

Verein Drogenhilfe

Hintergrund und Scheitern einer Vision

Dieter Thommen ¹

Vorgeschichte

Fast 30 Jahre – von anfangs der 1970er-Jahre bis 1998 – bildete die Suche nach Lösungen für das „Drogenproblem“ einen wichtigen Teil meines Lebens und meiner beruflichen Tätigkeit. Am Anfang meines Engagements standen vor allem persönliche Erlebnisse: 16- bis 18-jährige Lehrlinge im Waisenhaus Basel, die Haschisch rauchten und LSD schluckten und dabei immer mehr Mühe bekundeten, am Morgen aufzustehen und ihrer beruflichen Ausbildung nachzugehen. Der Waisenvater hatte mich als jungen Studenten angestellt, gegen Kost und Logis an zwei Abenden pro Woche die Lehrlingsgruppe „Flamme“ zu betreuen. Daraus wurde fast eine Vollbeschäftigung, weil ausser mir gar niemand da war, um sich um die Jugendlichen zu kümmern. Die Leitung des Waisenhauses stand dem damals völlig neuen Phänomen jugendlichen Drogenkonsums ebenso hilflos gegenüber wie ich selbst. Mein Einsatz fand ein Ende, als ein autoritärer Erzieher seine Arbeit aufnahm, unter dessen Regime kein Platz blieb für eine vertrauensvolle Beziehung, wie ich sie zu den Jugendlichen aufzubauen versuchte.

In einem Skikurs lernte ich dann eine junge Frau kennen, die zusammen mit ihrem Freund jugendliche Drogenabhängige betreuen wollte. Daraus entwickelte sich - nach einigen Monaten eher unbedarften Wirkens in einer Abbruch-Liegenschaft² - ein Wohnkollektiv mit sieben bis acht drogenabhängigen bzw. drogengefährdeten Jugendlichen und ebenso vielen Studenten für deren Betreuung. Dieser von Pfarrer Alfred Kunz initiierte und unterstützte Versuch scheiterte im Herbst 1971, nach knapp einem Jahr, an den massiven Problemen im Zusammenleben mit Amphetamin-abhängigen Fixern. Aus dieser Erfahrung zog ich für mich vor allem die Schlussfolgerung, dass die lockere Begleitung durch eine Studentengruppe zwar für Aussteiger mit stabilem familiärem Umfeld eine gute Chance darstellte³, dass diese Struktur – trotz hohem Engagement der Betreuer – für drogenabhängige Jugendliche mit problembelastetem Hintergrund jedoch bei Weitem nicht ausreichte⁴. Weitere Erfahrungen mit Drogenabhängigen konnte ich während eines Studiensemesters in Bern im

-
- 1 Dr. Dieter Thommen war einer der Gründer und der Geschäftsführer des Vereins Drogenhilfe. Er hat diesen Aufsatz aus Anlass des 20-jährigen Jubiläums der Stiftung Suchthilfe Region Basel SRB, der Nachfolgeorganisation des Vereins Drogenhilfe, verfasst.
 - 2 In unserer Wohnung hatten wir einen Haschisch-Konsumenten aufgenommen, der vorwiegend am Inhalt des von uns gefüllten Eisschranks interessiert war und auch die Drogenkonsumenten, die eine andere Wohnung in diesem Haus an der Davidsbodenstrasse belegten hatten kein Interesse an unserem Hilfsangebot.
 - 3 Von den damals betreuten „gefährdeten“ Jugendlichen absolvierten drei später ein Hochschulstudium bzw. eine Ausbildung zum Primarlehrer.

Rahmen einer teilzeitlichen Mitarbeit in der Drogenberatungsstelle Release sowie in einem Heim für straffällige Jugendliche gewinnen.

Nach dem Abschluss meines Studiums reiste ich 1974 - als Vorbereitung der geplanten Dissertation über die Behandlung Drogenabhängiger⁵ - für ein halbes Jahr in die USA, wo ich in New York, Washington, Harrisburg/Pennsylvania und San Francisco verschiedene ambulante und stationäre Einrichtungen für Drogenabhängige besuchte. In vier verschiedenen Einrichtungen – mitten im schwarzen Elendsviertel von Harlem/New York, in der religiösen Gemeinschaft „Teen Challenge“, in einer kleineren Einrichtung in Berkley sowie in der damals bekanntesten Organisation für Drogenabhängige, Synanon – verbrachte ich jeweils eine bis mehrere Wochen, wobei ich als „Praktikant“ guten Zugang sowohl zur Leitung der Einrichtungen wie auch zu den Bewohnern hatte. Interessant waren für mich auch die damals in den USA schon verbreiteten Methadon-Programme, „Multi-Modality“-Einrichtungen sowie Nachbetreuungsprogramme für straffällige Drogenabhängige. Zurück in der Schweiz folgten 1975 ein- bis zweiwöchige Praktika in den Gemeinschaften Ulmenhof, Gatterweg, Kleine Marchmatt und Aebi-Hus⁶.

Diese Zeit war vor allem geprägt durch zahlreiche Begegnungen mit vorwiegend jugendlichen Drogenabhängigen und mit Personen, die sie dabei unterstützen wollten, sich aus der Abhängigkeit von bewusstseinsverändernden Substanzen zu befreien. An das Schreiben einer wissenschaftlichen Arbeit mit juristischem Hintergrund war angesichts dieser intensiven persönlichen Erfahrungen nicht zu denken, weshalb ich beschloss, zuerst meine juristische Ausbildung mit dem Anwaltsexamen zum Abschluss zu bringen.

1979, einige Wochen vor den letzten Prüfungen für das Anwaltsexamen, fragte mich Pfarrer Alfred Kunz, mit dem ich weiterhin in Kontakt geblieben war⁷, ob ich interessiert wäre, ein Projekt für neue Drogenhilfe-Einrichtungen in der Region Basel auszuarbeiten. Er habe eine reiche Basler Dame kennen gelernt, die bereit wäre, mehrere Millionen Franken zur Verfügung zu stellen. Als Vorbereitung für ein solches Projekt unternahm ich im Sommer 1979 eine weitere Studienreise nach Deutschland, Dänemark, Holland und Frankreich, wo ich wiederum verschiedene ambulante und stationäre Einrichtungen für Drogenabhängige besuch-

4 Eine unserer „Betreuten“ erwartete mit 14 Jahren ihr erstes Kind und lebte mit ihrem ebenfalls aus einer zerrütteten Familie stammenden Freund zusammen; eine zweite war von ihrem Vater sexuell missbraucht worden und ein damals 16jähriger Jugendlicher hatte sein ganzes Leben in Heimen verbracht. Alle vier konsumierten immer wieder massiv Amphetamine und verhielten sich dann äusserst aggressiv.

5 Thommen Dieter: Die Behandlung Drogenabhängiger – Alternativen zur traditionellen juristischen Sicht des Drogenproblems, Verlag Peter Lang AG, Bern 1984

6 Von diesen Einrichtungen für Drogenabhängige existiert heute nur noch der Ulmenhof

7 1974 hatte ich mich an der Gründung des Vereins Therapeutische Jugendhilfe als Träger der Gemeinschaft Kleine Marchmatt in Reigoldswil beteiligt und traf Pfr. Kunz regelmässig bei Vorstandssitzungen dieses Vereins.

te. Zudem führte ich Gespräche mit Mitarbeitern von Drogenberatungs- und Notschlafstellen in Basel, Bern und Zürich. Der im Herbst 1979 vorgelegte Bericht⁸ bildete die Grundlage für die Gründung der C & R Koechlin-Vischer-Stiftung und später des Vereins Drogenhilfe als Trägerschaft verschiedener Einrichtungen der Drogenhilfe⁹.

Vision drogenfreie Lebensbewältigung

Wenn ich die Vorgeschichte meiner späteren Tätigkeit als Projektleiter und Geschäftsführer der C & R Koechlin-Vischer-Stiftung und des Vereins Drogenhilfe etwas ausführlicher dargelegt habe, so geht es mir vor allem darum, den Hintergrund meines Engagements offen zu legen: Angesichts der zahlreichen und nahen Kontakte mit jugendlichen Drogenabhängigen stand für mich immer das Überwinden der Abhängigkeit von bewusstseinsverändernden Substanzen und die Befähigung zu einem selbstbestimmten und erfüllten Leben im Zentrum des Interesse und nicht Überlebenshilfe oder Massnahmen zur Schadensbegrenzung fortgesetzten Drogenkonsums.

Schon beim Besuch von Institutionen für Drogenabhängige in den USA und in der Schweiz 1974, vermehrt aber noch bei meinen Vorabklärungen 1979, galt meine Augenmerk vor allem dem Engagement und der persönlichen Ausstrahlung der Mitarbeiter der einzelnen Einrichtungen. Dabei stellte ich fest, dass Mitarbeiter, die ausschliesslich mit Süchtigen ohne weitere Entwicklungsperspektiven zu tun hatten, häufig selbst den Eindruck einer gewissen Perspektivlosigkeit - bis hin zu Niedergeschlagenheit und mangelnder Lebenslust – vermittelten¹⁰. Ganz anders erlebte ich das Team des „Dag- og Døgncenter“¹¹, das ich anfangs August 1979 in Kopenhagen kennen lernte und das den Anstoss zur Konzipierung der Entzugsklinik Cikade und der Familienplatzierungsstelle Spektrum gab: Die Mitarbeiter dieser sehr grossen Einrichtung mit über 10 verschiedenen Abteilungen wurden an verschiedenen Orten eingesetzt: als Streetworker, Mitarbeiter in Kontaktzentren und Entzugshelfer, aber auch in betreuten Wohneinheiten und in Arbeitsprogrammen etc. Sie berichteten, dass für sie das Erleben von Klienten, die den Entzug und den Ausstieg aus den Drogen schafften, eine

8 Thommen Dieter: Diskussionsgrundlage für die Konzipierung einer neuen therapeutischen Einrichtung in der Basler Drogenhilfe, unveröffentlichtes maschinengeschriebenes Manuskript, Basel 1979

9 Im Frühling 1981 wurden die Entzugsklinik Cikade und die Therapeutische Gemeinschaft Waldruh eröffnet. In den folgenden Jahren entstanden zusätzlich die Familienplatzierungsstelle Spektrum und die Nachsorge-Wohngemeinschaften Stadtlärm. Die ursprünglich ebenfalls geplanten Einrichtungen für eine berufliche Eingliederung (Phase II) wurden nicht mehr realisiert.

10 Dies galt in besonderem Masse für die Mitarbeiter von Drogenberatungsstellen ohne angeschlossenen stationäre Einrichtungen, von Notschlafstellen und der damals in Amsterdam bereits bestehenden Fixerräume HUK (HUK war eine Abkürzung für 'huiskamer', zu Deutsch: Wohnzimmer), die ich im Sommer 2019 besuchte.

11 Tag- und Nachtzentrum

wichtige Quelle für ihre Arbeitsmotivation darstelle.

Zu Beginn meiner Projektarbeit ging ich davon aus, mit den in Aussicht gestellten beträchtlichen finanziellen Mitteln könnte es gelingen, eine Organisation mit einer durchgehenden Motivations- und Behandlungskette aufzubauen, beginnend mit aufsuchender Sozialarbeit auf der Strasse und in der Notschlafstelle, über den körperlichen Entzug, die Aufarbeitung der Sucht in einer Therapeutischen Gemeinschaft oder im Rahmen einer Familienplatzierung, bis zur beruflichen Eingliederung, wie ich dies beim „Dag- og Døgncenter“ in Kopenhagen gesehen hatte. Die Detailkonzepte der Entzugsklinik und einer neuen Therapeutischen Gemeinschaft wurden in zahlreichen Arbeitsgruppen-Sitzungen¹² erarbeitet. Eine zweite Arbeitsgruppe¹³ erarbeitete 1981 ein Konzept für eine berufliche Eingliederung, mit einer Art „Lebensschule“ auf der Eintrittsstufe, das aber nie umgesetzt werden konnte, da sich der Aufbau der beiden ersten Einrichtungen als zeitlich und finanziell sehr aufwändig erwies.

Die ursprüngliche Idee, eine Entzugseinrichtung zusammen mit den Mitarbeitern des Drop-in Basel zu realisieren, erwies sich sehr rasch als unmöglich. Sowohl die Mitarbeiter wie auch die Trägerschaft wehrten sich vehement gegen die Idee, das Konzept einer rein ambulanten Beratungsstelle grundlegend zu verändern. Negativ verliefen auch die Versuche, die Basler Notschlafstelle, die damals vom dem Justizdepartement angehörenden Jugendamt geführt wurde, in die Planung einzubeziehen. So kam es dazu, dass die 1980 gegründete Stiftung¹⁴ 14 Mitarbeiter für die geplanten beiden ersten Drogenhilfe-Einrichtungen anstellte und auf ihre neue Aufgabe vorbereitete¹⁵.

Das Konzept der CIKADE

Die CIKADE (**C**ontakt- und **I**nformationsstelle für **k**alten **D**rogen**e**ntzug) nahm – zur gleichen Zeit wie die Therapeutische Gemeinschaft Waldruh – im April 1981 ihren Betrieb auf. Es war die erste nichtstaatliche Entzugsklinik der Schweiz und verstand sich auch als Alternative zu den Psychiatrischen Kliniken, in denen die Opiat-Entzüge unter Abgabe meist hoher Dosen an Medikamenten durchgeführt wurden, um die oft aufmüpfigen jungen Patienten ruhig zu

12 Diese Arbeitsgruppe bestand aus Dr. Roberto Lobos (therapeutischer Leiter des Arxhof), Pesche Burkhard (Leiter der Therapeutischen Gemeinschaft Ulmenhof) und Peter Ryser (Sozialarbeiter und damals Gruppentherapeut in der Gemeinschaft Kleine Marchmatt).

13 Diese Arbeitsgruppe bestand aus Vertretern des Arbeitsamtes, der IV-Regionalstelle und des Ökozentrums Langenbruck.

14 Die Gründung erfolgte am 8. Februar 1980 unter dem Namen Carl Koechlin-Stiftung; die Umbenennung in C. & R. Koechlin-Vischer-Stiftung erfolgte erst nach dem Tod der Stifterin, Frau Rosalie Koechlin-Vischer, welche die Stiftung im Angedenken an ihren verstorbenen Ehemann, Carl Koechlin, errichtet hatte.

15 Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden in verschiedenen Drogenhilfe-Einrichtungen als Praktikanten platziert und erarbeiteten dann in Form von geleiteten Workshops die Grundlagen für die künftige Zusammenarbeit.

stellen. In der Cikade-Anlaufstelle wurden die Entzüge selbst wie auch die Zeit nach dem Entzug ambulant vorbereitet. Entzugswillige führten mehrere Gespräche mit jenen Mitarbeitern, die später die Entzugsgruppe begleiteten. Auch die Mitarbeiter der Cikade bereiteten sich vor, indem sie die mit den Klienten geführten Gespräche in Supervisionsgruppen reflektierten.

Die Entzugsgruppen bestanden in der Regel aus 6 bis 8 Opiatkonsumenten im Alter von 18 bis 25 Jahren. Von 1981 bis 1988 wurden die Entzüge in einem ehemaligen Ferienhaus in Lamboing, oberhalb des Bielersees durchgeführt, von 1988 bis 2003 in der „Kleinen Marchmatt“ in Reigoldswil. Der Entzug selbst erfolgte - bis zur Fusion des Vereins Drogenhilfe mit der AAJ zur „Suchthilfe Region Basel“ 1998 - ohne Medikamente. Die Entzugssymptome wurden mit Massagen, Kräuterbädern und Sauna gelindert und so rasch als möglich wurden auch körperliche Aktivitäten durchgeführt, namentlich lange Wanderungen. In Einzel- und Gruppengesprächen wurde die bisherige „Drogenkarriere“ aufgearbeitet und eine Zukunftsperspektive erarbeitet, soweit dies in den zuerst drei und später zwei Wochen Aufenthalt in der Entzugsklinik möglich war.

Das Konzept des „Kalten Entzuges“¹⁶ beruht auf der Erfahrung, dass die körperlichen Symptome eines Opiat-Entzuges – namentlich wenn es um den Konsum von Heroin-Gemischen geht, die auf dem Schwarzmarkt erworben wurden und in der Regel nur wenig Wirkstoff enthalten – innert wenigen Tagen weitgehend abgeschlossen sind. Ohne Medikamente entfällt das „Feilschen“ um die weitere Abgabe von Medikamenten, die vor allem auch vor dem psychisch bedingten Unwohlsein abschirmen sollen. Therapeutische Arbeit - die Auseinandersetzung mit sich selbst und mit der weiteren Lebensgestaltung, die einen klaren Kopf voraussetzt - kann entsprechend früher beginnen.

Die Cikade leistete – nach anfänglichen Schwierigkeiten – bis in die frühen 1990er Jahre hervorragende Arbeit. Wenn es dem jeweiligen Team gelang, ein gutes therapeutisches Klima aufzubauen, schlossen nicht nur alle Teilnehmer den Drogenentzug ab, sondern begannen anschliessend auch eine Langzeittherapie – Ergebnisse, die von anderen Entzugseinrichtungen, namentlich psychiatrische Kliniken, kaum je erreicht wurden. Dank dieser guten Resultate waren die politischen Behörden auch lange bereit, die – für eine private Einrichtung¹⁷ – relativ hohen Kosten zu tragen.

16 Der Begriff ist abgeleitet vom englischen „cold turkey“ (kalter Truthahn), da die Betroffenen beim Opiatentzug häufig Kältegefühle und „Hühnerhaut“ entwickeln, ähnlich wie bei einer Grippe-Erkrankung

17 Die Kosten beliefen sich damals auf ca. CHF 600.- pro Tag. Die weit höheren Kosten der Psychiatrischen Klinik Basel-Stadt wurden v.a. mit Forschungstätigkeit begründet.

Führungsstrukturen

In der Cikade, der gleichzeitig aufgebauten Therapeutischen Gemeinschaft Waldruh - wie auch in den später entstandenen Einrichtungen, der Familienplatzierungsstelle „Spektrum“ und den beiden Nachsorge-Einrichtungen „Stadtlärm“ - bestanden von 1981 bis 1998 keine formellen Leitungsstrukturen. Als Geschäftsführer des Trägervereins umfasste meine Verantwortung die Bereiche Finanzen und Personalwesen sowie die übrigen Vereinsgeschäfte. Ich traf mich mit den einzelnen Mitarbeiterteams regelmässig zu Besprechungen der laufenden Geschäfte und brachte die Ergebnisse in die Vorstandssitzungen des Vereins Drogenhilfe bzw. – wenn es um grössere finanzielle Engagements ging – in den Stiftungsrat der C & R: Koechlin-Vischer-Stiftung ein. An jährlichen Treffen berichteten die Teams jeweils dem Vereinsvorstand über den aktuellen Stand ihrer Arbeit und über ggf. geplante Konzeptanpassungen etc. Die Verantwortung für die tägliche Arbeit lag jedoch beim jeweiligen Team selbst, das sich regelmässig zu geleiteten Supervisionssitzungen traf. Bereits bei der Planung der einzelnen Einrichtungen ging die Konzept-Arbeitsgruppe davon aus, dass die Qualität der zu leistenden therapeutischen Arbeit von der Qualifikation jedes einzelnen Mitarbeiters abhängt, weshalb die Trägerschaft auch die fachliche Weiterbildung der Mitarbeiter grosszügig unterstützte und die Kosten der Team-Supervision voll übernahm.

Die Autonomie und konzeptionelle Freiheit der Mitarbeiterteams setzte allerdings auch die Bereitschaft voraus, Verantwortung für das ökonomische Gleichgewicht der jeweiligen Einrichtung zu übernehmen, eine Bedingung, die nicht immer leicht zu vermitteln war. Vor allem bei Konflikten innerhalb der einzelnen Teams zeigte sich jeweils das Bedürfnis nach hierarchischer Leitung. Konnte der Konflikt nicht im Rahmen der Supervisionen gelöst werden, war ich als Geschäftsführer verschiedentlich gezwungen, Kündigungen auszusprechen, um die Arbeitsfähigkeit der Einrichtung wieder herzustellen. In diesem Sinne übernahm ich temporär auch hierarchische Funktionen im Auftrag der Trägerschaft, betrachtete mich jedoch nie als „Leiter“ der einzelnen Einrichtungen.

Diese Struktur geriet in den 1990er Jahren immer mehr ins Wanken. Dafür scheinen mir zwei Faktoren entscheidend gewesen zu sein:

Die Institutionen des Vereins Drogenhilfe wurden vorwiegend von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aufgebaut, die - wie auch ich selbst - ihre berufliche Ausbildung in den 1968er Jahren absolviert hatten oder zumindest vom damaligen Zeitgeist geprägt wurden. Sie stellten hohe Anforderungen in Bezug auf ihre beruflichen Entfaltungsmöglichkeiten und die Freiheit, eigene Ideen zu realisieren, waren auf der anderen Seite aber auch bereit, Verantwortung zu übernehmen und sich mit bescheideneren Arbeitsbedingungen zu begnügen, als sie z.B. in staatlichen Betrieben angeboten wurden. Anfangs der 1990er Jahre setzte ein Generatio-

nenwechsel ein. Neueintretende Mitarbeiter waren an hierarchisch geleitete Strukturen gewohnt und wollten keine persönliche Verantwortung für den konzeptionellen Rahmen ihrer Arbeit übernehmen. Sie waren der Auffassung, es sei Sache der Trägerschaft, die konzeptionellen Rahmenbedingungen vorzugeben. Es kam auch immer häufiger vor, dass Mitarbeiter Forderungen – etwa nach höheren Löhnen oder anderen Verbesserungen der Anstellungsbedingungen – stellten, obwohl in der Einrichtung Defizite entstanden. Auch hier wurde die Meinung vertreten, die Finanzierung der Einrichtung sei allein Sache der Trägerschaft.

Der zweite – und letztlich gewichtigere – Faktor war die sich verändernde Drogenpolitik. Die Bedingungen der Methadon-Substitution wurden immer weiter gelockert und ab 1994 konnte sogar Heroin legal bezogen werden. Die Klientenzahlen in den Behandlungseinrichtungen gingen zurück und das Konzept des kalten Entzuges liess sich nicht mehr weiter aufrechterhalten. Die beiden Trägerschaften Verein Drogenhilfe und AAJ fusionierten 1998 zur Suchthilfe Region Basel und ich wurde als Geschäftsführer des Vereins Drogenhilfe abgelöst.

Scheitern der Vision drogenfreie Therapie

1986 geschahen zwei entscheidende Dinge, deren Auswirkungen erst nach und nach erkannt wurden: Die Entdeckung des HIV-Virus und die Bildung einer offenen Drogenszene in Zürich. Beides führte zu einer ganz neuen Haltung gegenüber dem Drogenproblem: Anfangs der 1970er Jahre lagen die Prioritäten beim Schutz der Jugend vor den Gefahren des Drogenkonsums. Sehr rasch engagierte sich auch die Invalidenhilfe, ohne deren tatkräftige finanzielle Unterstützung durch Investitions- und Betriebsbeiträge der Aufbau von therapeutischen Institutionen für Drogenabhängige kaum möglich gewesen wäre. Dabei ging es darum, Jugendliche und junge Erwachsene möglichst rasch in einen therapeutischen Prozess einzubinden, um eine längerfristig drohende Arbeitsunfähigkeit und Invalidisierung zu verhindern.

Diese Sichtweise geriet anfangs der 1990er Jahre immer mehr in den Hintergrund. Priorität hatte nunmehr der Schutz der Gesellschaft vor den Gefahren einer sich epidemisch ausbreitenden tödlichen Krankheit und die Wiederherstellung von Ruhe und Ordnung im öffentlichen Raum. Ging es in den 1970er und 1980er Jahren noch darum, die Verfügbarkeit von illegalen Drogen mit polizeilichen Mitteln und abschreckenden Strafen möglichst einzuschränken, wurde nun eine möglichst gute Verfügbarkeit von Injektionsmaterial, aber auch von Methadon und bereits ab 1993 von Heroin gefordert, um die offene Drogenszene unter Kontrolle zu bringen und die Gefahr von weiteren HIV-Infektionen möglichst zu bannen. Auch die Kostenträger - die Kantone als Subventionsgeber, die Sozialhilfebehörden und das Bundesamt für Sozialversicherung – begannen damit, die Prioritäten neu zu definieren: Die Ta-

geskosten der Cikade wurden als zu hoch qualifiziert, die gruppenweisen Entzüge als zu aufwendig, weil Abbrecher nicht ohne weiteres ersetzt werden konnten; auch die Tageskosten der therapeutischen Einrichtungen wurden vermehrt kritisiert und seitens der Kantone wurde versucht, die Kosteneffizienz mit bürokratischen Kontrollinstrumenten zu steigern.

Schliesslich zog sich auch die Invalidenversicherung weitgehend aus der Finanzierung der Drogenhilfe zurück. Therapeutische Gemeinschaften erhielten keine Betriebsbeiträge und auch keine Investitionsbeiträge mehr. Die teilstationären Einrichtungen wie Familienplatzierungen und Nachsorge-Einrichtungen mussten sich zu einer Dachorganisation zusammenschliessen, um weiterhin in den Genuss von Betriebsbeiträgen zu kommen¹⁸. Gleichzeitig wurden beträchtliche finanzielle Mittel zum Betrieb von Gassenzimmern, Substitutionsprogrammen, Heroinabgaben und weitere ambulante Angebote eingesetzt, deren Ziel nicht mehr die Überwindung der Sucht, sondern die Reduktion der Auswirkungen fortgesetzten Drogenkonsums auf die Konsumenten selbst sowie vor allem auch für die Gesellschaft war.

Die Auswirkungen der neuen Drogenpolitik zeigten sich Mitte der 1990er Jahre in der Entzugsklinik Cikade sehr deutlich: Wenn schon ein Drogenentzug durchzuführen war, dann erwarteten die Süchtigen eine medikamentöse Abschirmung, die ihnen die unangenehmen Entzugssymptome ersparten. Die Entzüge wurden auch schwieriger, da mit der Lockerung der Methadon-Abgabe und später der kontrollierten Heroinabgabe die Verfügbarkeit von Opiaten stark zunahm. Damit stiegen auch die regelmässig zugeführten Dosen an reinem Wirkstoff und damit die körperliche Abhängigkeit bzw. die Entzugserscheinungen nahmen zu. Die Anzahl jener Drogenkonsumenten, die einen „kalten“ Entzug auf sich nehmen wollten, gingen zurück. Der Druck stieg, den gruppenweisen Entzug aufzugeben und auch in der CIKA-DE medikamentös begleitete Entzüge durchzuführen, um die Einrichtung vor dem Untergang zu bewahren.

Aber auch bei den stationären Einrichtungen der Suchthilfe waren die Auswirkungen dramatisch: War in der Zeit von 1979 bis 1996 das Angebot an stationären Plätzen der Suchttherapie von 250 auf 1'750 Plätze erweitert, so verschwanden von 1997 bis 2004 468 Plätze wieder. Zwischen 1999 und 2011 kam es zu insgesamt 59 Betriebsschliessungen¹⁹. In der Region Basel waren dies die „Kleine Marchmatt“, der „Gatternweg“, die „Obere Au“ und die „Waldruh“ mit insgesamt rund 40 Therapieplätzen.

¹⁸ Die Mitte der 1990er Jahre gegründete Dachorganisation wurde art74 genannt, da Art. 74 des Bundesgesetzes über die Invalidenhilfe die Gewährung von Beiträgen an Dachorganisationen der privaten Invalidenhilfe regelt.

¹⁹ Gehrig, Künzi, Stettler: Finanzierung der stationären Suchthilfe, Bericht an das Bundesamt für Gesundheit, 22. März 2012

Schlussbetrachtungen

Die aktuelle Drogenpolitik wird von ihren Protagonisten als „Erfolgsgeschichte“ gefeiert. Tatsächlich ist die offene Drogenszene mit all ihren negativen Auswirkungen aus der öffentlichen Wahrnehmung verschwunden, der Gesundheitszustand der Süchtigen hat sich verbessert und die Todesfälle durch Opioid-Überdosierungen sind zurückgegangen. Dabei werden allerdings die negativen Konsequenzen dieser Politik meist ausgeblendet:

Ein Opiat-Abhängiger, der seinen Stoff regelmässig erhält, ist kaum zu motivieren, ein drogenfreies Leben zu führen. Die Anzahl an Konsumenten, die eine Langzeit-Therapie beginnen und ihr Leben wirklich verändern wollen, ist stark zurückgegangen. Und gelingt es doch noch, einen Süchtigen für eine Therapie zu motivieren, ist es äusserst schwierig, eine geeignete Therapie-Einrichtung zu finden, da die meisten der bis in die 1990er Jahre aufgebauten Institutionen inzwischen wieder geschlossen wurden oder sich auch für weiterhin Konsumierende geöffnet haben. Für die Behandlung stehen nur noch wenige wirklich drogenfreie Institutionen zur Verfügung und das Spektrum ist entsprechend eingeschränkt.

Damit hat die Anzahl der Süchtigen ohne jegliche Perspektive einer suchtfreien Lebensbewältigung zugenommen. Der Konsum von Opiaten scheint in den letzten Jahren zwar eher abgenommen zu haben, nicht aber das Suchtproblem als solches: Neben Cannabis, das bei gehäuften Konsum keineswegs harmlos ist, haben sich vor allem Kokain und in der Folge andere Stimulanzien stark ausgebreitet. Für Süchtige steht ein umfangreiches Spektrum an ambulanten und halbstationären Einrichtungen zur Verfügung, die ihnen vor allem das Leben erleichtern: Injektionsräume, Inhalationsräume, Gassenküche, mehr oder weniger betreute Wohnangebote und Tagesstrukturen etc. Die offene Drogenszene ist damit zwar kanalisiert und „domestiziert“; gleichzeitig haben aber die Chancen von Süchtigen, ein drogenfreies, erfülltes Leben führen zu können, abgenommen.

Auch die finanzielle Belastung der Gesellschaft ist nicht geringer geworden, im Gegenteil: Von der öffentlichen Hand, Stiftungen oder durch private Spenden finanzierte Hilfsangebote für die Betreuung Süchtiger haben ihren Preis. Hinzu kommt die Belastung der öffentlichen Sozialhilfe und der Invalidenversicherung durch arbeitsunfähig gewordene Süchtige, die während Jahren oder gar Jahrzehnten Unterstützungsleistungen oder eine Rente und Ergänzungsleistungen beziehen.

Es besteht sicher kein Anlass, aktuell von einer „Erfolgsgeschichte“ zu sprechen. Die Chronifizierung der Sucht, wie sie durch die aktuelle Drogenpolitik eher gefördert als aktiv bekämpft wird, hat nicht nur die Beeinträchtigung oder gar die Zerstörung des Lebens der Betroffenen zur Folge, sondern ist auch mit hohen Folgekosten für die Betreuung und den Lebensunterhalt wirtschaftlich abhängiger Personen verbunden. Die zwischen 1970 und 1996 aufgebau-

ten Suchthilfe-Institutionen bzw. deren Behandlungskonzepte mögen zwar heute als nicht mehr zeitgemäss erscheinen; mit ihrem Verschwinden ist aber auch sehr viel Fachwissen der Suchttherapie verloren gegangen und ich befürchte, dass bei den Mitarbeitern der die Süchtigen unterstützenden Institutionen in Bezug auf die Zukunft ihrer Klienten eher Perspektivlosigkeit oder Resignation überwiegen, so dass überzeugte und überzeugende Motivationsarbeit kaum möglich ist.