

**Zeitschrift:** SuchtMagazin  
**Herausgeber:** Infodrog  
**Band:** 29 (2003)  
**Heft:** 6

**Artikel:** Drogentherapie in der Schweiz  
**Autor:** Hasler, Philippe  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-800910>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 29.03.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# Drogentherapie in der Schweiz

Seit über 30 Jahren gibt es stationäre Therapien als Ausstiegsmöglichkeit für Drogenabhängige. Konzepte wurden über die Jahre professionalisiert und diversifiziert. Die Rahmenbedingungen sind derzeit die grosse Herausforderung für die Einrichtungen.

PHILIPPE HASLER\*

Die stationäre Drogenhilfe<sup>1</sup> bietet Menschen, die sich in der Welt der Drogen verloren haben, Begleitung im Ausstieg aus der Abhängigkeit an. Nach einer Zeit, in der viel Energie in die Professionalisierung investiert wurde, stecken praktisch alle Einrichtungen seit einigen Jahren in einem eigentlichen Überlebenskampf. Daneben rufen neue Aufgaben nach Antworten und neuen Behandlungsformen.

## Als die Suchttherapie laufen lernte

Bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts hinein waren Drogen (v.a. Heroin und Kokain) in den westlichen Gesellschaften ein eher marginales Problem. Menschen, die wegen dem Konsum dieser Substanzen ihre materielle Grundlage nicht sicherstellen konnten, wurden entweder in der Psychiatrie oder mittels Psychotherapie behandelt, oder sie blieben als Sozialfälle am Rand der Gesellschaft.

\* Philippe Hasler ist Operativer Leiter des Zentrums für Suchttherapie start again, Zürich ([www.startagain.ch](http://www.startagain.ch)). Er ist Lehrer, tiefenpsychologischer Therapeut, systemischer Supervisor und Organisationsberater (BSO). E-Mail: [ph.hasler@startagain.ch](mailto:ph.hasler@startagain.ch)

Im Schlepptau der 68er-Bewegung setzte in breiteren Kreisen eine Enttabuisierung der weichen, der psychedelischen wie auch der sogenannten harten Drogen ein. Die Folge war, dass immer mehr Menschen in der sozialen Verwahrlosung landeten. Erste Anläufe, diese gestrandeten Seelen zu retten, wurden über Lebens- oder Wohngemeinschaften unternommen. Die Grundhaltung der Helfenden basierte auf grosser Nächstenliebe und/oder beherztem menschlichen Engagement. In Anlehnung an den mittelalterlichen klösterlichen Grundsatz «bete und arbeite» versuchten zuerst meist semiprofessionelle Helfende über ein gemeinschaftliches Zusammenleben den Süchtigen einen Rahmen anzubieten, innerhalb dessen diese ihre Lebens- und Arbeitsfertigkeiten wieder aufbauen konnten. Die Personen, die sich dieser Aufgabe annahmen, kamen aus der Psychologie, der Medizin, der Psychiatrie und der Pädagogik. In den von diesen Pionieren eingepflanzten Wurzeln steckte der interdisziplinäre Geist, der aus der heutigen Suchttherapie nicht wegzudenken ist.

Aus heutiger Sicht könnte man sagen, dass diese Amateure/-innen (im besten Sinn des Wortes: «Liebhaber») mit ihrem Wirken den Grundstein legten zu einer Behandlungsform ausserhalb der traditionellen Medizin und Psychiatrie. Der Unterschied zeigt sich heute noch darin, dass die Klientel nicht «PatientInnen» genannt wird, sondern als «BewohnerInnen» oder «KlientInnen» bezeichnet wird. Als Behandlungsform galt damals, was noch im Hintergrund steht: Gemeinsam essen, Sitten entwickeln, Lernen miteinander auszukommen und Lernen, Verantwortung in Garten oder Werkstatt wahrzunehmen. Dieser Ansatz verhalf vielen Menschen zu ihrer Reintegration in die Gesellschaft. Die BewohnerInnen waren häufig reine Heroin-Junkies (die

immer wieder das grosse Flash, die «Erleuchtung» suchten). Die Suchtmuster waren eher einfacher gestrickt als bei der heutigen polytoxikomanen Klientel, bei der es häufig darum geht, sich «einfach zuzuputzen, egal womit». Die Konzepte dieser Institutionen der ersten Stunde entsprangen einer milieuthérapeutischen Sichtweise.

Die Hypothek, welche die heutige professionelle Suchttherapie aus dieser Zeit überliefert bekommen hat, liegt in der Meinung, dass der Erfolg einer Therapie daraus resultiere, dass süchtige Menschen zu arbeiten und sich anständig zu benehmen lernten. Der Rückgriff auf den Leitsatz «Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg», der unsere gesellschaftliche Entwicklung v.a. während der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts stark prägte, greift auch in der Suchttherapie etwas kurz: Wer hat es nicht schon am eigenen Leib erlebt, dass der Wille oft eine sehr kurze Halbwertszeit hat und dass Süchtigkeit ein Phänomen ist, das einen immer wieder verführt und in Sackgassen lockt?

## Konfrontationstherapie für Heroin-Junkies

In den späten 70er Jahren kam unter Fachleuten in verschiedenen Gemeinschaften die Erkenntnis auf, dass dem Phänomen Sucht in vielen Fällen mit Engagement allein nicht beizukommen war. Viele BewohnerInnen landeten trotz einer häufig grenzenlosen Hingabe und trotz langer Abstinenz wieder im Kreislauf süchtigen Agierens. Es wurde deutlich, dass es mehr brauchte als gelebte Caritas oder als das Bemühen, Philosophien einer besseren Welt miteinander zu teilen.

In den «Urzellen der schweizerischen stationären Drogentherapie» (dem Ulmenhof im Zürcherischen Ottenbach, dem Aebihus im Jura bei Biel, dem



Rüedli am Thunersee, der Stiftung Terra Vecchia im Berner Oberland, der Ausserhofmatt im Luzerner Hinterland und dem Chratten im Solothurner Jura<sup>2</sup>) wurde pionierhaft an ersten deutschschweizerischen Konzepten zur Drogenrehabilitation gearbeitet. Diese basierten stark auf der Konfrontationstherapie.

Mit diesem Ansatz gelang es einerseits, die BewohnerInnen mehr aus der Reserve zu holen: Sie mussten lernen, sich zu stellen, als Gegenbewegung zur Sucht-Flucht. Andererseits bestand die Gefahr einer einseitigen Konfrontationstherapie darin, dass sich in den WG's ähnliche Hierarchien bildeten wie in der Drogenszene, und dass mächtigere BewohnerInnen sich profilierten, indem sie sich mehr mit anderen konfrontierten als mit sich selbst. Dadurch erfolgte noch wenig Veränderung in den tiefer verwurzelten süchtigen Lebens- und Interaktionsmustern.

## Neue Herausforderung durch polytoxikomane Klientel

Konfrontation als primäres Werkzeug prägte die Suchttherapie mindestens bis Ende der 80er-Jahre und ist auch heute noch ein wesentliches Instrument in der Werkzeugkiste suchttherapeutischen Handels. Doch die Entwicklung konnte nicht stehen bleiben: Der Zeitgeist, geprägt von einer immer komplexeren Umwelt, wurde ein wesentlicher Faktor. Die Klientel, die in der Schweiz in den 80er-Jahren den «Cocktail» entdeckte (Spritze mit Heroin und Kokain) und die zunehmend querbeet konsumierte, was sie fand (inklusive Schmerzmittel, Schlafmittel, Psychopharmaka, Cannabis, Alkohol usw.), war die andere grosse Herausforderung, der es zu begegnen galt. Die oben erwähnten Therapien erweiterten und verknüpften ihr Programm mit unterschiedlichsten Elementen aus der Psycho- und Verhaltenstherapie. An-

dere grössere und kleinere Einrichtungen öffneten in den 80er-Jahren ihre Tore (die Sozialtherapie Egliswil im Aargau, das Lärchenheim Lutzenberg in der Ostschweiz, die Waldruh im Baseltbieter Jura, der Freihof am Zürichsee, u.a.m.).

## Das Eldorado der 90er-Jahre

Dieses Jahrzehnt ging als die Zeit der offenen Drogenszenen (Platzspitz und Letten) und der zunehmenden Verelendung der Süchtigen in die Drogenhistorie ein. Dank der fast täglichen Bildreportagen erreichte das Drogenproblem die erste Stelle der Rangliste von Themen, welche die Schweizer Wohnbevölkerung beschäftigten. Etwas salopp kann man heute aus der Distanz sagen: Wer eine Suchttherapie eröffnen wollte, für den lag das Geld Ende der 80er- und Anfang der 90er-Jahre auf der Strasse. Es war eine Zeit, in der viele spezifisch ausgerichtete In-





stitutionen mit neuen Konzepten gegründet wurden (Smaragd im Baselbieter Birstal, die geschlechtsspezifischen Einrichtungen Casa Fidelio und Lilith im Solothurner Mittelland, das Lehn oberhalb Luzerns, die Sennhütte auf dem Zugerberg, start again in der Stadt Zürich etc.). Diese etablierten sich in der Branche und brachten Diskussionsstoff in die Weiterentwicklung der Suchttherapie. Die verschiedenen Angebote wurden differenzierter: Elemente aus der Gestalttherapie, der Psychoanalyse, körpertherapeutische Ansätze und die systemische Therapie wurden in die Konzepte integriert. Frauen- und mÄnnerspezifische Angebote, Programme für Paare, für Frauen oder Paare mit Kindern wurden kreiert. Zudem fanden zusÄtzliche Hilfsmittel wie die Selbsthilfe (auf der Basis von NA<sup>3</sup>), diverse Kampfsportarten oder spezifischer Achtsamkeitsübungen Einzug. Im interinstitutionellen Austausch, zum Beispiel in der

Fachgruppe «Stationäre Therapie» des Vereins Schweizerischer Drogenfachleute (VSD<sup>4</sup>) wurden differenziertere Definitionen der ausstiegsorientierten, stationären Drogenarbeit entwickelt: weg von der Logik der Drogensuchtbehandlung hin zur Bearbeitung von Süchtigkeit, als der tiefer liegenden Ursache des Problems.

### Umbruch und weitere Professionalisierung

In dieser Zeit wurde die Sanktionslogik immer mehr von einer prozesshaften Sichtweise abgelöst. In den 80er-Jahren lautete die Gleichung in vielen Einrichtungen noch: Absturz = Versagen = Ausschluss. In der Reflexion wurde deutlich, dass damit eigentlich die Logik süchtigen Handelns weitergeführt wurde, zu der auch Selbstbestrafung und Ausgrenzung gehören. Stattdessen hielt das Motto «Krise als Chance» Einzug. Im Zuge der Profes-

sionalisierung wurde klar, dass ein Muster nicht aufzulösen ist, indem man es vermeidet. Es galt also, professionelle Rahmungen zu schaffen, in denen die KlientInnen an ihren Grenzen arbeiten konnten.

In dieser Zeit siedelten sich Institutionen vermehrt mitten im stÄdtischen Alltagsleben an. Die Therapie in der Abgeschiedenheit war das eine, die (Re-)Integration in die «reale Welt» war nicht selten das andere. Immer wieder scheiterten KlientInnen daran, weil sie zu wenig Übungsfelder im urbanen Raum hatten.

### Neue Fragestellungen – neue Sichtweisen – neue Ansätze

Nicht allein der Druck der öffentlichen Meinung oder die wachsende Zahl an KonsumentInnen harter Drogen erforderten bis Mitte der 90er-Jahre die Erarbeitung von neuen







Konzepten; auch die Klientel unterlag einem sichtbaren Wandel. Bei immer mehr Menschen wurde immer deutlicher, dass Drogenkonsum nicht einfach eine ausgeartete Freizeitbeschäftigung war. Die Erkenntnis, dass Drogenkonsum in den meisten Fällen einem Selbstheilungsversuch entspricht, rief nach neuen Sichtweisen. Die Diagnostizierung und adäquate Behandlung von Doppeldiagnosen, war bis dahin praktisch ausschließlich eine Aufgabe der Psychiatrie gewesen. Nachdem dieses Phänomen immer häufiger und deutlicher auftrat, begann auch die stationäre Drogentherapie sich damit auseinander zu setzen. Je nach Einrichtungstypus konnten leichtere bis schwerere Fälle von Doppel- und mittlerweile Mehrfachdiagnosen ins laufende Programm integriert werden.

Diese Klientel setzte die Einrichtungen z.T. unter grossen Handlungsdruck. Es wurden Kooperationsformen mit PsychiaterInnen installiert. Auch die Definition von Abstinenz galt es zu überarbeiten: Bei den meisten Einrichtungen hatte dieser Begriff bis dahin die Nichteinnahme aller psychoaktiven Substanzen beinhaltet. Eine Doppel- oder Mehrfachdiagnose war (und ist) eine enorme Herausforderung, und wie überall, wo Neuland besritten wird, wurden in einem «trial an error»-Prozess taugliche Verfahren erarbeitet und installiert. Tragischerweise fiel diese personalintensivere Aufgabe, die auch zusätzliches, psychiatrisches Know-how erforderte, in die Zeit, als der Bund die finanzielle Unterstützung der Institutionen zu reduzieren begann. Dies führte und führt immer wieder zu leidigen Überlastungssituationen. Auch kam es dazu, dass interessante Projekte nicht umgesetzt werden konnten, obwohl der Bedarf nachweislich vorhanden war.

### Selektion nach fragwürdigen Kriterien

Aus den «goldenen Zeiten» Ende der 80er-Jahre resultierte neben allen positiven Innovationen auch ein gewisser Wildwuchs in der Therapielandschaft Schweiz. Wer zwei Pferde, drei Huskies, oder vier Zwergziegen und freien Wohnraum hatte, machte Drogentherapie. Alles war einfach; schliesslich sollten ja die Süchtigen einfach keine Drogen mehr nehmen. Und das gelang in der Regel, so lange der neue Reiz stark genug war. Diese unprofessionellen Auswüchse waren dem Image der Branche nicht zuträglich, denn sie zementierten den landläufigen Eindruck, dass die Fähigkeit, Drogensucht zu therapieren, einfach aus dem Handgelenk zu schütteln sei und dass die Süchtigen nur etwas mehr Willen bräuchten, und alles wäre kein Problem. Praktisch alle diese wenig professionellen Angebote überlebten die vielen Sparübungen der letzten 10 Jahre nicht und mussten ihre Häuser schliessen.

Unglücklicherweise hatten im gleichen Zeitraum auch einige Einrichtungen, die gute und fundierte Arbeit verrichteten, zu wenig finanzielle Ressourcen, um die Durststrecken zu überleben, die entstanden, weil politische Nichteinschüsse die Entwicklung prägten. Die Politik hat es in dieser Zeit verpasst, die zweifellos notwendigen Anpassungen entlang von Qualitätskriterien und wirklichem Bedarf zu leisten. So endeten Mitte der 90er die sieben fetten Jahre abrupt: Die Schliessung des Lettens und die daraus resultieren-

de «homöopathische» Verteilung der Süchtigen in der Gesamtlandschaft hatte zur Folge, dass das Problem seine Medienwirksamkeit verlor: Aus den Medien, aus dem Sinn! Auf dem Sorgenbarometer rutschte das Thema Sucht rasch nach unten. Die Politik spürte keinen Handlungsdruck mehr. Und da in den letzten zehn Jahren die Methadonabgabe massiv ausgeweitet und die Heroinverabreichung durch den Staat eingeführt worden waren, nahm auch der Druck von der Basis, die Nachfrage nach Therapieplätzen, leicht ab.

Obwohl auch die Fachleute in den ambulanten Beratungsstellen und den Entzugsstationen davor gewarnt haben, dass mit diesen Substitutionsmassnahmen ein Staudammeffekt erzeugt werde, wiegen sich viele verantwortliche Stellen in Sicherheit und schauen dem seit 1995 konstanten Institutionssterben tatenlos zu.

### Sparübungen als Damoklesschwert

Parallel zur Auflösung der offenen Drogenszenen machte sich ab 1993 in den Staatskassen eine gähnende Leere breit. Der Spardruck landete schnell bei den Einrichtungen: Im Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) wurde von gestern auf heute ein Gesetzestext uminterpretiert. (Über diese Auslegung wurden sich die Juristen nie einig!). Der Erlass hatte zur Folge, dass die Einrichtungen plötzlich Arztzeugnisse beibringen mussten, die beweisen mussten, dass ihre KlientInnen neben der Sucht einen anderen «invalidisieren-





den» Gesundheitsschaden aufwies. Konnte dieser nicht belegt werden, hatte es einen sofortigen Ausfall der bisher vom Bund erbrachten ergänzenden Tagespauschale zur Folge. Diese Regelung wurde z.T. rückwirkend angewandt. Ihre Umsetzung war mit grossem Aufwand verbunden und ihre Auswirkungen überforderten v.a. kleinere Einrichtung völlig, da diese weder ein finanzielles Polster noch die Personalressourcen aufwies, die notwendig waren.

Das BSV stritt zwar offiziell ab, dass ein Zusammenhang zwischen dem neuen Verfahren und dem Sparauftrag durch das Parlament bestand. Dies wurde angesichts der Zeitgleichheit zwischen Auftrag und Änderung einerseits und dem vorgelegten Handlungstempo andererseits von den stationären Einrichtungen nicht ohne Zweifel gehört. Die Untertützungen des Bundes gingen dadurch massiv zurück. Der Ausfall von Geldern war zum Teil ungerechtfertigt, und schon zugesagte Gelder mussten über langwierige Rechtsverfahren erstritten werden. Es erfolgten verzögerte Auszahlungen, und vor allem herrscht bis heute eine absolute Planungsunsicherheit für die Einrichtungen.

Seither musste jedes Jahr eine gute Handvoll stationärer Suchttherapien kapitulieren. Der Rechtsstreit ist heute noch nicht ausgestanden: In einem konkreten Fall konnte dem BSV rechtswidriges Verhalten nachgewiesen werden<sup>5</sup>. Es wird geprüft, ob andere Institutionen oder der Schweizerische Dachverband stationärer Suchthilfe (SDSS) die Verfahren ausweiten werden.

Glücklicherweise sah das Parlament ein, dass der stationären Suchttherapie der Atem ausginge: Auf Antrag der Bundesrätin Dreifuss sprach es für die Jahre 1999 bis 2001 Überbrückungskredite, die den Wegfall der BSV-Gelder kompensierten.

### **Wenig durchdachte Flurbereinigung...**

In verantwortlichen Kreisen wurde das Institutionssterben auch als Selbstregulierung bezeichnet. Dies stimmt so nicht, da weder zwischen den einzelnen Institutionen, noch zwischen Substitution und Therapie Kostenwahrheit und -transparenz besteht. Es gibt Einrichtungen, die von Kommunen getragen oder unterstützt werden, solche, die von Kantonen oder Gemeindeverbänden finanziell oder materiell entlastet werden und solche, die durch Sondervereinbarungen Quersubventionen beziehen. Es gibt Bereiche in der Suchthilfe, die von den Krankenkassen getragen werden, und es gibt Einrichtungen, die sich nur aus selbst erwirtschafteten Mitteln tragen. Angesichts derart ungleich langer Spiesse von Marktkräften und Selbstregulierung zu sprechen, hat nichts mit politischer Verantwortungsübernahme zu tun. Der VSD und der SDSS mahnen die zuständigen Stellen seit Jahren an, rechtliche und finanzielle Grundlagen zu schaffen, die den Institutionen den Rücken frei halten, ihr Kerngeschäft tun zu können, anstatt in Geldbeschaffung, Zeugniserstellung und Rechtsverfahren investieren zu müssen.

### **...evozierte auch Innovationen**

Der finanzielle Druck hatte allerdings auch positive Auswirkungen: Eine volle Belegung war nicht mehr garantiert, so mussten die Therapien sich deutlicher positionieren, die Konzepte überdenken, der Zeit anzupassen und ihre Aussenauftritte klarer gestalten. Auch mussten die MitarbeiterInnen qualifizierter sein und konsequenter weitergebildet werden. Der Konkurrenzkampf im Positiven, das «concurrere» als «miteinander wetteifern» trug Früchte und mündete häufig in ein gemeinsames Lernen und Entwickeln, in eine «Coopetition»<sup>6</sup>. Es erfolgte ein wesentlicher Qualitäts-, Differenzierungs- und Professionalisierungsschub.

Bisweilen drückten auch negative Seiten des Konkurrenzkampfes durch: Lobbying für eine Sache und Koalitionen gegen andere liegen manchmal nahe beieinander. In der Fachgruppe des VSD wurde immer wieder nach dem gemeinsamen Nenner gerungen, und auch der Dachverband wurde an verschiedenen Fronten aktiv. Die Hoffnung ist gross, dass aus der Neukonzeption des Fachverbandes Sucht noch mehr gemeinsame Schubkraft erwächst, und dass Kraft einer noch zu definierenden Zusammenarbeit mit dem SDSS aus einer Position der Stärke mit der Politik ein echter Dialog entstehen wird. Dies könnte der Sucht (-therapie)-Politik zu einer tiefer greifenden Neuorientierung auch auf nationaler Ebene verhelfen.

### **Neue Klientel mit neuen Themen**

Entsprechend der Veränderung der Klientel galt es in den letzten Jahren neue therapeutische Ansätze zu entwickeln und entsprechende Gefässe aufzubauen. Neben der Multitoxikomanie und den Doppeldiagnosen traten



auch Migrationsthemen in den Vordergrund: Einerseits stieg die Anzahl der KlientInnen aus der 2. Generation von Eingewanderten aus Südeuropa. Andererseits sah man sich vermehrt konfrontiert mit KlientInnen aus verschiedenen osteuropäischen Kulturkreisen, deren Lebensgewohnheiten sich stärker noch von den Schweizerischen unterscheiden und deren Behandlung auch nach anderen Sichtweisen und Therapieansätzen rief.

Gleichzeitig galt es sich vermehrt eines Klientels anzunehmen, das Mehrfachdiagnosen im Bereich Sucht und

Süchtigkeit aufweist (Essstörungen; Sex-, Spiel- und Onlinesucht; zwanghafte Delinquenz, Gewalt und Selbstverletzung), oder das die oben schon erwähnten psychiatrischen Diagnosen aufweist (Suizidalität, Depression, Borderline-Störungen, paranoide Störungen, wie auch psychotische und schizophrene Dispositionen). Auch hier galt es in die Schulung des Personals zu investieren und den MitarbeiterInnenstamm zu erweitern mit Personen, die psychiatrisches Know-how mitbringen. Diese Herausforderungen sind spannende Aufgaben und können

(auch) als «Job-enrichment» taxiert werden.

### Ungeregelte Finanzierungsfragen

Leider blieben die Tagessätze auf dem Niveau Mitte 90er-Jahre stehen. So mussten die Einrichtungen z.T. einschneidende Kurskorrekturen in ihren Budgets vornehmen, und das hiess in aller Regel Personalabbau. Hier muss in der nächsten Zeit etwas geschehen, denn es kann nicht sein, dass mit dauernd weniger Personal eine zunehmend schwierigere Klientel in immer besse-





rer Qualität therapiert werden muss. Die Zitrone ist langsam ausgedrückt, und die Branche wäre froh um ein klares Bekenntnis der Politik: Entweder ein klares Ja zu einer stationären Suchttherapie, wie sie von den Einweisen gefordert wird, und dann mit einer professionellen Konzeption der entsprechenden Finanzierung. Oder aber eine klare Eingrenzung des Angebotes. Dies würde einerseits eine Untergrabung des Vier-Säulen-Modells bedeuten und hätte andererseits unangenehme Konsequenzen, da ausstiegswillige Süchtige dann in der Substitution oder auf der Gasse bleiben, in Psychiatrischen Kliniken behandelt oder in Gefängnissen verwahrt würden. In der Bearbeitung der Tiefendimensionen der Suchtproblematik sind diese Einrichtungen, trotz der starken Entwicklung, die auch sie in den letzten Jahren durchgemacht haben, fachlich bestimmt nicht die optimale Adresse. Das weitere Festhalten an einer Politik von Nichtentscheidungen führt nur zu Mehrkosten für das Gesamtsystem! Diese sind nicht auf einen Blick sichtbar: Kostenträger für eine Drogen-Suchttherapie sind die Sozialämter, resp. die zuständigen Justizbehörden. Die Kosten für psychiatrische Behandlungen müssen (gleich wie Alkohol-Suchttherapien) von den Krankenkassen übernommen werden. Es kann dadurch ein Institutionstourismus entstehen, der nicht so offensichtlich wird, weil verschiedene Kostenträger involviert sein können. Da niemand fürs Ganze verantwortlich sein will, wird nicht nachdrücklich in diese unglücklichen Abläufe eingegriffen. Vielleicht führt die momentane Finanzierungs-krise, bei der auch die grossen Invalidenheime unter Druck geraten, zu einer Gesamtschau im Sozial- und Gesundheitswesen. Dies könnte zu einer Gesamtlösung führen, so dass die Finanzströme konzentriert dem Therapiebetreiben zufließen und nicht in Public-Relations-, Bescheinigungs- und Rechtsverfahren versickern. Mit dem Modell FiSu (Finanzierung Suchttherapie) hatte der Bund um die Jahrtausendwende einen Anlauf in die richtige Richtung genommen: eine einheitliche, transparente Kostenaufstellung der Leistungserbringer, eine zentrale und dadurch fachlich fundierte Zuweisungspraxis der Klientel sowie die Vereinfachung der administrativen Abläufe (Kostengutsprache, Rech-

nungsstellung, Auszahlung) für die Behörden. Unglücklicherweise wurde versucht, dieses Modell umzusetzen, bevor einige angemahnte Schwächen ausgemerzt waren. Mit FiSu sollten die finanziellen und administrativen Verantwortungen von Bund, Kanton und Gemeinden neu und endlich einheitlich geregelt werden. Leider wurde dieser Aushandlungsprozess nicht zu Ende geführt, was dazu führte, dass die Institutionen heute nicht wissen, mit welchen Finanzleistungen 2003 zu rechnen ist, und schon gar nicht, ob und wie sie 2004 für ihre Arbeit abgelingen werden. Die Einrichtungen der stationären Suchthilfe werden den Eindruck nicht los, dass auf ihrem Rücken ein Machtpoker gespielt wird. Anscheinend ist es den Kontrahenten nicht bewusst, wie viel mühsam erworbenes suchttherapeutisches Know-how verloren geht, wenn weiter zugewartet wird und noch mehr spezialisierte Institutionen in Konkurs gehen.

### **Status quo: Zersplitterung statt einheitliche Lösung**

Der Modus der Finanzierung provoziert derzeit paradoxerweise – weil von FiSu eigentlich völlig anders beabsichtigt – eine extreme Regionalisierung und Kantonalisierung der Finanzierung und dadurch erst recht der Zuweisung in stationäre Therapien. Dies ist der Qualität der Arbeit überhaupt nicht zuträglich. In kleineren Kantonen (oder Verbänden) werden die stationären Einrichtungen zum Abbild der regionalen Drogenszenen. Und das ist bekannt: Zu viel alte Seilschaften führen dazu, dass die Dinge sich rasch in gewohnte Bahnen bewegen. Solche Entwicklungen müssen gestoppt werden, denn sie sind überhaupt nicht genesungsfördernd und bedeuten eine Verschleuderung öffentlicher Gelder. Verhängnisvoll wirkt sich diese Fragmentierung auf Einrichtungen mit speziellen Angeboten aus, die sich immer schon an eine überregionale Klientel adressierten, und wo von der Bedarfsseite her klar ist, dass sie thematisch mehr oder weniger die ganze Deutschschweiz abdecken (z.B. Familien oder Mütter mit Kinder). Glücklicherweise steht der gesamte VSD voll und ganz hinter den stationären Einrichtungen. Ein Vorstoss, die PolitikerInnen zu wecken, ihnen aufzuzeigen, dass es

nicht fünf vor, sondern eins nach zwölf ist, läuft seit der Generalversammlung im Frühsommer 2003.

### **QuaTheDA: Qualität in der Therapie**

2001 und 2002 standen für die stationären Suchteinrichtungen ganz im Zeichen der Qualitätsentwicklung: Entlang der Vorgaben des BSV (BSV-IV 2000) und des BAG (QuaTheDA / Qualität Therapie Drogen, Alkohol) galt es für alle Institutionen, spezifische Qualitätsstandards zu entwickeln, fest zu schreiben und umzusetzen. Bis Ende 2002 mussten sich Einrichtungen, die weiterhin Bundesgelder beziehen wollten, zertifizieren lassen. Die Standards wurden auch von den Kantonen und in vielen Fällen von der Vollzugsbehörde der Justiz übernommen und mehr und mehr gefordert. Wenigstens in diesem Bereich ist es gelungen, eine gesamtschweizerisch-einheitliche Lösung zu finden (inklusive Westschweiz und Tessin).

Der Aufwand, ein Qualitätsmanagementsystem (QMS) aufzubauen und zu implementieren war enorm. Es galt die ganzen Arbeiten zu leisten, ohne dass zusätzliche finanzielle Ressourcen bereit gestellt wurden, die Entwicklungen waren neben dem laufenden Tagesgeschäft und parallel zum Überlebenskampf über die Bühne zu bringen. Einmal mehr legten die Einrichtungen eine Flexibilität und eine enorme Lernbereitschaft an den Tag (ohne die das Geschäft Suchttherapie eh nicht geleistet werden kann). Das Motto «Krise als Chance», das als Grundlage für die Arbeit mit den KlientInnen dient, wurde in diesem Fall auch auf die Arbeitsteams angewandt. Für die meisten Institutionen resultierte aus dem Qualitätsentwicklungsprozess (QE) ein weiterer Innovations- und Professionalisierungsschub, anderen half es, das Therapiekonzept und rahmenbestimmende Abläufe zu überdenken, zu vereinfachen, zu entwickeln oder anzupassen. Die Zertifizierung erfolgte auf Grund eines externen Audits (Abnahme durch eine spezialisierte, akkreditierte Stelle). Diese waren bei den stationären Einrichtungen bis ins Frühjahr 2003 abgeschlossen.

Dass die Qualitätsentwicklung eine nachhaltige Wirkung erzeugt, wird gewährleistet, indem der Qualitätsstand jährlich intern (umfassend) und



extern (punktuell) überprüft wird, und alle drei Jahre ein volles Folgeaudit durchgeführt wird. Dies bedeutet für die Zuweisenden eine relative Sicherheit, dass sie ihrer Klientel eine professionell geführte Therapie finanzieren.

### Im Spannungsfeld zwischen Ausstieg und Substitution

Gegenwärtig sind in verschiedenen Feldern Veränderungsprozesse im Gang. Ein grosses aktuelles Thema ist der Einsatz von Substitutionsmitteln während einer ausstiegsorientierten Therapie. Etliche abstinentorientierte Suchttherapien haben 2002 und 2003 begonnen, auch KlientInnen aufzunehmen, die mit Methadon oder Subutex substituiert sind. Anfangs bestand das Ziel darin, diese Hilfsmittel während der ersten paar Monate abzubauen. Bei gewissen KlientInnen wird jetzt auf eine Stabilisierung durch den Drogenersatz über die Therapie hinaus gearbeitet. Damit wurde ein unter Fachleuten schwelender Konflikt radikalisiert, wie weit der Begriff Abstinenz, resp. Abstinenzorientierung ausgedehnt werden kann und darf. Ein Teil der Suchttherapie nimmt für sich in Anspruch, Süchtigkeit auch in seinen Tiefendimensionen zu bearbeiten und aufzulösen, was u.a. beinhaltet, die erst durch die volle Abstinenz evozierten Krisen zu bearbeiten. In deren Ver-

ständnis setzt die Substitution darauf, den Craving-Mechanismus auf einem tieferen Level zu stabilisieren. Die Gegenseite vertritt den Standpunkt, dass es Menschen gibt, die längerfristig ein Substitutionsmittel brauchen, um die notwendige Stabilität zur Integration in den Alltag erreichen und aufrecht erhalten zu können.

Nach der kurzen Zeitdauer des Experimentierens können die PionierInnen auf dem Gebiet Therapie mit Substitution noch wenig fundierte Erfahrungen vorweisen. Interessanterweise beklagen die Entzugsstationen einen Qualitätsverlust, wenn sie gemischte Klientel auf einer Abteilung zu führen haben, wo also unter einem Dach Vollentzüge (Abbau aller Substanzen) und Teilentzüge (Beibehaltung des Substitutionsmittels) gemacht werden. Die Suchttherapien hingegen, die das neue Modell eingeführt haben, berichten fürs erste von einer positiven Entwicklung. Diesen Prozess gilt es in den nächsten Jahren aufmerksam zu verfolgen.

Die fachliche Diskussion wird offen und kontrovers geführt werden müssen, damit sich die stationäre Suchttherapie weiterhin als professionell handelnde Anbieterin von Leistungen im Gesundheitswesen positionieren und behaupten kann und sich nicht der Beliebigkeit aussetzt. Dieser Vorwurf wird von Fachleuten im Umfeld (ambulante Beratungsstellen, Entzugssta-

tionen) hier und da jetzt schon geäussert. Die Erfahrung der Mitarbeitenden an der KlientInnenfront zeigt deutlich, dass Beliebigkeit (in der Therapie- und Alltagsgestaltung) unmittelbar verknüpft ist mit süchtigem Agieren und ergo mit Rückfällen in alte Verhaltens- und darüber auch Konsummuster.

### Herausforderungen der Zukunft

Seit einiger Zeit fragt ein neuer Typus von KlientInnen zunehmend nach stationärer Therapie. Einerseits sind dies reine Kokain-Konsumierende, andererseits (etwas weniger häufig) sind es Menschen, die unter dem Einfluss von Party-Drogen und ähnlichen Substanzen das Ruder über ihre Leben aus der Hand verloren haben. In ganz vereinzelten Fällen interessieren sich auch (meist jüngere) Menschen für eine stationäre Therapie, bei denen exzessiver Cannabiskonsum dazu geführt hat, dass sie sich nicht mehr in normalen Bahnen bewegen können. Allen drei Gruppen ist eigen, dass sie in der Regel bis zum Schluss sehr integriert gelebt haben, und dass man in den ersten Kontakten kaum den Eindruck einer massiveren Suchtproblematik gewinnt. Den meisten von ihnen ist lange gelungen, den Abhängigkeitsaspekt in alltäglichen Situationen mit einer enormen Anpassungsleistung zu überspielen.





Erfahrungsgemäss ist Kokain eine Droge, die vielen Menschen die Illusion vermittelt, leistungsfähiger zu sein, klarer denken zu können, alles im Griff zu haben, und dies auch noch, nachdem die Betroffenen unter dem Diktat ihrer Droge häufig alles verloren haben, was sie anstrebten: Geld, Beziehungen und – meist zum Schluss – den Job. Häufig treten diese KlientInnen eine Therapie unter diesen Vorzeichen an. Sie sind vielfach unbewusst geprägt von der Meinung, weiterhin «alles im Griff» behalten zu können und denken, es gehe nur darum, «zusätzlich ihr Kokainproblem in Griff zu kriegen». Meist braucht es einige Zeit, bis sie nur einmal aus dem roten Drehzahlenbereich herunter kommen können. Hier sind Konzentrations- und Entspannungsübungen, wie Meditation, Yoga, Körperarbeit, autogenes Training etc. sehr hilfreich.

Interessanterweise treten erst nach dieser Phase des Loslassens die Suchtmuster zum Vorschein, und der oft hochstilisierte Unterschied zu den «multitoxikomanen Abgestürzten» ist plötzlich nicht mehr gross. Immer mehr wird dann das gemeinsame Leiden erlebt, Leiden an fehlender Autonomie, Leiden am Ausgeliefertsein an eine Substanz, resp. an die eigenen persönlichen Mechanismen. Die tiefere Auseinandersetzung mit Süchtigkeit kann in der Regel in den bewährten Settings stattfinden, mit etwas anderer Schwerpunktlegung in der Bearbeitung von Craving (Erreichenwollen von Zuständen, die als positiv konnotiert werden) und Aversion (Versuch, Zustände, die als unangenehm erlebt werden, zu vermeiden).

Vor allem in der Reintegrationsphase gilt es mit dieser Klientel sehr behutsam voranzugehen. Die Gefahr, in die alten (Überforderungs-) Muster zurückzukehren ist gross, und die Erinnerung an die Schubkraft des Kokains ist nach nur einem guten Jahr Abstinenz in allen Zellen, v.a. denen des Gehirns, noch allzu präsent. Die Verlockung ist gross, die negativen Begleiterscheinungen des normalen Lebens wieder zu verdrängen, um einem Idealbild zu entsprechen, das in unserer Gesellschaft auch Macht und Ansehen mit sich bringt.

Es ist erschreckend, von diesen KlientInnen zu hören, wie weit verbreitet der Einsatz dieser Droge als Doping in weiten Kreisen (in gewissen berufli-

chen Feldern und auch in spezifischen gesellschaftlichen Schichten) sein soll. Wenn diese Aussagen nur annähernd der Wirklichkeit entsprechen, muss sich die stationäre Suchttherapie in wenigen Jahren auf eine enorme Nachfrage aus diesem Sektor einstellen müssen. Deshalb gilt es, sich heute schon mit Hochdruck auf diese in ihrer Art etwas anders anspruchsvolle Klientel vorzubereiten.

## Partydrogen

Noch wenig Erfahrungen konnte mit KlientInnen gesammelt werden, die durchgängig Partydrogen konsumiert haben. Aus diesem Segment sind bisher fast nur die Menschen in stationäre Suchthilfeeinrichtungen eingetreten, die zum Schluss beim Heroin gelandet waren, welches ihnen anfänglich half, nach After-after-after-Partys wieder herunterzukommen. Viele Abhängige aus der Partyszene landen in psychiatrischen Kliniken. Nicht selten werden dort die (z.T. drogeninduzierten) Krankheitsbilder psychiatrisch behandelt, ohne dabei auf die Sucht als Kernproblem einzutreten. Bei denen, die sich für eine stationäre Suchttherapie melden, ist die Problemlage ähnlich wie bei Kokain-Konsumierenden. Der Craving-Reflex liegt häufig auf einer sehr feinen Ebene verborgen. Ähnliches ist von exzessiv Kiffenden zu berichten. Neuere neurobiologische Studien<sup>7</sup> zeigen überdies auf, dass im Übermass konsumierte Amphetamine stark destruktive Auswirkungen auf die menschliche Gehirns substanz zeigen können (u.a. Parkinsonphänomen). In einem Fall aus der Einrichtung des Schreibenden, stellte sich offen die Frage (die infolge Therapieabbruches nicht abschliessend beantwortet werden konnte), inwieweit der betroffene Klient Beschädigungen organischer Natur erlitten hatte, die das Aktivieren der kognitiven Fähigkeiten, die zum Erkennen und Bearbeiten der Suchtmechanismen notwendig sind, verhinderten.

## Suchttherapie im Vier-Säulen-Konzept

Nach gut dreissig Jahren ist und bleibt die stationäre Suchttherapie in absehbarer Zukunft sowohl in der Schweizer Drogenpolitik eine wesentliche Säule als auch im Schweizerischen

Gesundheitswesen ein nicht wegzudenkender Dienstleistungserbringer. Die fachlichen Herausforderungen werden voraussichtlich noch anspruchsvoller werden. Daraus ist abzuleiten, dass eine weiter ausgebaut und vertiefte Verzahnung mit der Medizin und Psychiatrie unter Beibehaltung der Eigenständigkeit in den Therapiekonzepten unumgänglich ist. Im VSD konnte in den letzten Jahren ein regelmässiger Austausch zwischen den Fachgruppen der stationären Therapie und der Entzugsstationen installiert werden; auch mit der Fachgruppe «Ambulante Therapie» gab es einen ersten Kontakt, weitere sind geplant. Diese gute und zunehmend notwendige Vernetzung wird auch unter dem Dach des Fachverbands Sucht weiter vorangetrieben werden. Das gute Miteinander ist die beste Basis für einen erfolgreichen Ausstieg der KlientInnen, für eine Reduktion des Drehtüreffekts zwischen den verschiedenen Stellen und für die (auch damit verbundene) Schonung der Ressourcen des Gesundheitswesens.

Es ist zu hoffen, dass die leidige Finanzierungsfrage baldmöglichst in vernünftige Bahnen gelenkt wird, und dass sich die Therapien mit dem beschäftigen können, wofür sie eigentlich bezahlt werden: mit einer professionellen Unterstützung ihrer KlientInnen und der dazu notwendigen permanenten fachlichen Weiterentwicklung ihrer Konzepte und ihres Personals. ■

### Fussnoten

- <sup>1</sup> Zwischen der stationären Therapie von Abhängigen illegaler Suchtmittel (Drogen) und Therapieangeboten für Abhängige legaler Suchtmittel (insbesondere Alkohol) gibt es neben einigen Differenzen auch Gemeinsamkeiten. Wir verwenden hier den Begriff «Drogentherapie», da unser historischer Rückblick mit stationären Therapieangeboten beginnt, die explizit für Abhängige von illegalen Drogen konzipiert wurden.
- <sup>2</sup> Die Namen der Einrichtungen können nicht alle abschliessend aufgeführt werden. Eine Auflistung findet sich im Internet ([www.infoset.ch](http://www.infoset.ch) - unter Beratung & Therapie\Stationäre Angebote). Wir beschränken uns auf die Nennung der in der VSD-Fachgruppe Stationäre Suchthilfe organisierten Institutionen.
- <sup>3</sup> Narcotics Anonymous in Ableitung von den Anonymen Alkoholikern (AA).
- <sup>4</sup> Der Verein benannte sich in den 90er-Jahren um in Verein Suchtfachleute Deutschschweiz (VSD).
- <sup>5</sup> EVG-Urteil vom 24. März 2003 betreffend die Kürzung von Zahlungen an das «Sprungbrett», eine qualifizierte Übergangseinrichtung im Kanton Bern, für die das Urteil zu spät kam, und die infolge dessen schliessen musste.
- <sup>6</sup> Ableitung aus dem Englischen: Cooperation und Competition.
- <sup>7</sup> Siehe dazu Aufsatz von Kate Wong im [ScientistAmerican.com](http://ScientistAmerican.com) (27. September 2002) ebenso: Suchtmagazin 3 (Juni 2003).