

Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 39 (2013)
Heft: 5

Artikel: Ein Plädoyer für den stationären Aufenthalt
Autor: Vuille, Eric / Müller, Herbert
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800066>

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: 15.03.2025

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

Ein Plädoyer für den stationären Aufenthalt

Stationäre Behandlung hat heute einen schweren Stand. Der Kostendruck und die Erkenntnis, dass bei Weitem nicht alle Süchtigen nach einer stationären Therapie drogenfrei bleiben, führen zu Diskussionen über Sinn und Unsinn von stationären Einrichtungen. Seit Jahren hören wir mit Erstaunen, wir würden nicht nachhaltig arbeiten. Der Artikel greift diese Kontroversen auf und ruft dazu auf, den Begriff der Nachhaltigkeit neu zu betrachten. Ein gut gekelterter, mit 65 Jahren Berufserfahrung durchsetzter, manchmal etwas polemischer und unwissenschaftlicher Essay von zwei Leitern stationärer Einrichtungen – lassen Sie es sich munden!

Eric Vuille

Leiter Chratten Suchttherapie, Stiftung Sucht, CH-4229 Beinwil

Herbert Müller

Geschäftsleitung und therapeutische Leitung Casa Fidelio, Jurastrasse 12, CH-4626 Niederbuchsiten

Schlagwörter:

Stationäre Therapie | Suchtpolitik | Nachhaltigkeit | Abstinenz | Substitution |

Einleitung

Stationäre Therapie steht seit Jahren im Gegenwind. Langzeit-Therapie, Auslaufmodell, Einschränkung der Persönlichkeitsrechte, Sektierertum, viel zu teuer! Nicht nachhaltig, hohe Rückfallquote, nicht am Puls der Zeit, weltfremd, abstinenz-dogmatisch.

Vor einigen Jahren hatten wir im Chratten eine 19-jährige Klientin in Behandlung. Sie kam aus einem rumänischen Kinderheim, konnte als Kind kaum sprechen und war schon mit fünf Valiumsüchtig. Offenbar war sie im Heim an eine Bettstatt gebunden und ruhiggestellt worden. Sie kam als Adoptivkind in die Schweiz, war extrem schwierig zu führen, brach die Beziehung zu den Eltern ab und wohnte mit 14 bei ihrem Lehrer, der mit ihr eine heimliche sexuelle Beziehung hatte. Als der Lehrer schliesslich entlassen wurde, brachen bei ihr alle Dämme. Sie konsumierte so ziemlich alles und stürzte senkrecht ab. Sie meldete sich zum Entzug und bewarb sich bei uns für eine stationäre Therapie.

Als sie nach etwa einem Jahr die stationäre Behandlung abbrach, waren wir konsterniert. Sie wurde oft auf der Gasse gesehen und sah aus, als würde sie demnächst sterben. Ein Methadonprogramm bewahrte sie vor dem Tod.

Drei Jahre später hat sie in einer anderen Einrichtung eine zweite stationäre Therapie in Angriff genommen und diese vor einem halben Jahr erfolgreich abgeschlossen.

Ihre erste Therapie war gescheitert – und dennoch war sie nachhaltig! Warum?

Das Jahr bei uns hat in der Klientin längst vergessene und verschüttete Grundbedürfnisse geweckt: Ich-Stärke, Selbstbewusstsein, den Wunsch, ein eigenständiges Leben zu führen, Selbstreflexion.

Wir können davon ausgehen, dass die Sehnsucht nach einem guten Leben auch nach Abbruch der Therapie in ihrer Seele weiter gewirkt hat.

Und selbst wenn sie gestorben wäre – dieses eine Jahr wäre eine gute Investition gewesen. Die Klientin lebte auf, lachte viel, spielte in unserer Haus-Band, nahm an Gewicht zu und fühlte sich endlich einmal an einem Ort sicher und geborgen.

Sich einmal im Leben ein Jahr lang sicher fühlen dürfen ist ein Grundrecht!

Im Gegenwind

Stationäre Therapie ist eine Behandlungsform, die wie kein anderer Ansatz in der modernen Suchthilfe im Gegenwind steht. 50 Einrichtungen haben in den vergangenen 12 Jahren ihre Türen geschlossen, 550 Betten weniger stehen heute im stationären Bereich zur Verfügung. Der Rückgang hat sich verlangsamt, aber er wird voraussichtlich nicht aufhören.

1972 wurden kurz hintereinander der Chratten und der Ulmenhof als erste Wohngemeinschaften in der Schweiz eröffnet. Es folgten Terra Vecchia 1973 und das Aebi-Hus 1974.

Aus den USA kamen Therapiekonzepte wie Synanon (1975 zur Synanon Church ausgerufen), aus Deutschland der Orden der Guttempler (Gründung 1850, in der Schweiz seit 1892), christliche Abstinenzbewegungen wie das Blaue Kreuz (L.-L. Rochat 1877), die NA und AA, konfessionell neutrale Konzepte mit anerkannten und umstrittenen Exponenten wie dem Schweizer Psychiater und Ameisenforscher Auguste Forel, die Gründung des Fritz-Perls-Instituts 1974.

All diese Konzepte verband EIN Grundgedanke: das alleinige Ziel der Behandlung ist der völlige Verzicht auf Drogen und Alkohol: die Abstinenz.

Erste Zweifel am Dogma der Abstinenz: Platzspitz und Letten

Die Bilder der offenen Szenen zu Beginn der 1990er Jahre in Zürich gingen um die Welt. Offensichtlich gab es da eine grosse Anzahl von Süchtigen, für die weder eine stationäre Therapie noch ein streng geführtes Methadonprogramm zur Diskussion stand.

Fachwelt und Politik waren vorerst ratlos. Angesichts des Elends, der Gefahr von Überdosierungen und der hohen Infektionsraten öffneten die ersten leicht zugänglichen Anlaufstellen für Methadon- und andere Substitutionsprogramme ihre Türen.

Nach wie vor galt die Abstinenz als oberstes Ziel. Die «MethadonlerInnen» und alle, die in einer Therapie rückfällig wurden – sie waren die VersagerInnen, die es einfach nicht begreifen wollten. In den stationären Behandlungen galten schnell einmal diejenigen KlientInnen, die zu oft rückfällig wurden, als «therapieresistent». Eine kritische Selbstreflexion der eigenen Behandlungsformen und -ziele stand noch in den Anfängen.

Abstinenz kontra Substitution

Die meisten sozialtherapeutischen Ansätze verfolgten weiterhin das Ziel der Abstinenz. Immerhin war die Nachfrage nach stationären Therapieplätzen so gross, dass vorerst an diesem Behandlungsziel keine Zweifel aufkommen mussten. Trotzdem taten sich in den therapeutischen Grundhaltungen erste Gräben auf. Die Substitutionsärzte äusserten Kritik am Dogma der Abstinenz. Sie wiesen darauf hin, dass die meisten Süchtigen nach einer stationären Therapie wieder in den Substitutionsprogrammen landen würden. Sie waren der Ansicht, es brauche in der Behandlung neue, weniger hochgesteckte Ziele, an denen süchtige KlientInnen nicht zerbrechen müssten. Das Überleben mit einem Substitutionsmittel sei genauso erstrebenswert wie das Erreichen einer Drogenabstinenz.

Die ExponentInnen der stationären Einrichtungen konterten: es sei unethisch, wenn 20-jährige Süchtige in Methadon- oder gar Heroinprogrammen aufgenommen würden. Es sei zu hinterfragen, wenn durch die hohen Methadon-Dosierungen die Lust auf Kokain direkt angeregt werde. Es sei fragwürdig, wenn Methadonprogramme zu reinen Drogen-Abgaben ohne ernsthafte Indikationskriterien verkommen würden und keine psychosoziale Betreuung für substituierte KlientInnen stattfinde.

Es gibt bis heute auf beiden Seiten Auswüchse: KlientInnen, welche zum fünften oder sechsten Mal in einer stationären Therapie auftauchen, im geschützten Rahmen aufblühen und «draussen» wieder rückfällig werden (Therapie-Karpfen) oder Süchtige, die ohne ein gutes Beziehungsangebot über Jahre in Substitutionsprogrammen dümpeln und den Ausweg nicht mehr finden, weil niemand da ist, der ihnen eine Alternative aufzeigt. Süchtige, welche die halbe Methadon-Tagesdosis nicht benötigen würden, die Hälfte weiterverkaufen oder seit Jahren ohne klare Indikation mit Benzodiazepinen «behandelt» werden.

Wir «Stationären» staunen auch heute über Methadonprogramme, bei denen die zwischenmenschliche Auseinandersetzung völlig fehlt. Wer z.B. im Kanton Solothurn einmal im Programm «drin» ist, wird niemals mehr für eine Wiederindikation aufgeboden. Die periodische Neubeurteilung der Weiterführung gehört nicht zum Setting.

Der hohe Anteil von MethadonbezogenerInnen ohne psychosoziale Begleitung ist generell ein Problem, über das niemand gern spricht. Das sind keine Programme, sondern reine Methadonabgaben.

Chronifizierung der Sucht: Konsequenzen für die «Stationären»

Seit einigen Jahren geht die Suchtmedizin davon aus, dass Sucht einen chronischen Verlauf hat. Diese Erkenntnis relativiert das Ziel der Abstinenz. So gingen mehrere stationäre Einrichtungen dazu über, auch substituierte KlientInnen zu behandeln.

Für uns ist die Erkenntnis, dass Sucht chronisch verläuft, eher eine Erleichterung. Niemand kann im Ernst von uns Stationären verlangen, dass wir die Unumkehrbarkeit einer Krankheit rückgängig machen müssen. Wir freuen uns über jeden gelungenen Therapieverlauf, aber dass einE Therapie-AbsolventIn abstinent werden muss, ist nicht mehr um jeden Preis erstrebenswert.

Es stellt sich allenfalls die Frage, ob es zu unserem Schaden wäre, wenn wir dem jeweiligen Kostenträger offiziell mitteilen würden,

dass der/die zu behandelnde KlientIn am Ende der Behandlung möglicherweise nicht drogenfrei sein wird.

Aus einigen Ecken der Suchtmedizin kam und kommt die Forderung nach der Beweisbarkeit des Erfolgs einer stationären Behandlung. Ist eine stationäre Therapie «nachhaltig»? Die stationären Einrichtungen sollen beweisen, dass sie «erfolgreich» arbeiten. Oder ist die stationäre Behandlung ganz einfach zu teuer und gehört abgeschafft, weil sie zu viele finanzielle Mittel bindet, ohne befriedigende Ergebnisse zu erzielen?

Nachhaltigkeit wurde mit Drogenabstinenz nach der stationären Therapie gleichgesetzt. Fehlende Nachhaltigkeit ist demzufolge: es werden zu wenige KlientInnen nach der stationären Therapie abstinent. Das ist eine wahrhaftig enge Sichtweise!

Die Kritik an der fehlenden Nachhaltigkeit stationärer Einrichtungen kommt immer wieder mal in einer Schärfe auf, die uns erstaunt. Erreichen wir das Ziel der Abstinenz nicht, dann werden sogleich unser Berufszweig und dazu noch eine der vier anerkannten Säulen der Schweizer Drogenpolitik in Frage gestellt – nicht systematisch, aber immer mal wieder.

Diese Fundamentalkritik hat etwas ungemein Aggressives und gleichzeitig Widersprüchliches an sich: warum sollten wir in der stationären Suchthilfe den Nachweis der Abstinenz liefern, wo doch die Erkenntnis sich durchsetzt, Sucht verlaufe chronisch?

Wir sprechen hier übrigens ausschliesslich von der stationären Suchthilfe im illegalen Bereich. Interessanterweise wird dort keine Kritik hörbar, wo stationäre Therapie ärztlich verordnet und über die Krankenkasse verrechnet werden kann.

Nachhaltigkeit – neu betrachtet

Gehen wir davon aus, dass hinter jeder Sucht eine tiefer liegende Erkrankung schlummert (narzisstische Persönlichkeitsstörung, posttraumatische Belastungsstörung, Borderline, ADHS, Depression etc.), dann bieten wir mit unserer intensiven Behandlung ein wesentliches Fundament, welches eine ambulante Nachbehandlung überhaupt erst ermöglicht.

Die stationäre Therapie ermöglicht vielen KlientInnen erstmals, sich auf einen therapeutischen Prozess einzulassen, d.h. Ziele zu formulieren, Introspektion, Verbindlichkeit und Belastbarkeit zu erarbeiten – Qualitäten, ohne die eine ambulante Therapie gar nicht möglich ist.

Es wäre deshalb sinnvoll und konstruktiv, die Phase der stationären Therapie in einem jahrelang andauernden Behandlungszyklus zu sehen und nicht die Erwartung zu haben, dass Süchtige geheilt sind, wenn sie bei uns austreten.

Begibt man sich auf die Suche nach Studien und laufenden Untersuchungen, die Erfolg, Qualität und Nachhaltigkeit unserer Arbeit belegen, dann kommt man auf Ergebnisse, welche die teilweise unsachlichen Kritiken relativieren sollten:

- «Rehabilitationsverläufe Drogenabhängiger nach einer stationären Therapie», Dobler-Mikola et al. 2000
- NTROS-Projekt in England (4-5-Jahres-Katamanese), Gossop et al. 1998
- Katamanese-Studie des Instituts für Sozialtherapie Egliswil, Stiftung für Sozialtherapie 2008
- Nachbefragung der KlientInnen in stationärer Suchttherapie im Kanton Bern. Das Projekt ist noch nicht abgeschlossen¹
- QuaTheSI: KlientInnenzufriedenheit in rund 50 stationären Einrichtungen. Jährliche Befragung im Rahmen von QuaTheDA²
- act-info-FOS: Rund 50 stationäre Einrichtungen befragen ihre Klientel anhand des umfassenden act-info-Fragebogens (FOS-Befragung) beim Eintritt sowie beim Austritt³
- «Die stationäre Therapie kann sich in Bezug auf ihre Erfolge sehen lassen. Oder: Was kann die Forschung über den Erfolg stationärer Therapieangebote in der Schweiz



- sagen?» Referat von Susanne Schaaf anlässlich der Nationalen Fachtagung «Gegenwart und Zukunft der stationären Suchthilfe» vom 8.11.2012, vgl. Schaaf 2003. Siehe hier auch insbesondere Abschnitt 5. Demnach fällt die Mortalitätsrate bei den KlientInnen stationärer Therapie nicht höher aus als bei Methadon-Behandlungen
- Einzelne stationäre Einrichtungen sind gegenwärtig in verschiedenen Forschungsprojekte engagiert: Casa Fidelio ist Partner der Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW beim Projekt «Praktikabilitäts-Test von Systemmodellierung und Real-Time Monitoring in der Casa Fidelio»,⁴ Chratten und Haus Gilgamesch nehmen an einer Studie «Innovative Methoden zur Wirkungsforschung in der stationären Suchttherapie - Messung von Veränderungen der Lebensqualität» mit demselben Partner teil.⁵
 - Darüber hinaus gibt es hausinterne Statistiken: in der Casa Fidelio bspw. haben von 2008 bis 2012 36% aller KlientInnen nach der Therapie eine Festanstellung bekommen. Der Chratten führt vierteljährlich für jede/n KlientIn eine Verlaufs-Beobachtung durch

Wenn Nachhaltigkeit bedeutet, dass Süchtige mit einer stationären Therapie nachhaltig abstinent werden sollten, dann haben wir «Stationären» versagt – oder der Begriff wird falsch verwendet.

Manche stationäre Einrichtung arbeitet heute mit substituierten KlientInnen – und stets in enger Absprache mit den beteiligten medizinischen Suchtfachstellen. Meistens sind wir Fachleute heute diejenigen, welche einem Klienten oder einer Klientin davon abraten, das Methadon zu schnell abzubauen – oder wir raten dringend davon ab, überhaupt zu reduzieren. Eine abstinenten Lebensführung eignet sich nicht für alle KlientInnen.

Wenn Nachhaltigkeit also heisst, dass wir (d.h. alle KollegInnen in der ambulanten und stationären Suchthilfe) alles Erdenkliche tun müssen, damit unsere süchtigen KlientInnen ein würdiges Leben führen können, dann werden wir uns vielleicht einigen können. Denn zu diesem Ziel führen mehrere Wege – und mehrere Anläufe!

Ja – und dann gibt es dieses erstaunliche Phänomen eben doch: wir Stationären kennen Hunderte von ehemaligen KlientInnen, welche heute abstinent leben, 15, 20 und mehr Jahre «clean» sind, einer geregelten Arbeit nachgehen, eine Familie gegründet haben, Steuern zahlen. Die meisten von ihnen verschwinden nach der Therapie im Fluss des normalen Lebens und wollen in Ruhe gelassen werden.

Ambulant vor stationär...

Es war in der Suchtbehandlungskette schon immer so, dass die ambulante Behandlung den Vorrang hatte vor der Behandlung in stationären Settings.

Süchtige KlientInnen konsumieren im Durchschnitt vier Jahre lang «ihre» Droge, bis sie erstmals eine ambulante Beratungsstelle aufsuchen. Sie beurteilen ihren Konsum nicht von Anfang an als problematisch.

Danach dauert es leider immer noch einige Zeit, bis sich ein süchtiger Mensch eingesteht, dass er es ohne stationäre Behandlung möglicherweise nicht schaffen wird. Zuerst kommt ein stationärer Entzug, ein zweiter oder dritter, und anschliessend der Rückfall innert weniger Wochen. Es zeigt sich schmerzlich, dass es ohne Nachbehandlung nicht funktionieren wird – so zumindest schildern uns KlientInnen in der stationären Therapie ihre Suchtgeschichte.

Den Eintritt in eine stationäre Therapie gestehen sich die allermeisten KlientInnen erst als allerletzten Ausweg ein. Das erschwert unsere Arbeit zusätzlich.

Auch die neuen Suchtformen (Abhängigkeiten von Partydrogen, die «neuen» THC-Süchtigen, verschiedene Verhaltenssüchte) werden voraussichtlich in den kommenden vier bis fünf Jahren mehrheitlich ambulant behandelt. Bis sich diese neuen Süchtigen eingestehen, dass sie mit einer ambulanten Beratung und einem oder zwei stationären Entzügen ihre Situation nicht «nachhaltig» verbessern können, wird noch einige Zeit verstreichen. Deshalb sind unsere Einrichtungen in Bezug auf diese neue Klientel noch in einer Warteposition, d.h. diese Klientel wird unserer Überzeugung nach kommen, aber noch nicht jetzt.

...oder: was darf eine Behandlung kosten?

Verschulden sich Gemeinden und Kantone weiterhin in diesem Masse, wird eine stationäre Suchttherapie einmal nicht mehr finanzierbar sein. Seitdem bspw. die ambulante Suchtfachstelle des Kantons Baselland einen Eigenfinanzierungsgrad von 70% ausweisen muss, sind die Zuweisungen in stationäre Behandlungen spürbar zurückgegangen. Wir vermuten, dass KlientInnen einfach länger ambulant behandelt werden.

Was sich in der Suchtbehandlung schleichend durchsetzt, ist die Behandlungsform «ambulant statt stationär». In einzelnen Gemeinwesen wird die Durchsetzung der Rückerstattungspflicht der geleisteten Fürsorgebeiträge für Süchtige laut. Im Frühjahr 2013 meinte die Beraterin einer ambulanten Suchtfachstelle, sie wolle ihren süchtigen KlientInnen nicht der hohen finanziellen Verschuldung durch eine stationäre Behandlung aussetzen.

Wir alle wissen, dass eine stationäre Suchttherapie viel Geld kostet. Doch was kostet sie im Vergleich mit anderen Behandlungen? Hat jemand die Kosten einer Nicht-Behandlung hochgerechnet? Was kostet ein Substitutionsprogramm mit Sozialhilfe, Wohnung, Krankenkasse und allen «grauen» Nebenkosten, Renten, fehlenden Lohn-Dienstleistungen und entgangenen Steuereinnahmen?

Der Tagessatz einer stationären Einrichtung beträgt im Durchschnitt 350 Franken. Das sind 14 Franken und 60 Rappen in der Stunde. Ein Tag im Gefängnis kostet zwischen 250 und 350 Franken. Die Behandlung eines Sexual-Straftäters kostet bis 1'200 Franken pro Tag. Ein Tag in der Psychiatrie kostet 600 bis 900 Franken – je nach Region.

Die unglaubliche Toleranz der Schweizer Bevölkerung

Noch stehen Politik und Bevölkerung in der Schweiz mit einer weltweit unvergleichlichen Toleranz hinter der Behandlung süchtiger Menschen. Werden wir z.B. in unserem Bekanntenkreis gefragt, was wir beruflich tun, dann kommt auf unsere Angabe «Ich arbeite mit Süchtigen» fast reflexartig die Antwort: «Das ist sicher nicht einfach!» und als zweites: «Wie viele schaffen es? Wie hoch ist der Erfolg?». Führen wir diesen fiktiven Dialog weiter, dann werden wir unserem Bekannten erzählen, dass ein Süchtiger immer süchtig bleiben wird, dass es schwierig ist, den Erfolg zu messen, dass es paradoxerweise Rückfälle braucht, um weiter zu kommen, dass viele Süchtige die Therapie abbrechen und wohl chronisch abhängig bleiben werden, dass viele «es» nicht beim ersten Mal schaffen, dass es ein täglicher Kampf sei, nicht zu konsumieren, dass es auch nach fünf oder zehn Jahren immer wieder vorkomme, dass jemand rückfällig werde usw.

Trotzdem meinen alle unsere Bekannten normalerweise, dass es unsere stationären Angebote ganz einfach brauche. Würde es unsere Einrichtungen nicht geben, dann hätten viele Süchtige gar keine Hoffnung oder Perspektive.

Das zeugt von Grösse, Einsicht und Toleranz. Und es motiviert uns weiterzuarbeiten!

Doch es gibt auch (leider konkret erlebte) Ausnahmen:

- Einzelne Gemeinden verweigern einem Süchtigen die von ihm beantragte stationäre Behandlung ohne Begründung.

Sie hoffen darauf, dass der/die AntragstellerIn aufgeben wird. Rekuriert sie/er dennoch und wird in dieser Zeit rückfällig, dann wird zynischerweise argumentiert, dass seine/ihre Motivation halt doch nicht genügend gross gewesen sei.

- Gemeinden lehnen einen Antrag ab und verweisen auf Krankenkassen-gängige Einrichtungen, da diese ihr Fürsorgebudget nicht belasten.
- Es gibt Entscheide von Fürsorge- und Sozialbehörden, welche eine Behandlungspauschale anbieten, die deutlich unter der Vollkostenrechnung der vorgeschlagenen Einrichtung liegt.
- Konkordats- oder Kantonsgrenzen verunmöglichen oder erschweren eine optimale fachliche Indikation. Trotz der Interkantonalen Vereinbarung für soziale Einrichtungen (IVSE) können Therapie-BewerberInnen nur unter erschwerten Bedingungen eine stationäre Behandlung in anderen Kantonen absolvieren.
- Einzelne Gemeinden verlangen eine Rückerstattung der Therapiekosten auch bei einem niedrigen Lohn.

Stationäre Behandlung im Überblick

Wir bieten heute ein sehr breites und fachlich hochstehendes Spektrum an stationären Therapieprogrammen an, in denen es möglich ist, im geschützten Rahmen Grundlegendes zu lernen: Geduld und Ausdauer, Vertrauen, Frustrationstoleranz, Umgang mit Belastungen und Konflikten, Aufbau von Beziehungen, Arbeitsintegration... und Lebensqualität.

Da ist für alle potentiellen KlientInnen das massgeschneiderte Angebot zu finden!

Wir gehen nicht ohne Stolz davon aus, dass unsere «Artenvielfalt» weltweit einzigartig ist. Hier eine pauschalisierte Liste – alle Angebote bei «Infodrog» im suchtindex.ch mithilfe der verschiedenen Suchfilter zu finden:

- Therapie für junge KlientInnen mit Ausbildungsmöglichkeiten? Im Angebot
- Therapie mit Arbeitsintegration? Selbstverständlich
- Therapie für Frauen mit Kindern? Im Angebot
- Therapie männerspezifisch? Klar Mann
- Therapie für Paare? Ja
- Therapie für traumatisierte KlientInnen? Zuverlässig
- Therapie für Kokain-KonsumentInnen? Ja
- Therapie für KlientInnen, die Schutz und Abgeschiedenheit brauchen? Sicher
- Therapie für «Einzelmasken»? Im Angebot
- Abstinenzorientiert oder substituiert? Aus obigen Angeboten wählbar
- Langzeittherapie oder kürzere Zeit-Einheiten? Möglich
- KlientInnenspezifische Zusammenarbeit zwischen verschiedenen stationären Einrichtungen? Gängige Praxis
- Aufnahme von Haustieren? Zum Teil möglich
- Schnuppern? Möglich
- Konsum-Unterbruch für begrenzte Zeit? Möglich
- Time-Out von drei Wochen? Sofort möglich
- Aufnahme von heute auf heute? Möglich
- Aufnahme von Ex-KlientInnen in Krisen? In einzelnen Einrichtungen selbstverständlich und kostenlos
- Nachbetreuung? Selbstverständlich

Wo besteht Handlungsbedarf im Bereich der stationären Therapie?

Die stationären Einrichtungen sind gefordert, in dieser Umbruchphase am Puls der Zeit zu bleiben.

- Es muss uns gelingen, die gängigen Denkmuster zu öffnen. Suchtbehandlung dauert möglicherweise 10 bis 20 Jahre,

vielleicht sogar länger. Für die Erstellung von nachhaltigen Behandlungsplänen (Indikationsstellungen) braucht es grössere Zeithorizonte.

- Wir müssen Bund und Kantone wieder in die bewährte 4-Säulen-Politik zurückholen. Es kann nicht sein, dass die Fürsorgebehörde einer Gemeinde mit 1'500 EinwohnerInnen die Verantwortung für eine Therapie-Finanzierung allein trägt.
- Jüngere KlientInnen finden unsere Angebote blöd, vermutlich, weil sie zu stark über die emotionale Bindung zum TherapeutInnen-Team konzipiert sind. Gerade THC-KonsumentInnen sind mit ihrem problematischen Konsum in der Phase der Ablösung von ihren elterlichen Autoritäten «stecken» geblieben. Es ist also nicht ratsam, ihnen neue Elternpersonen vor die Nase zu stellen. Der Protest wird sogleich wieder losgehen. Hier sind regressionsfreie Konzepte gefordert.
- Menschen mit Verhaltenssuchten (Spiel-, Internet-, Sexsucht) werden in einigen Jahren stationäre Therapieangebote benötigen. Noch ist nicht ganz klar, was wir ihnen therapeutisch bieten müssen, damit sie «andocken».
- Unter den chronifizierten PatientInnen finden immer wieder einzelne den Weg in eine stationäre Therapie. JedeR von ihnen hat zumindest eine, wenn nicht zwei weitere Erkrankungen, die eine spezifische Behandlung erfordern. Nicht selten ist der Behandlungsaufwand so immens, dass er in einer stationären Therapie kaum leistbar ist. Das Scheitern der stationären Behandlung (Abstinenz als Ziel) ist in solchen Fällen eher die Regel als die Ausnahme. Hier wären neue Kostenschlüssel vonnöten, wie z.B. eine hälftige Teilung zwischen Fürsorge- und Krankenkassen-Geldern.
- Der Anteil von Süchtigen, welche nach Abschluss einer stationären Therapie nicht mehr selbständig wohnen und arbeiten können, wächst stetig. Diese Klientel benötigt intensive Wohn- und Lebensbegleitung.
- Wir werden viel mehr Arbeitsbündnisse mit der Suchtmedizin eingehen. Es braucht zwischen ambulanter und stationärer Behandlung mehr Durchlässigkeit, mehr «osmotischen» Austausch. KlientInnen sollten in kürzeren Intervallen nach dem Prinzip «trial and error» Gehversuche machen können.
- Kostenträger müssen eng in die Zusammenarbeit einbezogen werden. Es geht um die Nachvollziehbarkeit der Therapieziele, die es den gemeinsamen KlientInnen ermöglichen, ein möglichst unabhängiges Leben führen zu können. Im Gegensatz zu anderen Betreuungsangeboten können wir aufzeigen, wie viel langfristig durch die stationäre Therapie eingespart worden ist.
- Aufenthalte in Entzugsstationen dauern oftmals viel länger als der effektive Entzug erfordern würde. An dieser Schnittstelle besteht dringender Handlungsbedarf.
- Wir sind auch heute noch die Fahnenträger der Hoffnung auf ein drogenfreies Leben. Damit sich diese Hoffnung erfüllen kann, braucht es ein Umfeld, welches das nötige Verständnis für eine langsame Veränderung der Lebenseinstellung unserer KlientInnen hat. Das Vertrauen, dass sich das investierte Geld ausbezahlt, wird für eine Gemeinde möglicherweise nicht in einer Amtsperiode belohnt.
- Die Wirtschaft muss als Verbündete gewonnen werden. Es braucht kleine Firmen, die Menschen nicht als Nummern behandeln und dabei auch von der Politik unterstützt werden.

Zusammenfassung

Was leistet stationäre Behandlung?

- Wir bieten heute eine grosse Vielfalt an verschiedenen Behandlungsansätzen.
- Wir vermitteln Lebensqualität und schaffen die Grundlage für Nachhaltigkeit, d. h. wir legen das Fundament für eine ambulante Nachbehandlung.
- Menschen im direkten Umfeld der KlientInnen sind entlastet und erlangen dadurch wieder mehr Lebensqualität.
- Stationäre Einrichtungen ermöglichen Prozesse, die ambulant gar nicht möglich sind.
- Die Betreuung ist intensiv. Sie umfasst 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche.
- Wir bieten Schutz und Sicherheit: Traumatische Erlebnisse in einem ambulanten Setting aufarbeiten kann sogar kontraindiziert sein.
- Bereits ein Konsum-Unterbruch von 3 Wochen im stationären Rahmen kann selbstdestruktives Verhalten unterbrechen.
- Stationäre Behandlung ist trotz allen gegenteiligen Behauptungen kostengünstig.
- Wir leisten seit vielen Jahren eine überregionale, fachlich hochstehende Zusammenarbeit zwischen den stationären Einrichtungen.
- Wir denken und handeln vernetzt. Wir betrachten Suchtmedizin, ambulante Fachstellen und Kostenträger als unsere Partner und nicht als Konkurrenz.

Was stationäre Einrichtungen bieten, ist intensive Rehabilitation. Wir sollten uns das auch in Zukunft leisten – mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln und Ansätzen. ●

Literatur

- Dobler-Mikola, A./Grüthing, E./Hampson, D. (2000): Rehabilitationsverläufe Drogenabhängiger nach einer stationären Therapie. Eine empirische Analyse zu Therapieerfolg, Ressourcen, Barrieren und Attributionen. Zürich: Institut für Suchtforschung, www.tinyurl.com/obbtoyk, Zugriff 20.09.2013.
- Gossop, M./Marsden, J./Stewart, D./Kidd, T. (2003): The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction* 98(3): 291-303.
- Schaaf, S. (2003): Die stationäre Therapie kann sich in Bezug auf ihre Erfolge sehen lassen. Oder: Was kann die Forschung über den Erfolg stationärer Therapieangebote in der Schweiz sagen? S. 12-16 in: KOSTE (Hrsg.), *Gegenwart und Zukunft der stationären Suchthilfe*, Tagungsbericht. www.tinyurl.com/n9rthuh, 20.09.2013.
- Stiftung für Sozialtherapie (2008): Jahresbericht 2008. www.tinyurl.com/nfueojr, Zugriff 20.09.2013.

Endnoten

- 1 Beschrieb des Projektes auf den Seiten des ISGF, www.tinyurl.com/ne7wgf4, Zugriff 20.09.2013.
- 2 Vgl. www.quatheda.ch/d/products.01.htm, Zugriff 20.09.2013.
- 3 Beschrieb des Projektes auf den Seiten des ISGF, www.tinyurl.com/otyp44y, Zugriff 20.09.2013.
- 4 Beschreibung des Projekts auf den Seiten der FHNW, www.tinyurl.com/q7d7zgy, Zugriff 20.09.2013. Partner ist das Institut für Professionsforschung und kooperative Wissensbildung IPW.
- 5 Beschreibung des Projekts auf den Seiten der FHNW, www.tinyurl.com/ocqdra8, Zugriff 20.09.2013. Partner ist das Institut Soziale Arbeit und Gesundheit ISAGE.

«Der gesunde, der sündige und der süchtige Mensch»

atf | alkoholismus
therapieforschung
schweiz

8. atf-Fachtagung am 7. November 2013 im Vortragssaal, Kunsthaus Zürich

Nicht nur der Fachwelt ist klar, dass Sucht erst nach einem längeren, regelmässigen Konsum entsteht. Doch wann genau der Punkt gekommen ist, wo aus dem Konsum die Abhängigkeit wird, ist immer wieder Gegenstand zum Teil kontroverser Diskussionen.

Die diesjährige atf-Tagung greift die aktuelle Diskussion über die dimensionale Entwicklung der Sucht auf, nach der abhängige Verhaltensweisen zu mehr oder weniger schädigenden Beeinträchtigungen von Körper, Seele oder sozialem Miteinander führen:

- Welche Bedeutung haben die uns umgebenden Bezugspersonen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Sucht?
- Was passiert genau in unserem Gehirn – wie ist der Verlauf vom Mögen zum Wollen oder «Müssen»?
- Und wie wird denn überhaupt Sucht definiert aus einer zeitgeschichtlichen Perspektive?

Es referieren:

Prof. Dr. Dr. Dr. Felix Tretter | **Mensch und Sucht im Beziehungsnetzwerk – die ökosystemische Sicht**
Chefarzt Kompetenzzentrum Sucht, kbo-Isar-Amper-Klinikum, München Ost

Dr. med. Toni Berthel | **Sucht aus zeitgeschichtlicher Perspektive**
Ärztlicher Co-Direktor ipw Winterthur, Co-Leiter Integrierte Suchthilfe Winterthur isw, Präsident Eidg. Kommission für Drogenfragen EKDF

Dr. hum. biol. Susanne Rösner | **Vom Mögen zum Wollen – motivationale und neurobiologische Aspekte der Abhängigkeit**
Leitung Wissenschaft/Psychodiagnostik Forel Klinik, Ellikon

Jenke von Wilmsdorff | **Ein Selbstversuch – in vier Wochen zum alkoholabhängigen Menschen**
Journalist und Schauspieler, Deutschland

Anmeldung | Jetzt online unter www.forel-klinik.ch/atf oder per E-Mail an: fachtagung@forel-klinik.ch
Die Zahl der Teilnehmenden ist beschränkt. Die Anmeldungen werden aufgrund des Eingangsdatums berücksichtigt.

Kosten | CHF 140.– (inkl. Lunch und Pausenverpflegung) **Credits** | 5.5 SAPP, 5.5 SGPP

Anmeldeschluss | 31. Oktober 2013

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das Sekretariat der Forel Klinik: +41 (0)52 369 11 11.
Weitere Informationen und das Detailprogramm finden Sie unter www.forel-klinik.ch/atf oder www.atf-schweiz.ch



forel
KLINIK

südhang