faktoren eine Vollbelegung unwahrscheinlich machen.

Die Wartezeiten sind unterschiedlich und schwanken stark. Bei einem Fünftel der Institutionen ist ein frühester Eintritt innerhalb einer Woche möglich, bei der Hälfte innerhalb von 3 Wochen. Ein Fünftel der Institutionen gibt zwei Monate und mehr als zu erwartende Wartezeit an. Durchschnittlich müsste mit 44 Tagen Wartezeit gerechnet werden. Bei den Personen, die im Zeitraum

zwischen Mai 1992 und Mai 1993 in die Rehabilitationsinstitutionen eingetreten sind, ergibt sich eine durchschnittliche Wartezeit von knapp eineinhalb Monaten zwischen Bewerbung und Aufnahme. Die Werte variieren allerdings beträchtlich zwischen einer Woche und 5 Monaten. Bei der Hälfte aller Institutionen dauerte es durchschnittlich weniger als einen Monat.

Die Wartezeiten können für Männer und Frauen und andere bestimmte Zielgruppen variieren (z.B. Frauen mit Kindern, Sprachgruppen etc.). Von 69 der 72 Institutionen liegen auch Angaben über freie Plätze aufgeschlüsselt nach Geschlecht vor.

	N	%
Freie Plätze insgesamt	113	100
Frauen vorbehaltenen Plätze	35	31
Männern vorbehaltenen Plätze	45	40
keine Präferenz für Frauen oder Männer	31	27
keine Angabe	2	2

Tabelle 11: Geschlechtsspezifischer Zugang zu den am Stichtag freien Plätzen (FSG / OSSA 1993)

Geht man von einem Verhältnis von drogenabhängigen Männern zu Frauen in der Gesamtpopulation von 1 : 2 aus (SFA, 1990, S.66), so hatten die Frauen am Stichtag - rein quantitativ gesehen - eine höhere Eintrittschance als Männer.

6.3. Aufnahmeverfahren

Wie ausgeführt bestehen in den Rehabilitationseinrichtungen phasenweise längere Wartezeiten. Um dennoch möglichst rasch zu einen Rehabilitationsplatz zu kommen, bewerben sich die Interessenten gleichzeitig in bis zu 10 Institutionen. Das führt dazu, dass Bewerbungsschreiben von den Institutionen wochenlang nicht beantwortet werden, andererseits mehrere Institutionen für die gleichen Bewerber sehr viel Zeit aufwenden.

Der schriftlichen Bewerbung folgt in der Regel ein persönliches Vorstellungsgespräch in der Institution. Überprüft wird die Motivation der Bewerberin oder des Bewerbers, diskutiert werden gegenseitige Vorstellungen über die Rehabilitation. Anschliessend wird bei einem Konsens der Eintrittszeitpunkt festgelegt.

Die Aufnahmeverfahren konnten nicht näher geprüft werden. Gespräche ergaben, dass einzelne Rehabilitationseinrichtungen mit mehreren Beratungsstellen, bzw. Entzugsstationen kontinuierlich zusammenarbeiten, während es mit anderen Institutionen nur zu einer punktuellen Zusammenarbeit kommt. Interessant wäre es beispielsweise zu wissen, ob bei einer kontinuierlichen Zusammenarbeit die Behandlungsabbrüche in den ersten drei Monaten weniger häufig sind, also eine gezieltere Zuweisung erfolgen kann. Diese und andere wichtige Fragen, an

der Schnittstelle körperlicher Drogenentzug - stationäre Rehabilitation, konnten im Rahmen von REHA 2000 nicht gezielt abgeklärt werden.

6.4. Durchführung der Rehabilitation

Die Rehabilitation besteht heute zumeist aus einer geschlossenen stationären Phase mit mehreren Behandlungsstufen und einer anschliessenden halbstationären Phase, die teilweise in einer Aussenwohngruppe durchgeführt wird.

Rund 80 % der Institutionen bieten ein Langzeittherapieangebot an. Sie gehen von einer minimalen stationären Behandlungszeit von 12 Monaten aus. In der Regel sind neun Monate dieser Behandlungszeit in einem geschlossenen Rahmen. Nur 10 % der Institutionen machen ein Kurztherapieangebot. Sie bauen ihr Behandlungskonzept auf einer stationären Behandlung von weniger als 6 Monaten auf. Entsprechend kürzer ist die geschlossene Behandlungsphase. Diese Einrichtungen versuchen ein therapeutisches Setting aufzubauen, in dem rasch eine Teilintegration, z.B. über einen externen Arbeitsplatz, versucht wird.

Das stationäre Drogenrehabilitationsangebot in der Schweiz besteht also zu mehr als Dreiviertel aus Institutionen mit einem Langzeittherapieangebot. Ein Teil der Problematik in der Drogenrehabilitation kann spezifisch mit dieser langen geschlossenen stationären Behandlungsphase in Verbindung gebracht werden.

Nach den eigenen Angaben der Institutionen beenden zwischen 40 % bis 50 % das Rehabilitationsprogramm regulär. Das heisst, 50 bis 60 % der Programme werden frühzeitig beendet. Ein grosser Teil der Personen tritt in den ersten Monaten nach Behandlungsbeginn wieder aus. Über die Jahre 1988 bis 1992 betrug der Anteil dieser Personengruppe - die Angaben aller Institutionen miteinbezogen - zwischen 35 und 41 % aller Austritte.

Der Anteil der im Projekt REHA 2000 ermittelten regulären Austritte ist - betrachtet man die Forschungsliteratur (vgl. unten) - sehr hoch. Im Vergleich zu den aus Evaluationsuntersuchungen vorliegenden Zahlen berichten die schweizerischen Institutionen über einen relativ hohen Anteil regulärer Behandlungsbeendigungen und eine relativ tiefe Quote von Behandlungsabbrüchen in den ersten 3 Monaten. In der bereits erwähnten Studie von Roch et al. (1992), in welcher die empirischen Erhebungen zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen zwischen 1975 und 1991 gesichtet wurden, resultierten folgende Ergebnisse: Durchschnittlich beenden lediglich 20 - 25 % der Drogenabhängigen die Behandlung regulär. Die Bandbreite der einzelnen Ergebnisse lag zwischen 6 und 49 %. Durchschnittlich 50 % der Drogenabhängigen brachen die Behandlung innerhalb der ersten 3 Monate ab. Die Unterschiede in den Abbruchquoten - dies ein weiteres Ergebnis von Roch et al. (1992) - sind zwischen Institutionen mit unterschiedlicher Rehabilitationsdauer insgesamt gesehen gering.

Zum Untersuchungszeitpunkt verfügten 32 (39 %) der 83 Institutionen über eine institutions-eigene Aussenwohngruppe, weitere 11 % der Institutionen arbeiten mit einer solchen zusammen, und ein grosser Teil bietet in dieser Behandlungsphase externe Arbeitsmöglichkeiten an. Hauptmerkmale dieser halbstationären Behandlungsphase sind, dass die Klientel auswärts arbeitet, eventuell eine Ausbildung beginnt und die Einrichtung räumlich und organisatorisch von der stationären Einrichtung getrennt ist. Fachleute betonen, dass es mit der allgemeinen hohen Arbeitslosigkeit schwieriger geworden ist, auf dem freien Arbeitsmarkt entsprechende Arbeitsplätze für Personen in Aussenwohngruppen zu finden. Fehlende Arbeitsplätze verzögern den Abschluss einer Rehabilitationsbehandlung oder erhöhen die Rückfallgefahr sehr.

Der halbstationären Behandlungsphase messen alle Fachleute sehr grosse Bedeutung zu. Die Rehabilitationseinrichtungen planen gesamthaft einen Ausbau dieses Angebotes.

6.5. Zusammensetzung der Klientel

Ziel der Datenerhebung war, grobe Hinweise zu erhalten, welche Zielgruppen mit dem bestehenden Angebot erreicht werden. Die Ergebnisse beziehen sich auf Erhebungen an einem Stichtag im Mai 1993. Aus der groben Analyse ergibt sich das folgende Bild.

Mehr als 90 % der Klientel haben vor der Rehabilitation Heroin, teilweise auch Kokain über Jahre konsumiert, lediglich 1 % nur Kokain. Rund 40 % der Personen waren vor der Rehabilitation in einem Methadonprogramm.

Das durchschnittliche Alter der Klientel beträgt 26 Jahre. Jünger als 20 Jahre war 4 %, älter als 30 Jahre 22 % der Klientel. Die durchschnittliche Konsumdauer beträgt bei den Frauen 4 Jahre, bei den Männern 5 Jahre. Die Durchschnittswerte bewegen sich in derselben Grössenordnung wie sie in der VSD-Umfrage aus dem Jahr 1989 ermittelt worden sind (VSD, 1989). Gut zwei Drittel der Personen sind das erste Mal in einer stationären Rehabilitation. Zwischen einem Fünftel und einem Viertel der Klientel sind Ausländer mit Wohnsitz in der Schweiz. Ein Drittel der Klientel sind Massnahmeklienten.

Anzahl Aufenthalte	N	%	% (kumuliert)
0	491	69	69
1	137	19	88
2	54	8	96
>2	25	4	100
Total	707	100	
Fehlende Werte: 69			

Tabelle 12: Aufenthalte in Einrichtungen der stationären Drogenrehabilitation vor Eintritt in die aktuelle Institution (FSG/OSSA 1993)

Das Verhältnis Männer : Frauen war 73.5 % zu 26.5 %. Der Anteil der Frauen in der stationären Drogenrehabilitation liegt somit etwas tiefer als in der Untersuchung von Olgiati (1987), wo er 31 % betrug und des VSD (1989), der 35 % Frauen auswies.

Der Anteil von Frauen in der Gruppe der Konsumenten von harten Drogen belief sich in verschiedenen Umfragen der letzten 10 Jahre auf 25 bis 40 %. Müller (SFA 1990, S. 66), der diese Studien methodenkritisch analysierte, kommt zum Schluss, dass der Frauenanteil «Konsumentinnen harter Drogen» höchstens 33 % Prozent betrage. Der gesamtschweizerische ermittelte Durchschnittswert entspricht früheren Untersuchungen, sagt aber wenig aus über das Verhältniss in den einzelnen Institutionen. In einem Viertel der Institutionen war das Verhältnis ausgeglichen, in den restlichen Institutionen waren die Frauen in der Minderheit.

Zu Aufnahmemöglichkeiten von Paaren und Personen mit Kindern sind die erhaltenen Angaben widersprüchlich.

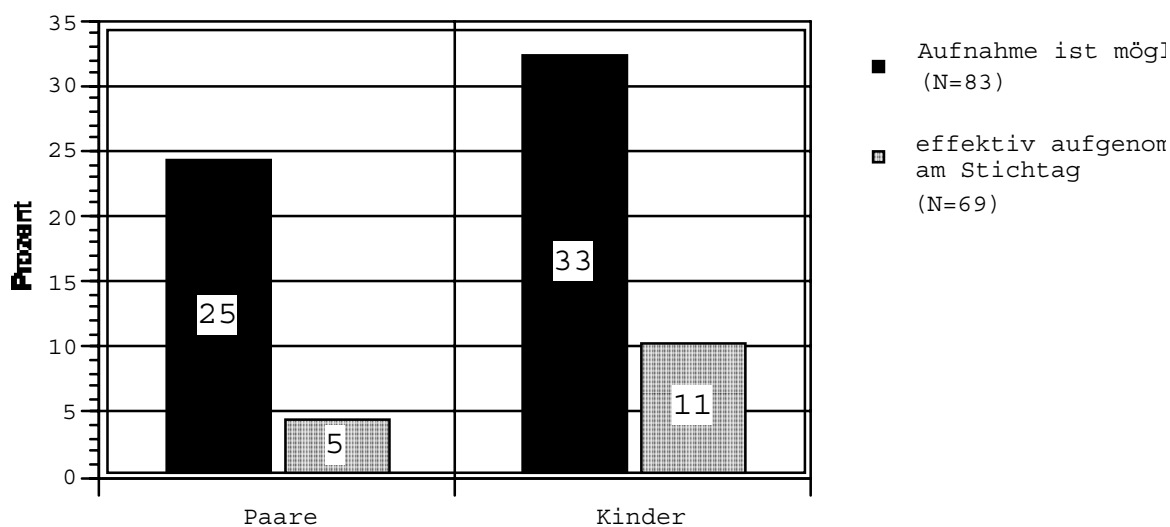


Tabelle 13: Versorgungsangebot und Nachfrage für Paare und Personen mit Kindern (FSG/OSSA 1993)

In 83 % der Institutionen befanden sich zum Erhebungszeitpunkt weder Paare noch Kinder.

Zuweiser betonen, dass das Angebot für diese beiden Zielgruppen ungenügend ist. Die Angaben der Institutionen bestätigten diese Beurteilung nicht. Das Angebot ist scheinbar grösser als die Nachfrage. Es wird vermutet, dass das Angebot ungeeignet ist (Möglichkeiten des Schulbesuches, Betreuung etc.) oder im konkreten Fall die Aufnahmeschwelle zu hoch ist. Festzustellen ist, dass effektiv in wenigen Institutionen diese beiden Zielgruppen aufgenommen werden. Zum grossen Teil handelt es sich um Einrichtungen, die ihr Therapiesetting speziell auf diese Zielgruppen ausgerichtet haben.

6.6. Finanzierung

Im Rahmen von REHA 2000 wurde eine Grobübersicht zur Finanzierung der stationären Drogenrehabilitation erstellt. Die Zuständigkeit für die Finanzierung liegt wie beim stationären Drogenentzug bei den Kantonen und es besteht kein einheitlicher Finanzierungsmodus. Die Kosten werden aufgeteilt zwischen dem Kanton oder den in einem Konkordat beteiligten Kantonen, den Gemeinden und der Klientin oder dem Klienten. In wenigen Ausnahmen leisten die Krankenkassen Beiträge, wenn die Rehabilitation in einer Psychiatrischen Klinik stattfindet.

Primär wird die Drogenrehabilitation dem Sozial- und Fürsorgewesen zugerechnet. Versicherungsschutz für den Einzelnen durch die Sozialversicherungen besteht in der Drogenrehabilitation nicht. Die Gesamtkosten belaufen sich monatlich durchschnittlich auf ca. Fr. 6000, für die die Klientin oder der Klient bzw. seine Familie aufkommen muss. Da dieses Geld von den wenigsten Familien aufgebracht werden kann, muss vor der Therapie bei der Fürsorge der Gemeinde eine Kostengutsprache verlangt werden. Die Leistungspflicht der Gemeindefürsorge bestimmen die kantonalen Fürsorge- und Sozialhilfegesetzgebungen. Hier

wird die Kostenaufteilung zwischen dem Kanton und den Gemeinden geregelt und die Rückzahlungspflicht des Einzelnen bzw. der Familie an die Gemeinde bestimmt. Die kantonale Fürsorge- und Sozialgesetzgebung ist ganz unterschiedlich. Entsprechend unterschiedlich ist die Praxis der Kostengutsprachen in den Gemeinden. Einzelne Gemeinden erteilen nur Kostengutsprachen für kostengünstige, fachlich umstrittene Einrichtungen, andere überlassen die Beurteilung der vorgeschlagenen Einrichtung einer kantonalen Kommission oder einer Fachstelle. Je nach der Regelung im Kanton kann ein besseres oder schlechteres Rehabilitationsprogramm realisiert werden und ist der Kostenanteil für die Familie grösser oder kleiner.

Befindet sich die oder der Betroffene im Straf- und Massnahmevollzug, so werden diese Kosten vom Staat übernommen. Das heisst, die Therapie ist für die Klientin oder den Klienten, bzw. die Eltern kostenlos und es besteht keine Rückzahlungspflicht.

Die effektiven Gesamtkosten pro Kliententag konnten aufgrund der zur Verfügung stehenden Unterlagen nicht berechnet werden.

Die Rehabilitationsinstitutionen erhalten IV-Subventionen an das Betriebsdefizit. Die wichtigsten Bedingungen sind, dass bei der Klientin oder beim Klienten im Sinne von Art. 73 und 74 IVG ein ärztlich beglaubigter Gesundheitsschaden vorliegt und infolge der Schwere des Gesundheitsschadens eine spezielle Wohnsituation bzw. Rehabilitation indiziert ist. Im Jahre 1991 wurde vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) erstmals auch die Institutionengrösse als Kriterium für die Unterstützungsberechtigung eingeführt: Wohngruppen bzw. Rehabilitationsinstitutionen sollten «grundsätzlich mindestens 12 Plätze» anbieten. Zur Zeit erhalten 59 % der Institutionen IV-Subventionen. Die Institutionen, die weniger als 12 Plätze anbieten, sind - mit einer Ausnahme - alle vor 1989 gegründet worden.

Institutionengrösse	N	%-Anteil Institutionen mit IV-Subventionen
bis 9 Plätze	29	55
10-15 Plätze	26	69
über 15 Plätze	25	52
Alle	80	59
	Fehlende Werte: 3	

Tabelle 14: IV-Subventionen nach Institutionengrösse (FSG/OSSA 1993)

Unterschiede zeigen sich zwischen den verschiedenen Trägerschaftstypen. Bei den gemeinnützig-privaten Trägerschaften (N = 71) erhalten 61 % IV-Subventionen, bei den von der öffentlichen Hand getragenen Institutionen (N = 8) nur 38 %, wobei hier zu berücksichtigen ist, dass sich in dieser Gruppe Institutionen befinden, die von kantonalen Justizdepartementen getragen werden.

Im Gegensatz zur Situation im stationären Drogenentzug erheben zwei Drittel der Institutionen nur gering höhere Tagespauschalen für ausserkantonale Klientinnen und Klienten. Insgesamt sind sie durchschnittlich nur um 27 Franken höher. Nach Angaben der Verantwortlichen in den

Kantonen besteht stark der Trend, die ausserkantonalen Tarife wesentlich zu erhöhen. Im Kanton Zürich gelten in einzelnen Einrichtungen für ausserkantonale Klientinnen und Klienten um ca. 300 Fr. höhere Tagespauschalen. Über diese Tarifpolitik wird die gesamtschweizerische Zugänglichkeit zu den Rehabilitationseinrichtungen massiv eingeschränkt.

Die Tagespauschalen für Personen im Massnahmenvollzug liegen durchschnittlich um 29 Franken höher.

	Institutionen mit Angaben (100 %=83)	Durchschnitt	Minimum	Maximum	Median
kantonal	82	163	25	390	170
ausserkantonale	82	190	86	460	190
Massnahmenvollzug	61	192	100	390	190
Differenz Ausserkantonale - Kantonal	82	27	0	251	0
Differenz Massnahme - Kantonal	61	21	0	164	0
Differenz Massnahme - Ausserkantonale	61	9	0	110	0

Tabelle 15: Tagespauschalen (in Fr.) in der stationären Drogenrehabilitation (FSG/OSSA 1993)

Mit der Verknappung der finanziellen Mittel in den Gemeinden und Kantonen wird das Kostengutspracheverfahren für freiwillige Klientinnen und Klienten in einigen Kantonen problematisch. Kostengutsprachen werden nur noch aufgrund von finanziellen Überlegungen erteilt. Die Rehabilitationseinrichtung kann nicht mehr nach fachlichen Kriterien bestimmt werden. Die bestehende Ungleichbehandlung von freiwilligen und Straf- und Massnahmeklientinnen und -klienten würde dadurch noch verstärkt. Straffälligkeit der Drogenabhängigen wäre dann Voraussetzung, dass ein guter Therapieplatz finanziert werden kann. In einigen Kantonen ist diese Benachteiligung der freiwilligen Klientinnen und Klienten erkannt worden und die Sozial- und Fürsorgegesetzgebung, bzw. das Kostengutspracheverfahren entsprechend verbessert worden.

7. Beurteilung der stationären Drogenrehabilitation

Die Nachfrage nach stationären Rehabilitationsplätzen war in den letzten fünf Jahren sehr hoch. Grundsätzlich muss das heutige Angebot vergrössert werden. Es geht um eine gezielte Verbesserung des Angebotes für die bestimmten Zielgruppen. Dabei ist von gesamtschweizerischen Überlegungen auszugehen.

Die Hauptproblematik des bestehenden stationären Drogenrehabilitationsangebotes ist die einseitige Ausrichtung auf die Langzeitrehabilitation. Ein Langzeittherapieprogramm bedeutet die Aufgabe der Erwerbstätigkeit, die Auflösung des bisherigen Wohnsitzes. Es bestehen Hinweise, dass die Bereitschaft zu diesem Schritt beim Betroffenen vor allem dann besteht, wenn der

Drogenkonsum zu schwerwiegenden Problemen geführt hat (wirtschaftliche Schwierigkeiten, soziale Ausgrenzung, gesundheitliche Probleme). Bestehen noch gute soziale, wirtschaftliche und persönliche Ressourcen oder wurden diese in einem Methadonprogramm wieder aufgebaut, ist man zu diesem Schritt seltener bereit. Hinweise darauf sind die kleinen Anteile von Personen unter zwanzig Jahren in den Rehabilitationseinrichtungen. Allerdings hat hier eine positive Entwicklung eingesetzt. So kommt eine Untersuchung (Dobler-Mikola, 1992) zum Schluss, dass Drogenabhängige 1990/91 im jüngeren Alter in einer früheren Phase ihrer Sucht in Kontakt mit therapeutischen Gemeinschaften kommen als 1978/79.

Bedenklich für die Behandlungssettings ist auch der grosse Anteil an Behandlungsabbrüchen in den ersten drei Monaten. Deutliche Hinweise geben auch die Stellungnahmen der Betroffenen und der Eltern (siehe nachfolgendes Kapitel 8).

Das überwiegend gemischt-geschlechtliche Langzeitrehabilitationsangebot scheint nicht für alle Frauen geeignet zu sein. Die Suchtproblematik ist vielschichtig. Neuere Forschungsergebnisse stellen die gemischt-geschlechtlichen therapeutischen Settings in der Behandlung von Frauen in Frage (siehe Kapitel 10.1.5., Stationäre Drogenrehabilitation).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es in der Rehabilitation sehr stark um die Entwicklung von neuen kombinierten Behandlungsansätzen geht, damit bestimmte Zielgruppen besser erreicht werden und die stationäre geschlossene Behandlungsdauer verkürzt werden kann.

Der Trend zu massiv höheren Tagespauschalen für ausserkantonale Klientinnen und Klienten verschlechtert die Versorgungssituation in der Schweiz. Anzustreben ist weiterhin eine gesamtschweizerische Zugänglichkeit zu allen Institutionen. Das Angebot muss im Kanton mit dem ausserkantonalen Angebot ergänzt werden können. Nur so ist für den einzelnen Kanton das notwendige vielfältige Rehabilitationsangebot zu erreichen.

Die Zugänglichkeit muss für freiwillige Klientinnen und Klienten in einigen Kantonen über bessere Finanzierungskonzepte sichergestellt werden. In einigen Kantonen ist die Klientengruppe so benachteiligt, dass eine Rehabilitation häufig erst möglich wird, wenn die oder der Betroffene straffällig geworden ist. Damit risikiert man, dass wertvolle Ressourcen der oder des Betroffenen weiter zerfallen und der Zeitaufwand für die Rehabilitation umso grösser ist oder teilweise mit einer Invalidisierung gerechnet werden muss.

Die Anerkennungskriterien der Invalidenversicherung für kollektive Leistungen an die Rehabilitationseinrichtungen orientieren sich zu wenig stark an Qualitäts- und Leistungskriterien. Die gesetzlichen Bestimmungen des Invalidengesetzes sind zu wenig spezifiziert interpretiert auf die Drogenrehabilitation.

8. Stellungnahmen von Betroffenen und Eltern zur stationären Drogentherapie

Mit Betroffenen und der Elternvereinigung für drogenabhängige Jugendliche (VEV DAJ) wurden Gespräche in kleinen Gruppen geführt. Die Fragestellung war, inwieweit sie mit den heutigen stationären Drogenentzugs- und Drogenrehabilitationseinrichtungen zufrieden sind. Es beteiligten sich Personen, die zur Zeit in stationären Drogenrehabilitationsprogrammen sind, Eltern von drogenabhängigen Jugendlichen, Methadonbezügler und Personen, die ein Rehabilitationsprogramm abgeschlossen oder abgebrochen haben.

Methodisch waren alle Gruppengespräche gleich aufgebaut. Zuerst schrieben alle Teilnehmer ihre Meinung zum stationären Angebot auf Karten. Die Karten wurden nach Themenschwerpunkten auf einer Pin-Wand geordnet und anschliessend in der Gruppe diskutiert. Die folgende Darstellung ist eine Zusammenfassung dieser fünf Gruppengespräche.

8.1. Aufnahmeverfahren in den stationären Drogenentzug

Das Aufnahmeverfahren einzelner Institutionen - vor allem in der Psychiatrie - wird als zermürbend und nicht motivierend (z.B. tägliches Anrufen über mehrere Tage) bezeichnet. Als bedenklich wird bezeichnet, dass ein sofortiger Eintritt häufig nur bei unqualifizierten Einrichtungen möglich ist. Die Aufnahme in eine professionelle Einrichtung, speziell in der Psychiatrie, ist viel umständlicher und langwieriger. Die Bewerbungen werden, nach übereinstimmender Meinung, generell durch die Regelung der Kostengutsprache verzögert, speziell bei ausserkantonalen Institutionen. Generell sind Betroffene der Meinung, dass bei der heutigen Praxis der Kostengutsprache die "Freiwilligkeit" bestraft wird. Bei Eintritten über die strafrechtlichen Massnahmen erfolge die Kostengutsprache ohne grosse Probleme innert kurzer Zeit.

In ländlichen Regionen ohne Drogenberatungsstelle werden zur Vorbereitung des Drogenentzuges Hausärzte beigezogen. Bei diesen besteht häufig ein Informationsdefizit über die Vorgehensweise und Drogenentzugsmöglichkeiten in der Region.

Von den Betroffenen wird das persönliche Gespräch in der Drogenentzugseinrichtung vor dem Eintritt als sehr wichtig erachtet. Dies bietet eine gute Möglichkeit, Ängste vor dem Bevorstehenden abzubauen.

8.2. Durchführung des stationären Drogenentzuges

Für den Erfolg oder den Misserfolg des Drogenentzuges wird von den Betroffenen übereinstimmend eine konstante und kompetente Bezugsperson als sehr entscheidend bezeichnet. Mit Hilfe der Betreuerin oder des Betreuers können Ängste, Schmerzen abgebaut und die Betroffenen zum Durchstehen der Anfangsphase motiviert werden. Häufiger Wechsel des Personals geben den Betroffenen das Gefühl allein gelassen, nicht ernst genommen zu werden. Dies ist scheinbar vor allem ein Problem in grossen Einrichtungen. Aus der Sicht der Betroffenen ist der private Drogenentzug oft erfolversprechender als jener in einer Drogenentzugsstation.

Von den Eltern wird nicht verstanden, wieso ihnen oder anderen wichtigen Bezugspersonen Entzugswilliger von den Entzugseinrichtungen die Fähigkeit abgesprochen wird, einen Drogenentzug konstruktiv zu unterstützen und zu begleiten.

An der Gestaltung des Drogenentzuges wird kritisiert, dass sich die oder der Entzugswillige dem Rezept der Institution anpassen müsse und nicht umgekehrt. Entzugswilligen wird in der Anfangsphase nicht die Gelegenheit gegeben, einmal zur Ruhe zu kommen, sich erholen zu können. Der Entzug sei individueller zu gestalten. Was für den Einzelnen richtig und wichtig sei, habe in den Programmen zu wenig Platz. Nicht verstanden wird die verhängte Sperrfrist nach einem Entzugsabbruch. Nach Meinung der Betroffenen und vor allem der Eltern werden hier die Regeln zu starr angewendet und wirkten sich auf die Bereitschaft zu einem weiteren Versuch demotivierend aus.

Je länger der Aufenthalt in einer Drogenentzugsstation dauert, umso wichtiger sei es, nicht immer wieder mit Personen konfrontiert zu werden, die neu in den Drogenentzug eintreten. In der Eintrittssituation hingegen werden Personen, die körperliche Entzugssymptome hinter sich haben, als hilfreich und motivierend bezeichnet.

Die Vorbereitung auf die anschließende Drogenrehabilitation wird aufgrund der gemachten Erfahrungen als mangelhaft eingestuft. Betreuerinnen und Betreuer sollten vermehrt in der Lage sein, über ein sinnvolles Therapieprogramm jeweils persönliche Beratung anzubieten. Zu wenig erklärt und verdeutlicht werde, was unter einer Therapie überhaupt zu verstehen sei. Notwendig ist nach Ansicht der Betroffenen und Eltern in der zweiten Phase eines Drogenentzuges eine eigentliche Therapieberatung. Schriftliche Unterlagen über Rehabilitationseinrichtungen werden als nicht ausreichend eingestuft. Nur mit diesen Unterlagen verlasse man sich zu schnell auf Gerüchte, Urteile aus der Szene und lehne Vorschläge ungeprüft ab.

8.3. Übergangsstationen

Die Hauptaufgabe dieser Einrichtungen ist nach Auffassung der Betroffenen, den Begriff der Therapie inhaltlich zu füllen, Ängste davor abzubauen und Beschäftigungsmöglichkeiten zu bieten. Gewünscht wird auch vermehrt der Einbezug von Bezugspersonen in die Planung des weiteren Vorgehens. Die Trennung von Entzugsplätzen und Übergangsplätzen wird unterschiedlich beurteilt.

8.4. Stationäre Drogenrehabilitation

Die Rehabilitationseinrichtungen werden unter den Gesprächsteilnehmern zuerst danach beurteilt, wie mit ihren Bewerbungsschreiben umgegangen wurde. Kritisiert wird, dass teilweise auf ein Bewerbungsschreiben über längere Zeit nicht einmal der Eingang der Bewerbung bestätigt wird. Die Bewerber ohne strafrechtliche Massnahme fühlen sich gegenüber denen mit einer Massnahme benachteiligt, da wieder zuerst die Frage der Kostengutsprache mit der zuständigen Fürsorge geregelt werden müsse. In kleineren Gemeinden stossen die Antragsteller und ihre Familien auf etliche Schwierigkeiten. Ein Gesuch an die Fürsorge könne in einer Gemeinde unter Umständen die ganze Familie diskriminieren.

Die Kritik an den Rehabilitationseinrichtungen kann zusammengefasst werden unter dem Stichwort "zu wenig Realitätsbezug". Gemeint ist damit, dass die Tagesprogramme bis zum Abschluss sehr hoch strukturiert sind, Eigenständigkeit und Selbständigkeit zu wenig gefördert werden. Das führe dazu, dass nach der Therapie die Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung mehr fehlen als vor der Therapie. Unter Alltagsbewältigung werden Tätigkeiten genannt wie

Einhaltung eines Monatsbudget, sinnvolles Einkaufen, Formalitäten wie Steuererklärungen ausfüllen, Einrichten einer Wohnung, Gestaltung der Freizeit usw..

Begrüsst und als gut empfunden werden fließende Übergänge von der Rehabilitation zum selbständigen Leben. Wohnmöglichkeiten für Zweier- oder Dreier Gruppen ehemaliger Drogenabhängiger werden als gute Starthilfe begrüsst. Von der therapeutischen Therapieeinrichtung aus die Möglichkeit zu haben, auswärts zu arbeiten, wird als sehr wichtig eingestuft.

Ein zentraler Punkt ist aus Sicht der Klientinnen und Klienten, dass mit Abschluss des Therapieprogrammes auch eine Schuldensanierung abgeschlossen werden kann.

Auf dem Arbeitsmarkt wird die Situation als sehr schwierig bezeichnet, vor allem für Personen ohne einen beruflichen Abschluss. Den Arbeitgebern wird vorgeworfen eine Person, die ein Rehabilitationsprogramm erfolgreich abgeschlossen hat, dennoch wie eine Fixerin oder einen Fixer zu behandeln. Man begegne ihnen mit Misstrauen, bei Schwierigkeiten am Arbeitsplatz werde die Schuld sehr rasch der Vergangenheit zugewiesen. Generell sei es heute sehr schwierig einen Arbeitsplatz zu finden. Als am sinnvollsten wird es errachtet, die Vergangenheit möglichst zu verschweigen, was wieder grossen Stress bedeute, da durch Zufälligkeiten (z.B. Zahlungsbefehle von Gläubigern) die Vergangenheit aufgedeckt werden könnte.

Wichtigstes Anliegen der Elternvereinigung für drogenabhängige Jugendliche (VEV DAJ) ist, gegenüber den stationären Drogenentzugs- und Rehabilitationseinrichtungen eine unabhängige Beschwerdemöglichkeit (Ombudsmann/frau) zu haben.

9. Zukunftsszenarien

In der "Zukunfts-Werkstatt" war der Ausgangspunkt die Fragestellung: "Wie sieht die Situation von Konsumentengruppen illegaler Drogen in zehn Jahren aus ?" In drei Arbeitsgruppen, die mit Personen mit unterschiedlichem beruflichen Hintergrund zusammengesetzt waren, wurde die Fragestellungen an mehreren Nachmittagen bearbeitet. Mit einem Rückblick auf die Drogenpolitik der letzten drei Jahre wurden Faktoren definiert, die nach der Meinung der Arbeitsgruppen die zukünftige Drogenpolitik beeinflussen werden. Bei der möglichen weiteren Entwicklung wurden positive und negative Trends diskutiert und diese untereinander vernetzt. In den Szenarien entstanden dadurch unterschiedliche Entwicklungstrends. In den beiden wiedergegebenen Szenarien unterscheiden sich die beiden Bilder absichtlich stark von einander. Sie markieren damit die Grenzen des Spektrums der zukünftigen Entwicklung.

9.1. Optimistisches Szenarium

In der Bevölkerung setzt eine positive Entwicklung in der Einstellung zu den Drogenproblemen ein. Es besteht eine grosse Bereitschaft neue Behandlungsansätze zu unterstützen. Das Drogenproblem wird ähnlich bewertet wie das Alkoholproblem heute. Die Problematik wird differenziert und sachlich betrachtet. Es wird akzeptiert, dass ein differenziertes Massnahmenpaket benötigt wird, um den einzelnen Drogenabhängigen zu helfen und den illegalen Drogenhandel zu bekämpfen. Prävention und Gesundheitsförderung zeigen bei Jugendlichen und ihren Bezugspersonen Resultate. Durch die Sensibilität der Bevölkerung den Drogenproblemen gegenüber, nimmt die Hilflosigkeit in kritischen Situationen gegenüber dem

Einzelnen ab. Werte wie Eigenverantwortung, Offenheit und Gemeinschaftssinn führen zu einer Abnahme der Bereitschaft, Drogen zu konsumieren und Drogenkonsumenten vom gesellschaftlichen Leben auszuschliessen.

Die Polarisierung der Meinungen zur Drogenpolitik zwischen den ländlichen und städtischen Kantonen, zwischen den verschiedenen politischen Parteien und zwischen den Sprachgruppen in der Schweiz verschwindet. Die Vorstellungen über Gesetzesrevision und Gesetzesanwendung werden einheitlich in einem Suchthilfegesetz umgesetzt. Die grosse Transparenz der anzuwendenden Gesetzesbestimmungen erlauben einen differenzierten Umgang mit Fragen wie Suchtmittelverschreibung, Bekämpfung des illegalen Handels mit Suchtmitteln. In den einzelnen städtischen Drogenszenen entspannt sich die Situation durch eine übereinstimmende regionale Drogenpolitik, den integrativen Ansätzen der Drogenhilfe und einer kontinuierlichen Suchtprävention rasch. Das führt zu einem Preiszerfall im illegalen Handel mit Drogen und in der Folge nimmt die Attraktivität des illegalen Drogenhandels ab.

Die Probleme der Arbeitslosigkeit können mit verschiedenen Massnahmen und einer stabileren wirtschaftlichen Situation gedämpft werden. Die volkswirtschaftliche Wertschöpfung bleibt aber bescheiden. Beim Staat führt das zu einer Verknappung der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel für das Sozial- und Gesundheitswesen. Im Sozial- und Gesundheitswesen werden zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Versorgung neue Wege begangen. Neues Verständnis von Arbeit, gegenseitiger Verantwortung und Solidarität unter den Berufsgruppen führt zu neuen Lösungsansätzen in sozial- und gesundheitspolitischen Fragen. In Drogenfachkreisen werden die bisherigen Konzepte des Drogenentzuges und der Drogenrehabilitation in engagierten Diskussionen kritisch überarbeitet. Die Versachlichung des Drogenproblems ermöglicht die Anwendung von neuen Lösungsansätzen. Dazu kommt, dass bei den Trägerschaften ebenfalls ein Druck besteht Kosten einzusparen, es wird offen über mögliche wirtschaftliche Beurteilungskriterien diskutiert. Regional bilden sich Fachgruppen, die Kooperationsmöglichkeiten zwischen den ambulanten und stationären Einrichtungen konkretisieren und umsetzen. Bestehende Einrichtungen werden nach gemeinsam definierten Leistungsaufträgen reorganisiert. Der Einbezug des Personals und die gezielte Fort- und Weiterbildung führen zu einer Qualitätssicherung und einem guten Preis/Leistungsverhältnis in der Drogenrehabilitation.

Das Behandlungsziel der Drogenabstinenz kann viel differenzierter angegangen werden. Die differenzierte Behandlungsindikation ermöglicht den gezielten Umgang mit den einzelnen Zielgruppen. Neue kombinierte Behandlungskonzepte von ambulanten, halbstationären und stationären Massnahmen werden entwickelt und zeigen gute Ergebnisse, die in den Medien positiv aufgenommen werden.

Die positive Entwicklung im gesellschaftlichen Umgang mit dem Drogenproblem, die Verminderung und vor allem die Versachlichung des Drogenproblems durch eine neue Jugendpolitik führen dazu, dass mit den zur Verfügung stehenden finanziellen und personellen Ressourcen ein ausreichendes Drogentherapieangebot entwickelt werden kann.

9.2. Pessimistisches Szenarium

Die Polarisierung zwischen ländlichen und städtischen Kantonen, zwischen den politischen Parteien und zwischen den Sprachgruppen in der Schweiz verstärkt sich rasch. Eine starke Polemik bestimmt die Diskussion des Drogenproblems. Medien heizen die emotional geladene

Diskussion weiter an. In der Bevölkerung setzt sich in der Einstellung zu der Drogenrehabilitation eine negative Entwicklung durch. Sie wird als eine aussichtslose Sache betrachtet. Die Unterstützung für die Drogentherapie bleibt aus.

Unkontrollierte offene Drogenszenen führen dazu, dass Anwohner Bürgerwehren bilden um sich zu schützen. Gewalttätigkeit und Kriminalität nehmen zu. In der Drogenszene bekämpfen sich Händlerorganisationen mit brutalen Mitteln. Die Entdeckung einer Drogenabhängigkeit bedeutet eine Ausgrenzung. Innert kurzer Zeit geht die Arbeitsstelle, die Wohnung etc. verloren. Die Verelendung und soziale Verwahrlosung der Drogenabhängigen ist gross. Einzelne Regionen versorgen die Drogenabhängigen in Zentren ohne grosse Betreuung. Andere Regionen beschränken die Drogenhilfe auf medizinische Massnahmen. Die Polizei ist mit dem Problem zunehmend überfordert.

Die Vorstellungen über Gesetzesrevision und Gesetzesanwendung gehen weit auseinander. Die Gesetzesbestimmungen werden in den Kantonen ganz unterschiedlich angewendet. Ein Teil der Kantone bestrafen jeden Konsum und Handel mit Drogen konsequent. Andere Kantone vollziehen Strafen wegen Drogenkonsum und Handel praktisch nicht mehr. Innerhalb des Strafvollzuges blüht ein Handel mit Drogen, da wegen Personalknappheit und Sparmassnahmen die Überwachung nur mangelhaft durchgeführt werden kann. Einzelne Kantone führen nur noch periodisch grössere Kontrollen in den Drogenszenen durch. Grössere Personengruppen werden in Untersuchungshaft gesetzt und in spezielle geschlossene Einrichtungen eingewiesen. Die Ansteckungsgefahr von verschiedenen Krankheiten ist für den Drogenabhängigen weiterhin sehr gross.

Durch die Sparmassnahmen des Staates stehen besonders der Drogenhilfe viel weniger finanzielle Mittel zur Verfügung, da grosse Bevölkerungskreise Investitionen in die Drogenhilfe als wenig sinnvoll erachten. Die Prioritäten im Sozial- und Gesundheitswesen werden ausserhalb der Drogentherapie gesetzt. Viele Einrichtungen müssen aus finanziellen Gründen das qualifizierte Personal entlassen. Im Inland und Ausland entwickeln sich grosse Zentren in denen Drogenabhängige kaum betreut werden und nach dem Austritt in der Regel sofort wieder rückfällig werden.

Die Fachleute sind zerstritten und können sich nicht auf eine gemeinsame Strategie einigen. Die einzelnen Lösungsansätze werden gegeneinander ausgespielt um zu den notwendigen finanziellen Mitteln zu kommen. Es bilden sich Fachverbände, die sich mit unterschiedlicher Ideologie gegenseitig bekämpfen. Arbeitsplätze in der Drogenrehabilitation sind unattraktiv. Sehr lange Arbeitszeiten, schlechte Bezahlung und praktisch keine Schulung des Personals führen zu einem raschen Wechsel desselben. Die vereinzelt therapeutischen Gemeinschaften mit qualifiziertem Personal sind sehr teuer und nur zugänglich für Drogenabhängige, deren Eltern über genügend finanzielle Mittel verfügen um die Therapiekosten zu bezahlen.

9.3. Folgerungen für die stationäre Drogentherapie

Die Zukunft der stationären Drogentherapie liegt voraussichtlich zwischen diesen beiden Entwürfen und wird Elemente von beiden Szenarien enthalten. Insofern sind die Szenarien nicht falsch oder richtig (wie Prognosen), sondern brauchbar oder nicht brauchbar für strategische Überlegungen.

Aus den Szenarien ist ersichtlich, dass zwischen dem gesellschaftlichen Umgang mit dem Drogenproblem und der stationären Drogentherapie starke Wechselwirkungen bestehen. Die

Weiterentwicklung der stationären Drogentherapie wird davon abhängig sein, inwieweit es in der schweizerischen Drogenpolitik gelingt, die grob umschriebene Ausgangssituation zum positiven Zukunftsszenarium in absehbarer Zeit zu erreichen, trotz einer Verknappung der finanziellen Ressourcen.

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

Tabelle 16: Zukunftsszenarien (FSG/OSSA 1993)

Bei der Planung der zukünftigen stationären Drogentherapie wird weitgehend davon ausgegangen, dass die Zukunft von einem optimistischen Szenarium bestimmt wird. Vor allem deshalb, weil unter den Verantwortlichen in den Kantonen und Städten und den Fachleuten Einigkeit besteht, dass die Versachlichung der Drogenpolitik in den nächsten Jahren wichtigste Voraussetzung ist für die notwendige Weiterentwicklung der stationären Drogentherapie.

Nach diesen Einschätzungen ist die Effizienz von ambulanten und (halb)stationären Behandlungsangeboten direkt abhängig vom Umgang mit der oder dem Drogenabhängigen in unserer Gesellschaft. Erlaubt ist hier der Vergleich mit der geschichtlichen Entwicklung der stationären Behandlung von Alkoholabhängigen (Therapie- und Rehabilitationszentrum für suchtkranke Frauen, 1992). Die Versachlichung des Alkoholproblems erlaubte die Differenzierung bei den stationären Therapien und die Entwicklung von halbstationären und ambulanten systemischen Angeboten. Zwar ist ein Langzeittherapieangebot in der Alkoholbehandlung weiterhin notwendig, doch in vielen Fällen kann mit einem ambulanten, halbstationären Angebot geholfen werden. In der stationären Drogentherapie werden konstruktive Umgangsmöglichkeiten mit Behandlungsabbrüchen erst entstehen, wenn Behandlungsabbruch für die oder den Betroffenen nicht gleichbedeutend ist mit Verelendung und sozialer Verwahrlosung oder einem Gefängnisaufenthalt. Aus diesen Gründen sind Verantwortliche in den Kantonen und Städten und Fachpersonen übereinstimmend der Ansicht, dass generell eine breite Anwendung von Zwangsmassnahmen, die Einrichtung von grossen Langzeittherapiezentren nicht anzustreben sind, eine differenzierte sachbezogene Gesamtentwicklung das Ziel sein muss.

10. Veränderungsziele in der stationären Drogentherapie

Die Gesamtauswertung der Situations- und Lückenanalyse, der Zukunftsszenarien, der Stellungnahmen der Betroffenen und Eltern und der Expertinnen und Expertenbefragung führte zu den Fragen der Veränderungsziele und Lösungsansätze für die nächsten fünf Jahre. An den regionalen Hearings wurden Zielvorstellungen und Lösungsansätze aufgrund der Resultate den Teilnehmerinnen und Teilnehmer vorgestellt und in Arbeitsgruppen diskutiert. Der überwiegenden Teil der mehr als 200 Teilnehmerinnen und Teilnehmer hat den erarbeiteten Veränderungszielen und Lösungsansätzen zugestimmt. Die Ziele und die wesentlichen Punkte der Diskussionen sind in den folgenden Grundsätzen zusammengefasst. Anschliessend werden zu den Grundsätzen Überlegungen gemacht und mögliche Lösungsansätze skizziert. Sie sind als Orientierungshilfen aufzufassen und müssen unter der Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten zu umsetzbaren Lösungsansätzen weiterverarbeitet werden.

10.1. Gesamtentwicklung der stationären Drogenarbeit

10.1.1. Qualitätssicherung

Grundsatz: In einem generellen verbindlichen Anforderungsprofil werden die Qualitätsanforderungen an die Einrichtungen des stationären Drogenentzuges und der stationären Drogenrehabilitation definiert. Die Basis des Anforderungsprofiles bilden wirtschaftliche, fachliche und regionale Kriterien. Das Anforderungsprofil bildet die Basis für die Erstellung von kantonally koordinierten Finanzierungskonzepten, zur Bestimmung der Zuständigkeit der Sozialversicherungen sowie der Einführung eines umfassenden Qualitätscontrollings.

Die einzelne Indikation einer Drogentherapie soll individualisierter und nach fachlichen Kriterien erfolgen.

Als Grundelemente eines Anforderungsprofiles sind die folgenden Kriterien näher zu umschreiben und zu ergänzen:

- Das Vorliegen eines Fachkonzeptes
- Die Integration wissenschaftlicher Erkenntnisse
- Transparenz der geleisteten Arbeit und Bereitschaft zu deren Evaluation
- Eine Limite des Finanzaufwandes pro angebotenem Platz
- Kooperation innerhalb des Behandlungsnetzes
- Externe Supervision
- Qualifiziertes Personal mit entsprechenden Arbeitsbedingungen
- Weiterbildung.

Für die verschiedenen Institutionstypen sind Kategorien zu schaffen, damit die notwendige Vergleichbarkeit der Institutionen für ein umfassendes Qualitätscontrolling hergestellt werden kann. Die Erarbeitung des Anforderungsprofils muss auf Bundesebene erfolgen in Zusammenarbeit mit den interkantonalen Gremien, dem BSV und den Fachkreisen.

Eine Grundlage zur Qualitätsbeurteilung in der stationären Drogentherapie muss vermehrt die Evaluationsforschung sein. Zum Ausbau der Evaluationsforschung sind zum Beispiel die Ausbaumöglichkeiten der Verbundforschung (SPD Zürich) weiterzuerfolgen. Die Konkretisierung der Möglichkeiten erfolgt zur Zeit über eine Machbarkeitsstudie, die vom SPD Zürich durchgeführt wird (Dobler-Mikola, voraussichtliche Veröffentlichung 1994).

Eine weitere Säule der Qualitätssicherung ist die Fort- und Weiterbildung des Personals im Suchtbereich. In einer Studie wurde der Bedarf der Institutionen im Suchtbereich analysiert. In einem Zwischenbericht (Gertsch/Weber 1994) liegen nun genauere Aufschlüsse über zukünftige Inhalte und Formen der Fort- und Weiterbildung vor, auf denen das bestehende Angebot für die stationäre Drogentherapie ausgebaut werden kann.

Qualitätssicherung fordert vermehrte interinstitutionelle Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Bereichen der Drogenhilfe. Auf dieser Basis sollen die Rehabilitations- und Drogenentzugsmöglichkeiten vernetzt und im Einzelfall das Behandlungssetting individuell und nach fachlichen Kriterien bestimmt werden mit dem Ziel, die persönlichen und sozialen Ressourcen des Betroffenen und seines Umfeldes optimal zu nutzen. Individualisierung der Programme heisst je nach Indikation die Verkürzung der geschlossenen stationären Behandlungsphasen, die vermehrte Kombination von stationären, halbstationären und ambulanten Massnahmen. Wichtiger Punkt bei der Flexibilisierung der Drogentherapie sind Umgangsmöglichkeiten mit einer Rückfälligkeit bzw. mit einem Behandlungsabbruch. In einem stationären Rahmen müssen Auffangmöglichkeiten zur Neuplanung der Ziele und Abschluss entsprechender Vereinbarung im einzelnen Programm bestehen. Unter Umständen müssen die ursprünglichen Zielsetzungen redimensioniert werden und in einem neuen Behandlungssetting, z. B. das Ziel der Drogenabstinenz, zurückgestellt werden, damit erreichte Teilziele wie verbesserter Gesundheitszustand oder soziale Wiederintegration nicht in Frage gestellt werden. Speziell zu beachten ist bei der Lösung dieser Fragen die Situation der Klientel aus dem Straf- und Massnahmenvollzug.

Der Übergang von der stationären geschlossenen Behandlung zur vollständigen Reintegration in die Gesellschaft ist fliegend zu gestalten. Der Ausbau und die Verstärkung der Reintegrationsphase könnte über die folgenden Lösungsansätze erreicht werden: zu einem frühen Zeitpunkt Versuche der beruflichen Eingliederung an externen Arbeitsplätzen und der Ausbau des Angebotes an betreuten, externen Wohnmöglichkeiten. Diese und weitere Angebote sind unbedingt mit Möglichkeiten der Wiederaufnahme in den stationären Rahmen bei einer Rückfälligkeit der Klientin oder des Klienten zu vernetzen.

Die Einrichtung einer gesamtschweizerischen Ombudsstelle oder eines Ombudsgremiums wird von den Betroffenen und Eltern als sehr dringend erachtet. Dieser Lösungsansatz ist nach übereinstimmender Meinung der Fachleute weiterzuerfolgen und möglichst bald zu realisieren. Voraussetzung ist, dass gleichzeitig Instrumente der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle zur stationären Drogentherapie entwickelt werden, da ohne diese eine Ombudsstelle oder ein Ombudsgremium ohne sinnvolle Arbeitsinstrumente im Konfliktfall beurteilen und evtl. intervenieren müsste.

10.1.2. Gesamtschweizerische Übersicht und Zugänglichkeit

Grundsatz: Das stationäre Drogentherapieangebot der einzelnen Kantone soll für die Klientel aus der gesamten Schweiz zugänglich sein. Als Arbeitsinstrument für die Indikation einer Rehabilitationsmassnahme soll gesamtschweizerisch eine Übersicht über das aktuelle Angebot bestehen und für die Weiterentwicklung der stationären Drogentherapie zu neuen anlaufenden Projekten in den Kantonen Grundinformationen vermittelt werden.

Die gesamtschweizerische Zugänglichkeit hat im stationären Drogenentzug nicht die gleiche Bedeutung wie in der Drogenrehabilitation. Im Drogenentzug geht es vorwiegend um regionale Vereinbarungen zwischen Nachbarkantonen, während es in der Drogenrehabilitation um gesamtschweizerische Vereinbarungen geht. Grundsätzlich ist eine Gleichbehandlung der ausserkantonalen und kantonalen Klientinnen und Klienten anzustreben.

Ziel ist, bei den Kostengutsprachen und Aufnahmeverfahren die Arbeits- und Entscheidungsabläufe zu vereinfachen, sodass freiwillige kantonale und ausserkantonale Klientinnen und Klienten den Bewerberinnen und Bewerbern aus dem Straf- und Massnahmenvollzug gleichgestellt sind. Die Lösungsansätze sind bei interkantonalen Vereinbarungen zu suchen. Als Modell könnten die interkantonalen Heimvereinbarungen zugunsten von Kinder- und Jugendheimen dienen.

Das gesamtschweizerische Drogentherapieangebot soll über eine kontinuierlich aktualisierte Übersicht zu den Angeboten (z.B. freien Rehabilitationsplätze) und Projekten in den Kantonen transparenter und kooperativer gestaltet werden. Dazu bietet eine EDV-Lösung direkte Kommunikationsmöglichkeiten zwischen den Institutionen. Zu diesem Lösungsansatz hat die FSG im Auftrag vom BAG eine Machbarkeitsstudie durchgeführt (Machbarkeitsstudie Infoset Direkt, FSG 1993). Ambulante Beratungsstellen, Verantwortliche der Kantone und Städte für Drogenfragen befürworten die Einführung eines Informationssystems sehr. Bei den stationären Einrichtungen der Drogentherapie ist eine Kooperationsbereitschaft nur teilweise vorhanden. Die in der Machbarkeitsstudie aufgezeigten Ziele und Lösungsansätze werden weiterverfolgt und über einen Pilotbetrieb im nächsten Jahr realisiert. Wichtig ist bei der Realisierung des Projektes die späteren Benutzer einzubeziehen und die Kommunikationsmöglichkeiten des Systems nach den Bedürfnissen der ambulanten wie stationären Institutionen einzurichten. Die Dokumentation zum Drogentherapieangebot und die Projektübersicht wird nach bestimmten Qualitätskriterien aufgebaut.

10.1.3. Umfassendes Finanzierungskonzept

Grundsatz: Der Finanzierungsmodus wird in der Schweiz über die einzelnen Kostenträger einheitlich und transparenter gestaltet. Bei der Aufgabenteilung wird davon ausgegangen, dass der stationäre Drogenentzug primär eine medizinisch-pflegerische Aufgabe ist, der stationäre Übergangsbereich und die (halb)stationäre Drogenrehabilitation eine Wiedereingliederungsaufgabe, die verschiedene Massnahmen und Settings beinhaltet.

Zwischen den verschiedenen Kostenträgern ist eine klare Aufgabenteilung anzustreben: auf Bundesebene zwischen den Krankenkassen und der Invalidenversicherung, auf regionaler Ebene zwischen den Kantonen und in den Kantonen zwischen den Gemeinden und dem Standortkanton der Einrichtung. Die Tagespauschalen für die Klientinnen und Klienten sind so anzusetzen, dass sie in der Regel vom Betroffenen übernommen werden können. Das erfordert in den Kantonen

die Neuregelung der Rehabilitationsbeiträge zwischen dem Kanton und den Gemeinden über die Sozial- und Fürsorgegesetzgebung.

Die Vereinheitlichung der Tagespauschalen erfordert vonseiten der Institutionen eine grössere Transparenz zu den effektiven Gesamtkosten pro Patientinnen- oder Patiententag, bzw. pro Klientinnen- oder Kliententag. Da sich Behandlungskonzepte in den einzelnen Institutionen und damit der gerechtfertigte Aufwand sehr unterscheiden, sind verschiedene Kategorien von Maximaltagespauschalen zu schaffen. Für die Erreichung dieser Ziele sind Vereinbarungen auf kantonaler sowie auf Bundesebene notwendig.

Sie bilden die Grundlage dafür, dass die Indikation der einzelnen Drogentherapiemassnahme wirklich nach fachlichen Kriterien gemacht werden kann.

Für den stationären Drogenentzug ist die Infrastruktur einer psychiatrischen Klinik oder eines somatischen Spitals in der Regel nicht unbedingt notwendig. Die Krankenkassen sollen deshalb spitalexterne Einrichtungen des Drogenentzuges anerkennen und ihre Beiträge nach generellen Anerkennungskriterien festlegen. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass nach einer Dauer von 30 Tagen der körperliche Drogenentzug und damit der vorwiegende medizinische pflegerische Teil der Drogentherapie abgeschlossen ist.

Die stationäre Drogenrehabilitation muss vielfältig gestaltet bleiben, sich für die Fachstellen in den Kantonen aus einem gesamtschweizerischen Angebot zusammensetzen. Neu ist dem Drogenrehabilitationsbereich der Übergangsbereich zwischen Drogenentzug und ambulanten oder stationären Anschlussprogrammen zuzuordnen. Die Aufgabenteilung der Kostenträger in diesem Bereich ist gleich zu gestalten wie in der Drogenrehabilitation. Die notwendige Flexibilisierung des Angebotes, neue Projekte für bestimmte Zielgruppen werden vermehrt auf halbstationären Konzepten aufgebaut werden. In einem Finanzierungskonzept ist die Gestaltung der Finanzierung im halbstationären Bereich zu berücksichtigen.

10.1.4. Stationärer Drogenentzug

Grundsatz: Die Verbesserung der Versorgungslage im stationären Drogenentzug ist in regionalen Projekten zu planen und umzusetzen. Die regionale Planung erlaubt die Vernetzung des stationären Entzugsangebotes mit dem regionalen ambulanten Hilfsangebot und die Verbindung des stationären Entzugsangebotes mit einem Übergangsangebot für die Indikation und Einleitung der anschliessenden Rehabilitation.

Eine ausreichende Versorgungslage kann wegen der unterschiedlich grossen Nachfrage nicht in allen Regionen mit den gleichen Lösungsansätzen erreicht werden. Die Resultate von REHA 2000 lassen darauf schliessen, dass bei der Planung und Umsetzung von Projekten von den folgenden Grundsätzen ausgegangen werden kann:

In Regionen mit einem Einzugsgebiet von mehr als 250'000 Einwohnern ist die Priorität bei stationären spitalexternen Drogenentzugs- und Übergangseinrichtungen zu setzen. Es kann davon ausgegangen werden, dass das Einzugsgebiet mindestens 12 stationäre Entzugsplätze benötigt. Wirtschaftlich und räumlich sind damit die Voraussetzungen gegeben für die Einrichtung und den Betrieb einer autonomen spezialisierten Entzugsstation. Anstelle einer räumlich und organisatorisch getrennten Übergangsstation ist die Entzugsstation eventuell kombiniert mit einem Angebot an Übergangsplätzen zu planen.

In den Regionen mit einem Einzugsgebiet zwischen 150'000 und 250'000 Einwohnern ist die Priorität bei spezialisierten Drogenentzugsabteilungen in psychiatrischen Kliniken zu setzen. Die wirtschaftlichen und räumlichen Voraussetzungen für den Aufbau und Betrieb einer spezialisierten autonomen Drogenentzugseinrichtung sind in diesen Regionen in der Regel nicht gegeben, wenn nicht durch interkantonale Konkordate Kombinationen mit einem Angebot an Übergangsplätzen die Nachfrage für mindestens zwölf Plätze erreicht werden kann.

Bei Kantonen oder Einzugsgebieten mit weniger als 150'000 Einwohnern ist die Priorität bei der Einrichtung von Entzugsplätzen in Spitälern und Kliniken oder der Entwicklung von Konzepten familiärer Betreuungsformen im Drogenentzug zu setzen. Die Qualität des Drogenentzugsangebotes im Spital kann mit dem Ausbau einer externen Fachstelle verbessert werden (Auftrag der Betreuung während dem Entzug und Indikation/Vorbereitung des Anschlussprogrammes).

Ein Ziel der Vernetzung des stationären Drogenentzugsangebotes mit dem ambulanten Bereich ist der Aufbau von Möglichkeiten der besseren und frühzeitigen Nutzung der Ressourcen der oder des Betroffenen und seines Umfeldes. Der Einbezug der Bezugspersonen der oder des Betroffenen könnte die Erfolgsaussichten des Drogenentzugsversuches wesentlich unterstützen, da mit ihrer Hilfe ambulante oder halbstationäre Anschlussmöglichkeiten realisierbar werden. Es erfordert aber auch eine grössere Durchlässigkeit zwischen dem ambulanten Therapieangebot und dem stationären Drogenentzugsangebot, sowie ein Angebot an halbstationären Einrichtungen wie begleitetes oder betreutes Wohnen, damit Krisensituationen aufgefangen werden können.

In diesem Zusammenhang müssen die ambulanten Drogenentzugsmöglichkeiten überprüft werden. Wichtige Frage ist, wie Selbstentzugsversuche mit ambulanter oder stationärer professioneller Hilfe unterstützt werden. Die Evaluation von ambulanten Drogenentzugsprogrammen in den Städten Bern, Basel und Zürich und die Auswertung von stationären familiären Entzugsprogrammen wie z.B. "Freier Fall" Bern, könnten als Grundlage zur Entwicklung von entsprechenden ambulanten Settings dienen.

Die Bereitstellung von Übergangsplätzen hat höchste Priorität. Die zu schaffenden Übergangseinrichtungen können mehrere Funktionen wahrnehmen. Grundsätzlich ist es ihre Aufgabe ein ambulantes oder stationäres Anschlussprogramm zu planen und einzuleiten. Konzeptionell müssen diese Einrichtungen sozial-therapeutisch ausgerichtet sein, medizinische und pflegerische Aspekte haben in dieser Phase nur noch sekundäre Bedeutung. Für die Entwicklung von Übergangseinrichtungen bestehen mehrere unterschiedliche Einrichtungen, die als Modell dienen können.

10.1.5. Stationäre Drogenrehabilitation

Grundsatz: Das bestehende Drogenrehabilitationsangebot soll teilweise über die Reorganisation von bestehenden Einrichtungen und teilweise für bestimmte Zielgruppen über die Entwicklung eines neuen spezifizierten Angebotes verbessert werden. Die Vernetzungsmöglichkeiten zwischen ambulanten, halbstationären und stationären Angeboten sind mehr zu gewichten.

Der Wiedereingliederungsauftrag kann in einem gesellschaftlichen-politschen Umfeld, das auf einer sachlichen Basis versucht mit der Drogenproblematik fertig zu werden, mit einem vielfältigen Drogenrehabilitationsangebot erfüllt werden. Das bestehende Drogenrehabilitations-

angebot baut überwiegend auf einer langen stationären geschlossenen Behandlungsphase auf. Forschungsergebnisse, Einschätzungen von Fachleuten und die Situations- und Lückenanalyse weisen darauf hin, dass mit diesem Angebot einige Drogenkonsumentengruppen ungenügend erreicht werden können. Handlungsbedarf besteht vor allem beim Angebot für Jugendliche und Veränderungsbedarf bei den bestehenden Behandlungssettings für Frauen.

Generelles Ziel der Drogenrehabilitation ist ein immer vielfältigeres Netz von ambulanten, halbstationären und stationären Einrichtungen, das individualisierte Behandlungssettings erlaubt. Primär soll über diese Strategie versucht werden für Jugendliche und Drogenkonsumenten mit guten persönlichen Ressourcen und einem tragfähigen sozialen Umfeld ein frühzeitiges Wiedereingliederungsangebot aufzubauen. Die Resultate von Reha 2000 ergeben für die konkreten Projekte keine ausreichenden Planungsgrößen. Mit Erfahrungen aus laufenden Projekten mit diesen oder ähnlichen Zielsetzungen sind die notwendigen Planungsgrößen zu definieren.

Reha 2000 hat sich auf den Kernbereich der stationären Drogentherapie begrenzt. Die Gespräche in der Vernehmlassung und schriftliche Stellungnahmen weisen darauf hin, dass das Personal in Kinder- und Jugendheimen sehr häufig mit Suchtmittelmissbrauch konfrontiert ist, die Behandlungskonzepte jedoch nicht auf den Umgang mit diesen Fragen ausgerichtet sind. Die Hinweise machen deutlich, dass ein grosser Handlungsbedarf besteht. Mit den Resultaten von REHA 2000 kann er nicht genauer definiert und konkretisiert werden.

Die Drogenrehabilitation in der Schweiz baut mit ganz wenigen Ausnahmen auf gemischt-geschlechtlichen Behandlungskonzepten auf. Die Forschungsergebnisse zur Frage der Situation drogenabhängiger Frauen (Bendel, 1993, Dobler-Mikola, 1989) stellen diesen Behandlungsansatz mit den folgenden Begründungen in Frage. Die Ursachen und Hintergründe einer Suchtentwicklung bei Frauen enthalten häufig geschlechtsspezifische Elemente wie Erfahrungen mit männlicher Gewalt in der Ursprungsfamilie, später in der Drogenszene und in der Beschaffungsprostitution. Bei Männern sind die Ursachen der Suchtentwicklung und die Erfahrungen in der Drogenszene wesentlich anders gewichtet. Drogenrehabilitation im gemischtgeschlechtlichen Rahmen macht eine geschlechtsspezifische Aufarbeitung schwierig. Frauen können ihre spezifischen Themen und Rollen zu wenig thematisieren. Die entstehende männlich orientierte Gruppendynamik verhindert die Entwicklung eines positiven therapeutischen Prozesses unter den Frauen, die notwendige Solidarität wird erschwert oder verhindert (Heinrich, 1991).

Der Handlungsbedarf für weitere Zielgruppen wie Personen mit fremden kulturellen Hintergrund, Frauen mit Kindern, Personen mit Dualdiagnosen und Personen mit sehr langen Suchtkarrieren besteht und ist in weiteren Abklärungen zu konkretisieren. Die Flexibilisierung des bestehenden Rehabilitationsangebotes kann diesen Personengruppen zum Teil ein verbessertes Angebot bringen, zum Teil erfordern Klientinnen- und Klientengruppen, z. B. Frauen mit Kindern, ein spezielles Behandlungssetting, da die Integration und Betreuung von Kindern nicht einfach in einem Rahmen für Erwachsene erfolgen kann.

11. Literaturverzeichnis

- Balazsy, P.: Opiat-Entwöhnung unter stationären psychiatrischen Bedingungen. In: Schweizerische Ärztezeitung, 10, 1990, S. 394-396.
- Bendel C., Brianza A., Rottenmanner I. Frauen Sichten Süchte. SFA, Lausanne, 1993.
- Birrer, M.: Kostenvergleich Drogenentzug. Ein quantitativer und qualitativer Vergleich verschiedener Entzugskliniken. Manuskript, Basel, 1993.
- Bundesamt für Gesundheitswesen: Bericht der Kantone über die präventiven und therapeutischen Massnahmen im Drogenbereich 1986 - 1989. EDMZ: Bern, 1991.
- Bundesamt für Sozialversicherung (Abteilung Invalidenversicherung, Sektion Kollektivleistungen): Förderung der Invalidenhilfe. Grundsätze zur Beitragspraxis. Bern, 1991.
- Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich: Lagebericht und Gesamtkonzept für Massnahmen im Bereich des Suchtmittelkonsums. Zürich, 1992.
- Dobler-Mikola, A., Zimmer-Höfler, D.: Zur spezifischen Situation drogenabhängiger Frauen. Forschungsinformationen aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst Zürich, Nr. 28, 1992.
- Dobler-Mikola, A., Zimmer-Höfler, D.: KlientInnen drogentherapeutischer Gemeinschaften in der Schweiz zwischen 1978/79 und 1990/91, Forschungsinformationen aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst Zürich, 1992.
- Gertsch M., Weber K.: Der Weiterbildungsbedarf der Einrichtungen der schweizerischen Drogenhilfe, Koordinationsstelle für Weiterbildung der Universität Bern, 1994.
- Heinrich G.: Feministische Drogentherapie. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. Drogenpolitik und Drogenhilfe. Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren, Band 33, Freiburg i. Br., Lambertus, 1991.
- Manz, A.: Erhebungen zur Suchthilfe in der Region Basel und Beobachtungen zu Teilproblemen der Suchthilfe. Die Kette, Fachgruppe ambulante Drogentherapie, Basel, 1989.
- Meyer-Fehr, P.: Drogentherapie und Wertwandel. Orientierungsmuster in Therapeutischen Gemeinschaften. Deutscher Studien Verlag: Weinheim, 1987.
- Olgiate, M.: Das Problem AIDS in der stationären Drogenrehabilitation. Med. Diss.; Juris-Verlag, Zürich, 1987.
- Roch, I. et al.: Empirische Ergebnisse zum Therapieabbruch bei Drogenabhängigen. Ein Literaturüberblick. In: Sucht, 38, 1992, S. 304-322.
- Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme (SFA): Soziale und präventive Aspekte des Drogenproblems unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz. (Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesens) Lausanne, 1990.
- Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme (SFA): Folienrauchen - eine vorübergehende «Mode» oder eine neue Konsumart? In: Drogen-Info, Nr. 5, 1993.

Stohler, R., Petitjean, S., Ladewig, D.: Evaluation einer Drogenentzugsstation. In: Therapeutische Umschau, 3, 1993, S. 160-168.

Therapie- und Rehabilitationszentrum für suchtkranke Frauen: 100 Jahre Wysshölzli. Einblick in die 100-jährige Geschichte des Wysshölzli. Herzogenbuchsee, 1992.

Uchtenhagen, A.: Les traitements de la dépendance des drogués et leur évaluation en Europe. Manuskript, Zürich, 1983.

Ulrich, W.: Stationäre Einrichtungen in der Drogenhilfe. Bundesamt für Gesundheitswesen: Bern, 1993.

Verein Schweizerischer Drogenfachleute (VSD): Die stationäre Drogentherapie im Frühjahr 1989. Manuskript, Dornach, 1989.

12. Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheitswesen
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
FFE	Fürsorgerischer Freiheitsentzug
FSG	Fachstelle für Sozialarbeit im Gesundheitswesen Solothurn
KVG	Krankenversicherungsgesetz
OSSA	Ostschweizerische Schule für Sozialarbeit, St.Gallen
SFA	Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme, Lausanne
SPD	Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich
VEV DAJ	Verband der Elternvereinigungen drogenabhängiger Jugendlicher
VSD	Verein schweizerischer Drogenfachleute, Dornach