

Ergänzungen zum Schlussbericht der Subgruppe Sucht ¹

von Andreas Manz

Erarbeitung eines Psychiatrie-Konzeptes im Kanton Basel-Stadt. Spezifische Fragen der Projektkommission an die Arbeitsgruppe Sucht nach Abgabe des Schlussbericht-Entwurfs.

1. ENTFLECHTUNG INNERHALB DES KLINIKBETRIEBS

Frage: Bitte konkretisieren Sie das Ausmass der "Entflechtung von allgemein-psychiatrischem Bereich und Bereichen definierter Gruppen mit unterschiedlichen Bedürfnissen an Behandlungsdauer und -zielen wie Politoxikomane mit Verhaltensstörungen, Alkohol- und Medikamentenabhängige mit Persönlichkeitsstörungen, chronisch rückfallgefährdete Alkoholiker und Politoxikomane". Worin könnte eine Spezifizierung des Behandlungsansatzes liegen?

Antwort A.M.: Nicht alle Teile der klinischen Suchthilfe benötigen die gleichen Verflechtungsstrukturen. Die Betreuung von akut suizidalen Süchtigen soll wie bis anhin auf einer geschlossenen Akutpsychiatrie-Station (eines Sektors) gewährleistet werden. Der Suchtberater der Klinik ist für das Aufgreifen der Suchtproblematik während der Hospitalisation auf einer "fremden" Station zuständig. Die Betreuung von hirnormanisch geschädigten Patienten soll ebenfalls innerhalb den allgemein-psychiatrischen Klinikstrukturen des Sektors erfolgen, evtl. in eigens dafür vorgesehenen Wohneinheiten, evtl. in Wohnstrukturen ausserhalb der Klinikmauern. (Die Genese der eingetretenen Demenz rückt mit dem Fortschreiten derselben immer weiter in den Hintergrund.)

Die Verflechtung der Entzugsstation mit dem Klinikapparat sollte so gering wie möglich sein und sich lediglich auf die zentrale Administration und auf gewisse konsiliarärztliche Bereiche beschränken. Insbesondere sollten die Verpflegung und das Reinigen der Station sowie die Erledigung der Wäsche gänzlich in den Händen der Entzugsstation liegen. Diese Haushaltstätigkeiten sollen dazu dienen, den Patienten der Entzugsstation überhaupt Inhalte zur Strukturierung des Tages zu geben. Die Patienten werden demnach selbst unter Führung der angestellten Mitarbeiter für Einkaufen, Kochen, Reinigung und Wäsche zuständig sein. Damit ist auch ein Aspekt der "Spezifizierung" des Behandlungsansatzes umrissen. Neben der starken Tagesstrukturierung durch das Verrichten der Haushaltsarbeiten sollen Gruppentherapie, Angehörigengespräche und Mitwirken bei einer Selbsthilfegruppe weitere Grundpfeiler des Behandlungsansatzes sein.

¹ 1985-87 war ich Mitglied der Arbeitsgruppe Sucht, die für die Erarbeitung eines Psychiatriekonzeptes für den Kanton Basel-Stadt die notwendigen Auswertungen und Analysen vornehmen musste. Gegen Abschluss dieses Prozesses hat die Projektleitung (Dr. Th. Cahn, Dr. R. Balmer und Prof. U. Rauchfleisch) an die Suchtarbeitsgruppe gewisse Fragen gestellt. Diese habe ich in diesem Artikel am 04.08.1987 und 09.02.1988 aus meiner Sicht beantwortet.

2. STATIONÄRE KLINIKGEBUNDENE SUCHTBEHANDLUNG

Frage: Bitte machen Sie Angaben zur Stationsgrösse und Indikationsstellung für eine stationäre klinikgebundene Suchtbehandlung.

Antwort A.M.: Meiner Ansicht nach ist in einer spezialisierten Klinikstation lediglich das Anbieten von Entzugsbehandlungen sinnvoll. Die Stationsgrösse ist mit 8 Patienten wohl optimal, wobei auch zwei solche Stationen in Zusammenarbeit geführt werden könnten. Sicher darf eine Entzugsstation nicht mehr als 15 Betten zählen, soll sie überhaupt noch sinnvoll geführt werden können.

Eine Entzugsbehandlung soll, wenn immer möglich unter Einbeziehung des Umfeldes des Süchtigen, ambulant vorbereitet werden. Andere allgemeine Bedingungen (z.B. "Motivation") sind an eine solche Behandlung nicht generell zu stellen. Der Eintritt zum Entzug muss rasch erfolgen können. Das Überstürzen eines Entzugs zahlt sich aber selten aus. Die Konzeption soll sich auf das Modell des medikamentenlosen Entzugs stützen, wo immer das aus medizinischen Gründen zu verantworten ist, weil er dadurch viel rascher abläuft. Dies macht die Begleitung des Süchtigen beträchtlich einfacher. Eine Entzugsbehandlung soll möglichst zeitlich definiert sein und eine Standortbestimmung und Bilanzziehung mit den Süchtigen ermöglichen. Der Tagesablauf der Entzugspatienten muss gut strukturiert sein (siehe Punkt 1). Ein stundenlanges Herumsitzen untertags ist möglichst zu vermeiden resp. darf nicht institutionsbedingt sein. Das Haupttherapieinstrument ist die Gruppentherapie und das Angehörigengespräch.

3. LEITUNGSSTRUKTUREN

Frage: Bitte machen Sie detaillierte Aussagen über geplante Leitungsstrukturen, insbesondere über eine interdisziplinäre Führungsgruppe.

Antwort A.M.: In Basel gibt es zurzeit drei staatliche (PUK, PUP, KOST²), eine halbstaatliche (Drop-In) und zahlreiche private Institutionen, die in der Suchthilfe tätig sind. Alle sind fachlich voneinander völlig unabhängig. Es gibt zurzeit lediglich zwischen PUK und Drop-In eine minimale gemeinsame Leitungsstruktur. Es sind verschiedene Leitungsmodelle denkbar. Den Diskussionsbeitrag will ich auf folgende Grundsätze aufbauen:

- a) die sektorierte PUP (= ambulanter Sektordienst) soll in Zukunft keine eigene Suchthilfe mehr anbieten. Bei der Betreuung von Patienten, die auch ein Suchtproblem haben, sollten die Sektormitarbeiter sich konzeptionell mit dem Leiter der Toxikomanieabteilung der PUK oder mit dem Leiter der KOST absprechen.

² PUK = Psychiatrische Universitätsklinik, Leiter der Suchtabteilung Prof. D. Ladewig, PUP = Psychiatrische Universitätspoliklinik, Leiter Prof R. Battegay, KOST = Koordinationsstelle für Suchttherapie = staatliche ambulante Alkohol- und Drogenberatungsstelle und kantonale Stabsstelle, Leiter Markus Würmli)

- b) Die Suchtarbeit sollte, ähnlich wie die allgemeine Psychiatrie, ihren Arbeitsschwerpunkt auf die ambulante Betreuung verlagern. Um eine solche Verlagerung von den Leitungsstrukturen her zu begünstigen, gilt auch hier der gleiche Grundsatz wie in der Stammpsychiatrie: Wenn dem Leiter der stationären Suchtabteilung auch eine ambulante Funktion zukommt und sein "Stammplatz" im ambulanten Zentrum liegt, so wird damit eine Verlagerung auf die ambulante Tätigkeit gefördert.
- c) Die Leitungsstruktur, die hier zur Diskussion steht, betrifft wohl hauptsächlich die staatlichen und halbstaatlichen Institutionen, welche zumindest fachlich dem Sanitätsdepartement unterstehen. Die Leitung der gesamten Suchthilfe (die privaten Institutionen und diejenige, welche dem Justizdepartement unterstehen, mit eingeschlossen) wird hier als "Koordination" bezeichnet und unter Punkt 5 behandelt.
- d) Interdisziplinarität: Wenn von interdisziplinärer Leitungsstruktur gesprochen wird, müssen vorerst die einzelnen Disziplinen definiert werden. In einem Suchthelferteam sind drei Berufsgattungen voneinander unterscheidbar: Suchthelfer, Arzt, Psychotherapeut. Die Übergänge sind z.T. fließend. Als Psychotherapeuten bezeichne ich denjenigen, der eine psychotherapeutische Ausbildung (inkl. eigene Therapie) absolviert hat und potentiell in selbständiger Praxis tätig sein kann. Nach städtischer Psychotherapeuten-Verordnung muss er eine akademische psychologische oder medizinische Grundausbildung mitbringen. Die Bezeichnung "Suchthelfer" umfasst alle sozialen Berufsgruppen ohne Standesprivilegien. Bei keiner der traditionellen Berufsgruppen genügt die Basisausbildung zur Qualifikation als Suchthelfer/-therapeut. Eine Spezialausbildung (zumeist in der eigenen Institution) ist für alle notwendig.
- Die Hauptberufsgruppe im therapeutisch/betreuerischen Sektor einer Klinik sind die Psychiatriepfleger/-schwestern. In der spezialisierten Suchthilfe gibt es aber im traditionellen Sinne kaum etwas zu pflegen. Ähnliches gilt für den Assistenzarzt. Beide Berufsgruppen müssen sich weitgehend den speziellen Erfordernissen einer Suchthilfeinstitution anpassen. Eine Rotation im Halbjahres- oder Jahresrhythmus ist völlig untauglich. Die untere Verweildauer der Mitarbeiter muss im Durchschnitt zwei Jahre betragen. Das Rotationsproblem ist v.a. bei den Assistenzärzten nur mit klaren Minimalbedingungen zu lösen. (Zweijahresstellen, wobei nur ein Jahr für den FMH Psychiatrie Kategorie C anrechenbar ist.)
- e) Traditionellerweise sind es bisher v.a. die Ärzte gewesen, die die fachliche Leitung der Klinik und Poliklinik für sich beanspruchten. Eine Notwendigkeit dazu ist an sich nicht gegeben. Einem hierarchisch gegliederten Leitungssystem sollte aber eine akademisch geschulte Person vorstehen, insbesondere dort, wo die Kontakte zur Universität von Bedeutung sind. Je therapeutischer eine Institution konzipiert ist, desto grösser sind die Nachteile einer hierarchischen Leitungsstruktur. Wo die therapeutische Beziehung im Mittelpunkt der Arbeit steht, muss jeder einzelne Mitarbeiter oder das therapeutische Team genügend selbstleitenden Spielraum haben, um seine Aufgabe wahrnehmen zu können. In einem hierarchischen System benötigt der Hauptverantwortliche sehr viel Fingerspitzengefühl, um die Dialektik zwischen Kontrolle und beratender Un-

terstützung handhaben zu können. Für einen Grossteil der Leiter ist dies eine Überforderung, womit die therapeutische Arbeit der ganzen Institution in Frage gestellt ist.

- f) Leitungsstruktur für die Suchtabteilung der Klinik: Da im stationären Bereich spezialisierte Suchtabteilungen nur mit therapeutischen Konzepten sinnvoll sind, benötigen diese ein Leitungssystem auf Konsensbasis. Auch ein solches System hat aber immer informelle Leitungsstrukturen. Da ein Einbauen der Suchtabteilung in die "Zentralen Dienste" nur über eine minimal formalisierte Leitung gelingt, ist eine solche zu definieren: Der Vertreter der Suchtabteilung soll als Primus inter pares die Belange der Institution in der Leitungskonferenz "Zentrale Dienste" vertreten. Grundsätzlich muss es nicht ein Arzt sein. Der/Die Leiter-in muss auch nicht identisch mit dem Leiter der "Forschungsabteilung Toxikomanie" sein. Er/Sie sollte (v.a. aus sprachlichen Gründen) akademisch gebildet sein. Ausnahmen sind aber bei besonderer Eignung denkbar.
- g) Leitungsstruktur einer integrierten Suchtabteilung (ambulant + stationär): Sollte es möglich sein, was meiner Ansicht nach sehr zu wünschen ist, dass die ambulanten Suchtberatungs-/therapiestellen und die Entzugsstation der Klinik zu einer Einheit integriert werden können, so wird die erforderliche Leitungsstruktur komplexer: Möglicherweise würde es gelingen, Entzugsstation PUK, Suchtberatungsstelle der KOST, Drop-In, Suchtberatungsstelle des Blauen Kreuzes, CIKADE, Prophylaxeteam und evtl. Co13³ zu einem fachlich koordinierten Psychosozialen Dienst für Suchtprobleme zusammenzuschweissen. Dazu sind aber einige Schwierigkeiten zu lösen. Drop-In, CIKADE und Co13 wären vom Justizdepartement zum Sanitätsdepartement umzuteilen. Das Prophylaxeteam könnte vom Jugendamt zur KOST wechseln. Die einzelnen Institutionen würden sich wie bis anhin selber leiten nach dem Konsensprinzip oder mit Stellenleiter. Sie würden aber eine Person in einen gemeinsamen Leitungsausschuss delegieren, der den Gesamtdienst zu leiten hat. Diesem Leitungsausschuss ist die Forschungsabteilung Toxikomanie anzugliedern. Ebenso soll der Ausschuss über eine Stabsstelle verfügen, welche bei Neuentwicklungen die Umsetzarbeit leistet oder die einer Institution in einer Umbruchphase beistehen kann. Der Leiter des Leitungsausschusses vertritt die Suchtarbeit in der Leitungskonferenz "Zentrale Dienste". Der Leiter soll sein Hauptquartier im ambulanten Bereich haben.

4. UEBERGREIFENDE KOORDINATIONSSTRUKTUREN

Frage: Wie soll in Zukunft die Koordination der bestehenden Angebote im Suchtbereich aussehen? Aufgrund welcher Strukturen soll koordiniert werden?

Antwort A.M.: Es gibt bis heute keine verwertbaren Erfahrungen mit einer umfassenden Koordination der Suchthilfe in unserer Region. Alle bisherigen Versuche waren zu halbherzig und haben sich deswegen als ineffizient erwiesen. Sie waren mehr von bürokratischen,

³ Die Co13 war damals eine Institution, die an der Colmarerstrasse 13 berufliche Eingliederungen von Süchtigen durchführte. Die Co13 gibt es heute noch, hat sich stark ausgebaut und steht heute als berufliche Eingliederungsstelle allen behinderten Menschen offen.

administrativen und finanzpolitischen Gesichtspunkten motiviert und aus fachlicher Sicht unbrauchbar. Es ist daher nicht möglich, Koordinationsstrukturen festzulegen, von denen mit grosser Sicherheit gesagt werden kann, dass sie als Arbeitsinstrument tauglich sind. Deshalb muss in dieser Frage ein grosser experimenteller Spielraum geschaffen werden. Was aber mit einiger Sicherheit gesagt werden kann, ist folgendes:

- a) Im Koordinationsorgan sollen alle Sparten der Suchthilfe und der Prävention vertreten sein.
- b) Eine Koordination mit den polizeilichen Organen und mit der Strafjustiz darf nicht Aufgabe dieses Gremiums sein.
- c) Das Gremium muss über Finanzkompetenzen verfügen (inklusive Zuteilung des Alkoholzehntels⁴). Dies kann durchaus so geschehen, dass dem Gremium die Kompetenz zugeschrieben wird, einigermassen verbindliche Aussagen über die notwendige Suchthilfe, über die Unterstützung von Projekten, über Koordinationsfragen und über die Anregung von Veränderungen/Ergänzungen innerhalb der Suchthilfe zu machen. Das Gremium soll vom Regierungsrat als vorentscheidende Instanz eingesetzt werden. Wenn er mit Entscheiden dieses Gremiums nicht einverstanden ist, soll er die Auseinandersetzung mit dem Gremium suchen und nicht ein gesondertes Prozedere einzuschlagen.

5. KONTROVERSE ANSICHTEN ÜBER THERAPEUTISCHE ZIELSETZUNGEN

Frage: Es ist bekannt, dass hinsichtlich der therapeutischen Zielsetzungen im Suchtbereich kontroverse Ansichten vertreten werden. Für den Psychatriekonzept-Schlussbericht wäre es wichtig, dass solche verschiedene Zielsetzungen auch genannt werden und dass aufgezeigt wird, welche Konsequenzen sich daraus ergeben.

Antwort A.M.: In der Subgruppe "Sucht" waren v.a. zwei Fragen kontrovers:

- a) Welchen Stellenwert soll inskünftig den Substitutionsprogrammen zukommen?
- b) Welche Aufgaben soll die psychiatrische Klinik in der Versorgung übernehmen? Wozu ist eine psychiatrische Klinik in der Suchthilfe zu gebrauchen? Wo stellen klinikgebundene Strukturen (Personalrotation, komplexe Hierarchie, zentrale Verwaltung und Versorgung, Interaktionen mit anderen Stationen etc.) eine unnötige Behinderung für den Süchtigen dar? Welche Strukturen sind für eine sinnvolle stationäre Therapie von Süchtigen notwendig?

Die erste Kontroverse kann im Folgenden überblicksartig dargestellt werden. Die zweite Kontroverse wurde in der Arbeitsgruppe nicht so ausdiskutiert, dass ich die kontroversen Ansichten der übrigen AG-Mitglieder zusammenfassend wiedergeben könnte. Meine eigene Meinung habe ich bereits in den obigen Kapiteln 1 + 2 umrissen.

⁴ Der Alkoholzehntel ist eine vom kantonalen Budget unabhängige Kasse, die aus dem zehnten Teil der Alkoholsteuer gespiesen wird und vom Bund proportional auf die Kantone verteilt wird. Im Kanton Basel-Stadt verwaltete damals das Justizdepartement diese Kasse.

zu a) Künftiger Stellenwert der Abgabe von Ersatzpräparaten an Opiatsüchtige: Der zentrale Diskussionspunkt stellt die Frage dar, wie eine Abstinenzforderung im Programm zu gewichten ist. Für die einen ist die Abstinenzforderung einer der zentralen Parameter in der Betreuung und Therapie von Suchtkranken. Für die anderen ist die "Abstinenzideologie" mitverantwortlich für die Verelendung der Süchtigen und die Nichtbetreuung Notleidender. Letztere werfen Ersteren vor, aus einer Teilforderung eine Ideologie gemacht zu haben. Erstere geben Letzteren zu bedenken, dass das Aufgeben der Abstinenzforderung einem Mitagieren des Hilfesystems gleich komme und eine gefährliche Problemverschiebung die Folge sei. Dadurch werde dem Süchtigen längerfristig gar nicht geholfen.

Im Folgenden wird der Versuch unternommen, beide Argumentationsweisen etwas breiter darzustellen:

Die "Abstinenzideologen" sind der Ansicht, dass der Abstinenzforderung in der Therapie Suchtkranker eine zentrale Bedeutung zukommt. Ein Süchtiger könne sich nur dann psychisch entwickeln, wenn er lerne, auf das Suchtmittel zu verzichten. Ein weniger gefährlicher Einsatz eines Suchtmittels führe lediglich zu einem Verzögern der Heilung und leiste der irrigen Ansicht fast aller Süchtiger vorschub, dass er sich mit dem Suchtmittel arrangieren könne. Dem ist aber entgegen zu halten, dass er dann eine für ihn wichtige Entwicklung verpasst und andererseits die potentiell tödliche Suchtkrankheit weiter nährt. Die Erarbeitung von Strategien zur Erlangung und Erhaltung der Abstinenz wird als wichtiger Teil einer Begleitung von Suchtkranken angesehen. Weiter besteht die Ansicht, dass die tiefenpsychologischen Faktoren einer Sucht schwieriger aufzuarbeiten seien als die körperlichen oder sozialen Probleme. Das Bewältigen der Angst vor Entzugssymptomen stelle im Allgemeinen keinen ernsthaften Schwierigkeiten dar. Es wird bestritten, dass die "Abstinenzideologie" Ursache dafür sei, dass "so wenige" Süchtige von einem therapeutischen Angebot Gebrauch machen würde. Im ambulanten Bereich seien ungelöste strukturelle Probleme mitverantwortlich (siehe weiter unten). Weiter wird darauf hingewiesen, dass auch bei anderen schweren psychischen Problemen (Depressionen, Angstzuständen, psychosomatischen Leiden) nur von einer Minderheit der Leidenden Psychotherapie in Anspruch genommen werde. Die Ursache davon liege u. a. darin, dass das Nichtwahrhabenwollen (die Verdrängung) problemimmanent sei und nicht nur bei der Entstehung der psychischen Probleme, sondern auch bei den Lösungsversuchen eine entscheidende Rolle spiele. Es wird die Meinung vertreten, dass Süchtige auch nicht weniger erreichen würden als depressive oder ängstliche Personen. Bei allen Problemgruppen sei die Motivation zu einer Psychotherapie etwa gleich schwierig. Die meisten Patienten würden denn auch Hilfe bei ihrem Hausarzt suchen. Dies nicht in erster Linie, weil der Hausarzt mehr auf sie eingehe, sondern weil die Notleidenden beim Hausarzt weniger mit ihren Widerständen konfrontiert würden. So können der Behandlungswunsch und das Verharren auf der unveränderlichen Not nebeneinander bestehen bleiben. Viele Hausärzte würden

dem kompromisshaften Behandlungsdruck erliegen und den Pfad der Ersatzbehandlung, meist mittels Tranquilizer, beschreiten. Die unheilvolle Missbrauchsspirale, die sich bei vielen Notleidenden dadurch aufbaut, sei hinlänglich bekannt (1'000 Todesopfer jährlich in der Schweiz allein infolge Medikamentenabusus, an dessen Anfang sich fast immer eine oben beschriebene Ersatzbehandlung durch den Hausarzt findet). Weiter sind sie der Meinung, es sei für Patient, Hausarzt und eine gesundheitsplanerisch tätige Öffentlichkeit gleichermassen schwierig, die Spannung, Ratlosigkeit und Hilflosigkeit auszuhalten, die vor dem Griff zu einer Ersatzbehandlungsstrategie bestehe. Bedenklich sei aber, dass auch im Suchtbereich, wo u. a. die Folgen des oben beschriebenen Fehlschlusses täglich gesehen werden können, nicht andere Konsequenzen gezogen würden. Das Symptom werde mit der Ursache verwechselt. Die Spannung, welche in der Suchtproblematik liege, werde nicht ausgehalten. Man schreite daher zum Propagieren von Ersatzbehandlungen.

Es wird bestritten, dass Psychotherapie bei Suchtkranken ineffizient sei. Es wird akzeptiert, dass die Methoden verbessert werden müssen (Erfahrungen mit Familientherapie ausbauen). Es wird darauf hingewiesen, dass die bestehenden Schwierigkeiten beim "Erreichen" der Notleidenden nicht suchtspezifisch, sondern menschengesellschaftlich seien. Hier seien sinnvollerweise die Kräfte zu konzentrieren.

Insbesondere wird bestritten, dass die "Abstinenzideologie" Mitverursacher der Verelendung eines Süchtigen sei, da diesem dadurch die notwendige Betreuung nicht zugestanden werde und die Abstinenzideologen mit den Repressionsorganen der Gesellschaft am gleichen Ausgrenzungsstrick zögen. Eine Entkriminalisierung wird begrüsst und gefordert. Sie soll durch eine Änderung der Gerichtspraxis und durch eine Revision des Betäubungsmittelgesetzes erreicht werden. Die Schwierigkeiten in der Therapie von Suchtkranken seien bei Alkoholkranken oder Medikamentensüchtigen (wo keine Prohibition besteht) die genau gleichen. Der Aspekt der Quantität sei aber nicht zu vernachlässigen (1'500 Alkoholtote, 1'000 Tabletten-tote und 150 Drogentote in der Schweiz pro Jahr). Die Verelendung sei eine direkte Folge der Suchtkrankheit und widerspiegele u.a. deren Charakter als Symptom einer Gesellschaft, die breite Teile ihrer Mitglieder ausgrenze. Soweit die Meinung der "Abstinenzideologen".

Die "liberalen Drogenpolitiker" befürworten eine niederschwellige Abgabe von Ersatzpräparaten. Gestützt auf holländische Erfahrungen propagiert vor allem der "Verein Schweizerischer Drogenfachleute" (VSD) diese Politik. Auch verschiedene politische Instanzen (Kanton Zürich und Bern, FDP, Sanitätsdirektor Basel-Stadt etc.) vertreten diese oder eine ähnliche Richtung. Der Zusammenhang zwischen Verelendung und den Umständen der Drogenbeschaffung und -einnahme wird dabei in den Vordergrund gerückt. Nicht die Behandlung der Suchtkrankheit sei als erstrangiges Anliegen einer Drogenpolitik zu betrachten. Im Vordergrund stehen die soziale Stützung der Süchtigen, die Verhinderung einer Verelendung und vor allem auch der Schutz der Gesellschaft. Der bisherigen Ausrichtung der Drogenarbeit wird der Vorwurf gemacht, sie habe den Grossteil der Süchtigen nicht erreicht, da sie die Süchtigen überfordere. Die

meisten Süchtigen seien weder willens noch fähig zur Abstinenzehaltung. Sie hätten im Übrigen auch ohne diesen Abstinenzwillen ein Anrecht auf Behandlung und Betreuung. Ein Heroinsüchtiger sei mit einem Diabetiker zu vergleichen, der täglich seine Insulindosis nötig habe, um stabil leben zu können. Habe man diese medizinische Analogie einmal erkannt, so würden durch die ärztlich verschriebene Abgabe von Opiaten viele Folgeprobleme (Verelendung, Kriminalität, Arbeitslosigkeit, Subkultur etc.) gar nicht erst eintreten. Die Suchtproblematik habe dann oft eine völlig nebensächliche Bedeutung für den Suchtkranken.

Dazu ein persönlicher Kommentar:

- Der Gedankengang, dass bei einer Suchtentwicklung nach Möglichkeit eine Verelendung, ein Herausfallen aus dem Arbeitsmarkt, eine Verschuldung, ein sozialer Abstieg etc. verhindert werden müsse, ist bei fast allen Angehörigen von Süchtigen vorhanden. Die Anonymen Alkoholiker (AA) und die Angehörigengruppen dieser Selbsthilfebewegung (AI-Anon) setzen sich seit ihrem Bestehen mit der angesprochenen Unterstützungsbereitschaft intensiv auseinander. Sie sehen in diesem Gedankengang eine der zentralen pathogenen Strukturen der Sucht. Viele Partner von Süchtigen versuchen mit allen Mitteln, das Schlimmste abzuwenden. Der Versuch scheitert aber meistens und ist (oder wird) Teil des Krankheitsgefüges. Er wird in der Sprache der AA als Co-Alkoholismus bezeichnet. Die Systemtheorie hat diese Erkenntnis aufgegriffen. Es wurde dadurch möglich, die Suchtkrankheit aus ihrem isolierten Dasein der Pathologie des Einzelmenschen herauszuführen und den Blick für das Erkennen der Pathologie der Familie und des weiteren Umfeldes zu öffnen. Seitdem gehören das Aufarbeiten der familiären Verstrickung, das Entflechten dieses Gefüges und die Rückgabe der jeweiligen Eigenverantwortung an den Süchtigen resp. den Angehörigen zu einer Suchttherapie.
- Wenn nun eine programmatische Bewegung (die "liberalen Drogenpolitiker") das Co-Suchtsystem als Mittel propagiert, wie Verelendung vermieden werden könne, so kann auf die tausendfache Erfahrung von Angehörigen von Süchtigen zurückgegriffen werden um zu erfahren, dass dieser Weg viel versucht wird, aber fast immer scheitert. Den VSD-Fachleuten ist dieser breite Erfahrungshintergrund offenbar unbekannt. Sie sind ja auch Juristen und haben keine Erfahrung als Suchtfachleute aufzuweisen. Ein entsprechender Erfahrungsaustausch mit Vertretern der AI-Anon-Selbsthilfegruppen würde sich für sie lohnen. Die AI-Anon kann der etwas unkritischen Begeisterung des VSD, die sich bei manchen nach der Hollandreise eingestellt hat, eine ernüchternde Bilanz entgegenstellen, die auf ihren eigenen Erfahrungen mit einem solchen Helfersystem gründet. Das Scheitern des Co-Alkoholismus-Systems muss nicht erst bewiesen werden. Dies ist zu oft bereits geschehen.
- Es ist auffallend, dass die Begriffe "Drogenarbeit", "Drogenhilfe" und "Drogenpolitik" in der jetzigen Diskussion nicht klar auseinander zu halten sind. Politik wird mit medizinischen Mitteln gemacht (ärztliches Verschreiben von Opiaten). Diese Vermischung von politischen Zielen und medizinischen Mitteln wird leider kaum kritisch hinterfragt.

- Über die Gefahr einer starken Ausbreitung der Opiatsucht durch das verstärkte Verfügbarmachen von Methadon und Dicodid⁵ und über die Wahrscheinlichkeit einer Förderung des Kleinhändler-Schwarzmarktes sind bisher von den "liberalen Drogenpolitikern" keine Aussagen gemacht worden. Hier liegt aber epidemiologisch meine Befürchtung begründet: Durch den hohen Beschaffungsdruck, dem Opiatsüchtige heute ausgesetzt sind, ist es nur relativ starken Persönlichkeiten möglich, sich über Jahre auf der Gasse zu behaupten. Macht man durch breite Ersatzprogramme es den Menschen einfacher, opiatsüchtig zu bleiben, so werden ganz andere Menschen angesprochen werden. Es ist zu befürchten, dass es auch stark psychisch angeschlagenen Menschen (sogar Menschen mit einer Schizophrenie oder Borderline-Persönlichkeitsstörung) möglich sein wird, eine Opiatsucht mit Hilfe von Abgabeprogrammen zu unterhalten. Bei dieser Patientengruppe wird es in der Folge viel schwieriger sein, sie zu entziehen, weil nicht auf eine starke Persönlichkeit zurückgegriffen werden kann. Doppel Diagnosen werden die therapeutische Suchthilfe der Zukunft prägen. Das ist eine Nebenwirkung von Ersatzprogrammen, die vor deren Einführung gut bedacht werden sollte. Die Gesellschaft hat sich wenig geschützt, wenn wir die Zahl der Opiatsüchtigen durch Abgabeprogramme vervielfacht haben und die Süchtigen im Durchschnitt kränker sind.
- Zwischen den zwei profilierten Überzeugungen, die oben skizziert wurden, werden von den diversen Fachleuten alle denkbaren Strategien vertreten. Ich will sie hier als Mittellösungen betiteln. Zu erwähnen sind darunter v.a. diejenigen Fachleute, die vor 5 - 10 Jahren die Methadonprogramme mit klaren Indikationsregelungen und mit definierten Kontrollen vertreten haben. Im Zuge des nach "Liberalisierung" drängenden Zeitgeistes und der AIDS-Problematik sind die meisten näher zur VSD-Politik gerückt. Es ist zu beobachten, dass damit die Suchtabteilungen von Universitätskliniken und -polikliniken aufgestockt werden. Diese Fachleute warnen zwar vor einem Herumschleudern der Ersatzdrogen und machen auf die Schwarzmarktgefahr und die Wahrscheinlichkeit einer Ausdehnung der Drogensüchtigenzahl aufmerksam. Trotzdem machen sie mit ("man muss dabei bleiben, sonst wird man abgehängt, von der Tatkraft anderer Hilfe-Manager überrundet"...?). Programme werden ausgebaut, die Indikationsschwelle stark gesenkt, auf fachliche Begleitung wird fast gänzlich verzichtet. Die Vertreter aller oben beschriebenen Richtungen sind sich darin einig, dass eine Revision des Betäubungsmittelgesetzes notwendig ist (z.B. im Sinne des Entwurfes von Joset/Albrecht⁶). In dieser Frage sind v.a. die Polizei- und Untersuchungsrichterorgane, die mit der Drogenbekämpfung betraut sind, anderer Meinung. Diese Kontroverse liegt auf einer anderen Ebene und soll hier nicht abgehandelt werden.

⁵ Methadon und Dicodid sind künstliche Opiate, die als Ersatz für Heroin an Süchtige verschrieben und abgegeben werden.

⁶ Dr. jur. Marc Joset ist Anwalt mit eigener Kanzlei und vertritt viele Drogensüchtige als Strafverteidiger. Dr. jur. Peter Albrecht ist Richter in Basel. Beide haben gemeinsam einen Vorschlag zur Revision des Betäubungsmittelgesetzes ausgearbeitet.

Zusatz zu den "Ergänzungen zum Schlussbericht der AG-Sucht" vom 09.02.1988

Die heutigen Bestrebungen, eine niederschwellige Ersatzdrogenabgabe einzuführen, baut auf einer Kritik an den bisherigen Drogenhilfekzepten auf. Obwohl die Kritik sich an der Abstinenzforderung kristallisiert und dadurch die Therapeutischen Gemeinschaften - welche als einziges Ketteglied in der Suchthilfe Abstinenz unabdingbar voraussetzen - in den Blickfang der Kritik rücken, gilt die Kritik eigentlich den ambulanten Therapiebemühungen. (Diese greifen bis heute noch in viel zu ungenügender Weise die Not der Süchtigen auf.) Das Führen einer Therapeutischen Gemeinschaft ohne Abstinenzforderung scheint sinnlos oder wurde bis anhin nicht glaubwürdig ausprobiert. Dass die Therapeutischen Gemeinschaften nicht das einzige wirksame Mittel für eine Therapie von Süchtigen darstellt, weiss man schon seit langem. Die Kritik, welche von den "liberalen Drogenpolitikern" (VSD) zuhanden der bisherigen Drogenhilfe formuliert wurde, sollte meiner Ansicht nach weniger in Richtung Therapeutische Gemeinschaften und Abstinenzforderung gehen. Sehr berechtigt ist die Kritik an den wenig differenzierten ambulanten Hilfeangeboten. Dabei geht es nicht um ein Diversifizieren des Hilfeangebots durch eine breite Abgabe von Substitutionsmitteln. Es geht nicht darum, offene Mäuler zu füttern. Es geht darum, das psychotherapeutische Hilfeangebot im ambulanten Rahmen zu verbessern oder eigentlich erst richtig in die Drogenhilfe einzubauen. Im Weiteren fehlt es an einer echten Zusammenarbeit zwischen somatischen Spitälern und Suchtberatungsstellen. Ich will im Folgenden versuchen zu zeigen, weshalb ambulante Psychotherapie (d.h. vor allem Familientherapie) in Drogenberatungsstellen selten kompetent angeboten wird und wie Voraussetzungen aussehen müssen, dass das Potential der ambulanten Suchthilfe/-therapie besser ausgenützt werden kann:

2 Strukturprobleme stehen meiner Ansicht nach im Vordergrund:

- 1) Die Kenntnisse und Erfahrungen der Mitarbeiter von Drogenberatungsstellen sind oft ungenügend. Wenn ein Mitarbeiter eine jahrelange psychotherapeutische Ausbildung und eine eigene Therapie durchlaufen hat, so wandert er mit grosser Wahrscheinlichkeit in eine private Praxis ab. Damit sind sein Wissen und die Möglichkeit des Sammelns einer breiten Erfahrung für die Beratungsstellen verloren. In der freien Praxis sammelt der ehemalige Mitarbeiter meist auch nicht mehr neue Erfahrungen mit der Therapie von Süchtigen, da die vielen Stundenausfälle, die ihm instabile Süchtige bescherehen, mit zu grossen finanziellen Einbussen verbunden sind. So kommt es, dass an Drogenberatungsstellen die Therapie von Süchtigen immer wieder neu erfunden werden muss. Viele Stellen befassen sich denn auch nur ganz am Rande mit psychotherapeutischen Fragen und wenden sich viel stärker der Sozialberatung zu. In diesem Tätigkeitsfeld sind die Mitarbeiter auch kompetent, denn viele von ihnen sind Sozialarbeiter.
- 2) Die Beratungsangebote der Alkohol- und Drogenberatungsstellen sind nicht in den Arbeitsablauf von den Institutionen integriert, welche am meisten Süchtige in Not erle-

ben, nämlich den somatischen Kliniken (insbesondere deren Notfall- und Intensivstationen) und den Hausärzten. Dies ist ein kapitaless Versäumnis und muss sowohl von den Chefärzten dieser Kliniken als auch von den Suchtberatungsstellen verantwortet werden. Es ist völlig unverständlich, weshalb beim Eintritt eines Süchtigen auf die Notfallstation oder auf eine Allgemeine Abteilung eines Spitals nicht sofort die dazu ausgebildeten Suchtberater beigezogen werden. Damit könnte neben der momentanen Sanierung des Symptoms, das zum Eintritt geführt hat, auch die Krankheit behandelt werden. Würde ein Diabetiker in einem Koma eintreten, weil er Diätfehler gemacht hat und noch nicht weiss, wie er sich diätetisch verhalten muss, würde keinem Arzt einfallen, nach Sanierung des Komazustandes den Patienten wieder heimzuschicken, ohne ihn durch die Diätberatung instruieren zu lassen. Die Krisensituation, in der sich ein Süchtiger befindet, wenn er ins Spital kommt, eignet sich für eine Kontaktnahme mit einem Suchtberater in hohem Masse. Die Kontaktnahme muss aber bald nach Eintritt erfolgen, denn schon nach Tagen hat sich ein Süchtiger wieder von seiner Not distanziert und hat die Verleugnungsmechanismen wieder im Griff. Wenn der psychiatrische Konsiliarier zu einem Süchtigen bestellt wird, so ist das nicht die richtige Handlung und hilft meistens wenig. Er ist nicht der richtige Fachmann dazu. Auch wenn er zufällig etwas von Suchtkrankheit versteht, so kann er als Angestellter der Poliklinik die Suchtberatung oder die Therapie meist doch nicht selber durchführen. Ein Kontaktwechsel ist aber für die meisten Süchtigen in der Krisenlage eine Überforderung (zu viel Ambivalenz ist meistens vorhanden).

Vorschläge zur Abhilfe

zu 1): Die Suchtberatungsstellen in Basel (Drop-In, Alkoholberatungsstelle der KOST und des Blauen Kreuzes) sollen mit Psychotherapeuten in freier Praxis, die Erfahrungen mit Süchtigen haben, Verträge abschliessen mit dem Ziel, an der Erarbeitung und Durchführung von langfristigen Psychotherapiekonzepten mitzuwirken. Denkbar ist, dass je ca. 10 Psychotherapeuten versuchen, 5 - 10 Wochenstunden mit Suchtpatienten resp. deren Familien zu füllen. Da einerseits Familientherapien zeitlich recht aufwendig sind und die Krankenkassen bisher die Familientherapien lediglich als eine Einzelstunde verrechnen, andererseits bei Therapien von Süchtigen mit vielen Stunden ausfällen zu rechnen ist, müssen diese Einnahmeausfälle über das Budget der Beratungsstellen abgegolten werden können. Gleiches gilt bei Zeitaufwendungen für die gemeinsamen Besprechungen und Supervisionen⁷. Da eine solche vertraglich geregelte Zusammenarbeit zwischen frei praktizierenden Psychotherapeuten und Suchtberatungsstellen bisher nicht existiert, kommen nur sehr sporadisch ambulante Suchtherapien zustande. Weder die Beratungsstellen noch die frei praktizierenden Psychotherapeuten können so ein genügendes Erfahrungspotential aufbauen. Zurück geblieben ist die irriige Meinung, dass ambulante Psychotherapien von Suchtkrankheiten nur in Ausnahmefällen möglich seien.

⁷ Diese Forderung erfüllt das heutige Tarifsystern der Ärzte (Tarmed).

zu 2): Die Spitäler in Basel und die Suchtberatungsstellen sollten sich über ein wirkungsvolles Prozedere und die fachliche Zuständigkeit in der Suchtbehandlung einigen, damit jeder Suchtkranke innerhalb 1 - 3 Tagen nach Spitaleintritt fachliche Beratung erhält. Wenn man bedenkt, dass die Diagnose "Suchtkrankheit" die häufigste Einzeldiagnose aller Patienten im Alter zwischen 20 und 50 auf einer medizinischen Abteilung darstellt (Quelle: VESKA-Statistik 1985⁸), wundert man sich, dass diese Massnahme nicht schon längst getroffen wurde. Man kann sich auch leicht vorstellen, wie viel Arbeit bei einer solcherart engen Zusammenarbeit auf die Suchtberatungsstellen zukommen wird. Aber sind diese Beratungsstellen nicht gerade für die Betreuung der vielen Süchtigen geschaffen worden? Es ist ja ohnehin merkwürdig, dass eine Stadt wie Basel, in welcher schätzungsweise 5'000 behandlungsbedürftige Alkoholiker, 3'000 schwer medikamentenabhängige Personen und sicher 600 schwer drogenabhängige Menschen leben, lediglich etwa 15 ambulant tätige Suchtberater benötigt.

Wenn man die oben beschriebenen zwei grossen Versäumnisse der ambulanten Suchthilfe bedenkt, kann man sich gut vorstellen, dass der bisherigen Drogenhilfe Versagen vorgeworfen werden kann und muss. Der vom VSD formulierte Vorwurf trifft aber leider nicht die wirklichen Versäumnisse, sondern verschlechtert die Situation der Süchtigen noch mehr statt sie zu verbessern.

Nicht berücksichtigt habe ich bei diesen Überlegungen diejenigen Teile der Suchthilfe, welche mit Therapie nicht oder nur im entferntesten Sinne etwas zu tun haben: Die Gassenarbeit und ihr verwandte Arbeitsansätze (wie das Angebot von kurzfristigen Beschäftigungsmöglichkeiten, Wohnhilfe, medizinische Hilfe - insbesondere bei der AIDS-Erkrankung - etc.), deren Ziel darin besteht, das Leben auf der Gasse mitzugestalten. Für diese Arbeit ist aber auch keine Verteilung von Ersatzdrogen notwendig.

4. August 1987 / A. Manz / ergänzt am 09.02.1988

8 VESKA = Verband der schweizerischen Krankenanstalten