

# akut

Informationsmagazin DIE ALTERNATIVE  
Verein für umfassende Suchttherapie

## Stationäre Suchthilfe





Wir begleiten unsere Klienten und Klientinnen nach arbeitsagogischen Grundlagen und fördern ihre persönlichen, sozialen und beruflichen Kompetenzen.

Nutzen Sie unsere vielfältigen Dienstleistungen

- für das Catering bei Ihrem nächsten Fest
- für individuelle Schreiner-, Maler-, Metall- und Textilarbeiten
- für professionelle Mailings, Karten und kreative Werbegeschenke
- kaufen Sie handgefertigte Produkte in unserem Geschenkladen in Ottenbach oder in unserem Online-Shop auf [www.diealternative.ch](http://www.diealternative.ch)

Besuchen Sie unsere Webseite für mehr Informationen.

#### Impressum

akut 29/2015  
Informationsmagazin DIE ALTERNATIVE,  
Verein für umfassende Suchttherapie

Auflage  
7'000

Redaktion  
Stephan Germundson  
Barbara Meister  
Noëlle Spuhler  
Richard Wurz

Layout  
Christine Grünenfelder

Fotos  
Kilian Kessler  
Fotoprojekt Hände & Portraits  
Seraina Grünenfelder

Druck  
Albis-Offsetdruck  
mit eigenem Solarstrom

## Inhalt

### Editorial

02

*Barbara Meister, Präsidentin Verein DIE ALTERNATIVE bis September 2015*

### 30 Jahre Suchthilfe

03 - 10

*Abschiedsinterview mit Barbara Kilchenmann*

*Stephan Germundson, Gesamtleiter DIE ALTERNATIVE*

### Veränderung der Klientel – Herausforderungen für die Praxis

11 - 15

*Susanne Schaaf, Forschungsleiterin ISGF*

*Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung*

### Weihnachtsgeschenke aus den ALTERNATIVE-Werkstätten

16 - 17

### Du! Wer bist du? Woher kommst du? Wohin gehst du?

18 - 22

*Aspekte zur Entwicklung der Klientenprofile*

*Stephan Germundson, Gesamtleiter DIE ALTERNATIVE*

### Von goldigen und rostigen Geldhähnen

23 - 29

*Gedanken zur Finanzierung der stationären Suchthilfe*

*Stephan Germundson, Gesamtleiter DIE ALTERNATIVE*

## 02 Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser

Sowas die Tage und Nächte um die Weihnachtszeit kälter werden, erleben wir das Klima rund um unsere Arbeit. Der stationären Suchttherapie weht ein kalter Wind entgegen. Der Sommer fand vor vielen Jahren statt, in dem Professionalität und Fachlichkeit massgebend waren und nicht der Spardruck. Vieles hat sich verändert: Die Finanzen sind knapp, kostengünstigere ambulante Angebote werden vorgezogen und therapiewilligen Menschen wird für stationäre Aufenthalte kaum Zeit gegeben, wieder Fuss zu fassen. Die meisten Klientinnen und Klienten bringen bei ihrem Eintritt nicht nur Suchtprobleme mit, sondern auch eine psychische Erkrankung, Arbeitslosigkeit und Verschuldung. Im Abschiedsinterview von Barbara Kilchenmann, unserer langjährigen und überaus geschätzten Bereichsleitung Therapie, können Sie miterleben, wie über all die Jahre die Veränderungen der Suchthilfelandchaft zur Herausforderung geworden sind. Nie hat Barbara Kilchenmann dabei vergessen, dass es um hilfeschuchende Menschen geht, um Kinder und ihre Bedürfnisse. Trotz Finanzdruck und ständigen Anpassungen an neue Situationen wie z.B. der Überführung der abstinenzorientierten zur entwicklungsorientierten Arbeit, hat Barbara unermüdlich an ihrer Überzeugung festgehalten: dass eine Gesellschaft an dem gemessen werden muss, wie es den Schwächsten geht. Für

dies ist sie ihr ganzes Berufsleben lang eingestanden. Wir danken ihr von Herzen dafür.

Susanne Schaaf, Forschungsleiterin des ISGF (Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung), zeichnet differenziert die Veränderungen der letzten zehn Jahre in der stationären Arbeit auf. Die Erkenntnisse aus der Forschung ergeben ein klares Bild, wo die Herausforderungen in Zukunft liegen. Ebenso, dass die Wirksamkeit der stationären Arbeit erwiesen ist, wenn die finanziellen Vorgaben zukünftig die Erkenntnisse der Forschung und deren Umsetzung in die Praxis nicht unterlaufen. Im Vergleich zu den Forschungsergebnissen der gesamtschweizerischen stationären Einrichtungen zeigt Stephan Germundson auf, wer unsere Klientinnen und Klienten im Ulmenhof sind, woher sie kommen und wohin sie gehen.

Zu guter Letzt können Sie sich über die Entwicklungen informieren, die in den letzten Jahrzehnten zu den finanziellen Engpässen stationärer Einrichtungen geführt haben. Der Frühling ist noch nicht in Sicht. Aber vielleicht ein stiller Hauch von Hoffnung in der Wärme und dem Licht der Weihnachtskerzen. ■

## 03 30 Jahre Suchthilfe

Abschiedsinterview mit Barbara Kilchenmann



*Barbara Kilchenmann ... D'Barbara vo Bärn. Ein untrennbares Duo, wie nach einem kurzen Wortwechsel jeder Person klar wird. 1952 in der Bundeshauptstadt in die Welt geworfen, gehörte sie zum Kern des 3000-Seelen Dorfes Schüpfen, an der Grenze zwischen Mittelland und Seeland. Die Primar- und Sekundarschule im beschaulichen Bauerndorf, 1968 dann die grosse Öffnung zur Welt hin: in Biel das vierjährige Lehrerseminar, gefolgt von neun Jahren Berufstätigkeit im Bildungsbereich. 1981 der Beginn der dreijährigen Ausbildung in Sozialarbeit in Bern. Nach einigen Jahren in der Frauenvollzugsanstalt HINDELBANK der Einstieg in die Suchthilfe im Jahr 1987. Fünf Jahre die Kombination von Bildung und Sozialarbeit in der Stiftung CONTACT. Jugendliche und*

*junge Erwachsene mit Drogenproblemen. Von 1993 an weitere vier Jahre mit suchtbetroffenen Menschen, diesmal über den Verein PLUS. Zu gewisser Zeit in der Wildnis von Kanada, dann wieder auf der Landstation in der Schweiz – Mulin GR und Vogelsang TG. Intermezzi auch in der CIKADE in Basel und im KODA in Bern. Dann 1998 in den Kanton Zürich zur ALTERNATIVE als Mitarbeiterin und etwas später Bereichsleiterin der stationären Drogentherapie ULMENHOF. Zunächst nur tagsüber, schliesslich dann im Jahr 2000 der Liebe wegen – wie könnte es auch anders sein – der Umzug in die Stadt Zürich. Die Pensionierung steht vor der Tür. Noch einmal Rückschau halten. Integrieren. Weitergeben. Bärn ruft. Barbara ist noch hier. Wir freuen uns auf die letzten Monate.*

### Diese Weisheiten haben Barbara Kilchenmann geleitet:

1. Beachte, dass große Liebe und großer Erfolg immer mit großem Risiko verbunden sind.
2. Wenn du verlierst, verliere nie die Lektion.
3. Habe stets Respekt vor dir selbst, Respekt vor anderen, und übernimm Verantwortung für deine Taten.
4. Bedenke: Nicht zu bekommen, was man will, ist manchmal ein großer Glücksfall.
5. Lerne die Regeln, damit du sie richtig brechen kannst.
6. Lasse niemals einen kleinen Disput eine große Freundschaft zerstören.
7. Wenn du feststellst, dass du einen Fehler begangen hast, ergreife sofort Maßnahmen, um ihn wieder gut zu machen.
8. Verbringe jeden Tag einige Zeit allein. Öffne der Veränderung deine Arme, aber verliere dabei deine Werte nicht aus den Augen.
9. Bedenke, dass Schweigen manchmal die beste Antwort ist.
10. Lebe ein gutes, ehrbares Leben.
11. Wenn du älter bist und zurückdenkst, wirst du es noch einmal genießen können.
12. Eine liebevolle Atmosphäre in deinem Heim ist das Fundament für dein Leben.
13. In Auseinandersetzungen mit deinen Lieben sprich nur über die aktuelle Situation.
14. Lasse die Vergangenheit ruhen.
15. Teile dein Wissen mit anderen. Dies ist eine gute Möglichkeit, Unsterblichkeit zu erlangen.
16. Gehe sorgsam mit der Erde um.
17. Begib dich einmal im Jahr an einen Ort, an dem du noch nie gewesen bist.
18. Bedenke, dass die beste Beziehung die ist, in der jeder Partner den anderen mehr liebt als braucht.
19. Miss deinen Erfolg daran, was du für ihn aufgeben musstest.
20. Widme dich der Liebe und dem Kochen mit ganzem Herzen.

*Dalai Lama*

Du bist 1987 über das CONTACT in Bern in die Suchtarbeit eingestiegen. Was hat dich dazu bewogen? Wie erging es dir in der Arbeit mit suchtbetroffenen Menschen? Eigentlich bin ich an der vorhergehenden Arbeitsstelle in der Sonderabteilung «Behandlungsvollzug» der Frauenstrafanstalt Hindelbank in die Suchtarbeit eingestiegen. Hier zeigte sich im Team, dass ich diejenige war mit dem «besten Draht» zu Frauen mit Suchterkrankungen. Die Form der totalen Institution, Strafe - beides waren für mich keine Behandlungs- und Lösungsansätze. Dies führte mich dann in die Stiftung Contact, in der ich in der Kombination von Bildung und Sozialarbeit Jugendliche und junge Erwachsene mit Drogenproblemen unterstützte.

Fünf Jahre später dann der Wechsel zum Verein PLUS, wo du vier Jahre lang auf der Landstation reintegrativ und auf einem Trek in der Wildnis erlebnispädagogisch gewirkt hast. Der Verein hat vor vielen Jahren seine Tore geschlossen. Bedauerst du dies? Besteht da eine Angebotslücke? Ja, ich bedauere dies. «Big Trail» hiess das Projekt, in dem ich draussen in der Wildnis mitarbeitete: 9 Jugendliche, ein Team. 6 Monate eine Reise zu sich und zu andern, erleben, was es heisst, auf sich zurückgeworfen zu sein, erfahren, was Gemeinschaft bedeutet, die Natur, die Wildnis spüren ohne mannigfaltige Ablenkungen der Zivilisation. Vertrauen in sich, in seine Fähigkeiten auf eine grundlegende Weise entdecken, lernen, aufbauen. Die grosse Herausforderung lag dann aber im Transfer, die Selbsterkenntnisse in den Alltag mit-

zunehmen, zu integrieren und darauf weiterzubauen. Ja, es besteht da heute eine Angebotslücke. Es muss nicht 6 Monate Kanada oder die Wüste sein. Erlebnispädagogische Elemente müssen jedoch aus meiner Sicht gerade in der Drogenarbeit zur Stärkung des Selbstbezuges, des Körpergefühls und der Kreativität unbedingt ihren Stellenwert behalten.

1998 der Einstieg im ULMENHOF als Bereichsleitung stationäre Drogentherapie. Wie unterscheiden sich Klientel und Auftrag von damals zu heute?

1998 stieg ich als Mitarbeiterin im Team im Ulmenhof ein, die Bereichsleitung folgte etwas später und bis ins Jahr 2011 in der Form einer Co-Leitung, Othmar Rist und ich. Grundsätzlich würde ich sagen, dass die Klientel aus meiner Anfangszeit im Vergleich zu heute mehrheitlich über mehr Ressourcen verfügte und die Gesellschaft der Drogenproblematik zugewandter war. Der Auftrag war ausstiegsorientiert, abstinenzorientiert, das Ziel die Integration in den 1. Arbeitsmarkt, die Rückkehr in ein stabiles soziales Netz und wenn immer möglich in eine eigene Wohnung. Diese Ziele sind für einen grösseren Teil der heutigen Klientel in einem deutlich verschlechterten gesellschaftlichen Umfeld weit schwieriger zu realisieren als damals.

Wird heute mit denselben Methoden gearbeitet? Welches sind die Kernelemente einer stationären Drogentherapie heute? Grundsätzlich arbeiten wir nach wie vor mit den vier Sozialisationsfeldern «Primärgruppe – Arbeit – Bildung – Freizeit». In

meiner Anfangszeit war Gruppenarbeit das Credo, um ein Einzelgespräch führen zu dürfen, brauchte es einen Antrag bei der damaligen Bereichsleitung. Heute sind Einzelgespräche ein ganz wesentliches Element unserer täglichen Arbeit. Die Primärgruppen-Sozialisation in den Wohngruppen ist weiterhin ein zentrales Wirkelement für die Behandlung sowie spezifische Gruppengefäße (Therapiegruppen zu Sucht, Genderthematik etc.) und die externe Psychotherapie. Medikamente waren damals verpönt – der Medischrank klein und unscheinbar. Heute gehören Medizin und Psychiatrie zur Behandlung. Unverändert sind die Werte des Vereins, gleichgeblieben ist die Arbeit von Menschen mit Menschen und das gemeinsame Ringen und Suchen nach neuen Wegen und neuen Lebensentwürfen.

**Welche Rolle spielen heute salutogenetische Konzepte, die sich an den Ressourcen und Kompetenzen orientieren?**

Grundsätzlich finde ich es äusserst wichtig, sich an vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen zu orientieren, danach zu suchen, sie wieder zu entdecken, zu stärken, aufzubauen, für neue Einsichten und Erkenntnisse zu motivieren, alternative Strategien zu lernen etc. Gleichzeitig finde ich es wesentlich, genau hinzusehen und Entwicklungsthemen deutlich zu benennen und aufzuzeigen – gerade, wenn es um Elternkompetenzen und Kinderschutz geht.

**Seit rund 15 Jahren mischen die stationären Drogentherapien substituierte mit abstinenten Personen? Funktioniert dies?**

**Ist dies für die Abstinenten nicht heikel? Und kann eine Drogentherapie als erfolgreich abgeschlossen betrachtet werden, wenn jemand substituiert austritt?**

Mit dieser Arbeit haben wir im Jahr 2000 begonnen. Das Explosive an dieser Mischung war zu allererst die Teamdynamik. Das Umdenken weg von der ausstiegsorientierten hin zur entwicklungsorientierten Drogentherapie brauchte auch in unseren Köpfen Zeit. Die Klientengruppe zeigte sich von Anfang an fähig, mit diesem Spannungsfeld und den unterschiedlichen, individuellen Wegen umzugehen. Die Abstinenten wollten nicht plötzlich auch Methadon, einige Substituierte hatten Vorbilder vor Ort, die es «ohne» schafften. Heute ist es oft noch so, dass KlientInnen das Ziel der Abstinenz unbedingt umsetzen wollen und es kann ein schmerzhafter Prozess sein, dies aktuell nicht erreichen zu können. JA, ganz klar, eine Drogentherapie kann als erfolgreich abgeschlossen betrachtet werden, wenn jemand substituiert austritt. Es geht um Re-Integration in die Gesellschaft, um Teilsein in dieser Gesellschaft. Kompetenter Umgang mit Rauschmitteln und Konsumgütern ist ein Thema für alle von uns – und die Form sollen wir autonom bestimmen können.

**In den neunziger Jahren erschien die stationäre Drogentherapie vielen noch als Königsweg des Suchtausstiegs. In den letzten Jahren scheint die Medizin den Lead in der Suchthilfe im Bereich Überlebenshilfe und teilweise auch in der Therapie übernommen zu haben. Wie ist es dazu gekommen? Was waren die Beweg-**



**gründe? Wie beurteilst du die heutige Rolle der Medizin und der Psychiatrie in der Suchthilfe? Welche Form der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (sprich: Interdisziplinarität) tut Not?**

Auch heute gibt es noch Betroffene, für die der Suchtausstieg nach wie vor der Königsweg ist. Durch die verschlechterte Ressourcenlage der Klientel (Komorbidität) und die Substitutionsbehandlung wurden die Medizin und die Psychiatrie für uns wesentliche Behandlungselemente. Die Zusammenarbeit mit der Dorfpraxis Ottenbach besteht, seit ich im Ulmenhof arbeite. Diese hat sich in den letzten Jahren erheblich intensiviert. Die Einrichtung einer psychiatrischen Sprechstunde und Behandlung musste manche (auch ideologische) Hürde nehmen, ist jedoch heute nicht mehr wegzudenken. Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen muss von Offenheit

und Respekt geprägt sein – Konkurrenzdenken geht auf Kosten der Klientel.

**Anfang der Nullerjahre startete das BAG die Kampagne zum Suchtausstieg mit der Botschaft, dass fast alle diesen schaffen. Nur die Geschwindigkeit sei unterschiedlich. Stattdessen ist heute immer wieder von der chronischen Suchterkrankung zu hören. Die Zuversicht von einst scheint einem Pessimismus gewichen zu sein. Was meinst du, ist Sucht heilbar? Und wozu braucht es heute noch Drogentherapien? Was bedeutet in diesem Zusammenhang Heilung? Definieren das Betroffene, Helfer, Versorger oder die Gesellschaft schlechthin? Es würde niemandem einfallen, einen medizinischen Eingriff in Frage zu stellen, wenn der Patient nach der Behandlung nicht ganz geheilt wäre. Bei der Suchterkrankung schon. Der Krankheitsbegriff ist**



für mich in diesem Zusammenhang nicht über alle Zweifel erhaben. Oft verbindet sich damit ein Verständnis von Verantwortungsabgabe an Spezialisten. Um Heilung zu erfahren, geht es um einen Prozess, es geht darum, individuelle Autonomie, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung zurückzugewinnen, Ressourcen wieder zu erkennen, zu entwickeln und zu nutzen. Und dazu braucht es entwicklungsorientierte Drogentherapien, einen geschützten Rahmen und professionelle Hilfe.

**Blicken wir mal über den Tellerrand hinaus. Mit welchen Vorurteilen, Bildern und Hindernissen sind suchtkranke Menschen heute konfrontiert? Wie hat sich das im Laufe der letzten Jahre verändert?**

Während meiner Zeit in der Soz war Drogenarbeit «IN»! Es war das Thema schlechthin. Geld floss in Strömen. Heute ist es ein Randgruppenthema wie andere. Randgruppen stehen mehr denn je am Rand. Das Boot ist voller. Schlagwörter wie «Just say NO» lassen auch jeden Raucher zusammensucken. Das veränderte sozialpolitische Umfeld brauche ich hier nicht nochmals zu erwähnen.

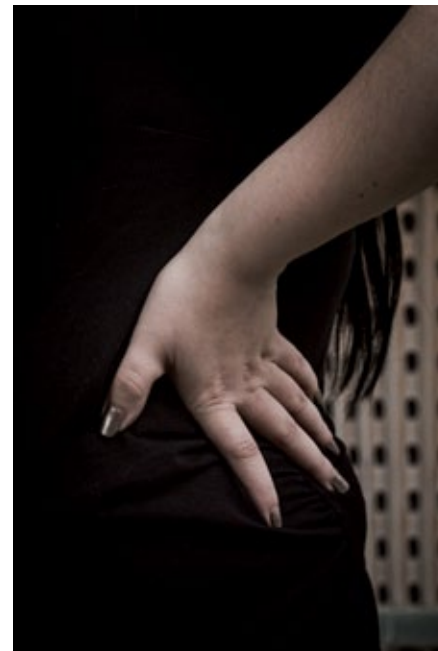
**Was können Suchtkranke der Gesellschaft geben?**

Der Aufbruch der 68er-Generation basierte auf der Hoffnung nach tiefgreifender Veränderung. Vieles wurde in Bewegung gesetzt. Geblieben sind die Sehnsucht und die Suche nach Heilung, die Erfahrung mit veränderten Bewusstseinszuständen. Sucht ist ein universelles Phänomen. Darauf werden wir von suchterkrankten Menschen



immer wieder verwiesen. Sie zwingen uns persönlich und die Gesellschaft zur Auseinandersetzung mit unserem Bedürfnis nach Rauscherfahrungen, mit unserem Drang, an und über Grenzen zu gehen und mit den damit verbundenen Chancen und Risiken. Und dies gilt für sämtliche Lebensbereiche, sei es im Umgang mit Substanzen wie Nikotin oder Alkohol oder auf der Verhaltensebene, beispielsweise bezüglich Arbeit, Geld, Spiel, Internet, Essen oder anderem mehr.

**Was brauchen sie, damit sie ihren Platz in der Gesellschaft wahrnehmen können? Vom Suchthilfesystem, von den Medien, den Politikern, den Arbeitgebenden, den VermieterInnen, den Vereinen, den Menschen auf der Strasse und anderen wichtigen Anspruchsgruppen?**



Respekt, Achtung und Wertschätzung. Und Kinder suchtbetroffener Eltern brauchen zusätzlich eine Lobby und Schutz!

**Wie hast du es geschafft, der Suchthilfe fast drei Dekaden lang die Stange zu halten? Viele brennen doch aus?**

Im ULMENHOF waren die Kinder immer meine stärkste Motivation. Die Arbeit war stets packend, es gab immer wieder neue Herausforderungen, manchmal auch Überforderungen. Ich bin vielen interessierten, sensiblen und spannenden Menschen begegnet, die mir viel gegeben haben: KlientInnen, TeamerInnen, KollegInnen, SupervisorInnen, AusbilderInnen und auch Vorgesetzte. Als Ausgleich war mir eine sinnerfüllte Freizeitgestaltung sehr zentral, sei dies mittels sozialer Beziehungen im

Rahmen einer Partnerschaft, in der Herkunftsfamilie, mit Freundinnen und Freunden oder auch Natur, Reisen, Hobbys. Und manchmal einfach sein und abhängen und nix denken und nix tun.

**Hat es sich gelohnt? Hast du eine Botschaft?**

Ich bin der festen Überzeugung, dass eine Gesellschaft an dem gemessen werden muss, wie es den Schwächsten geht. Für diese habe ich mich eingesetzt und gearbeitet. Und dafür hat es sich gelohnt.

**Welches Erlebnis in der Suchthilfe hat dich am meisten geprägt?**

Der Aufbruch der 68er-Bewegung, die Hoffnung, die Ernüchterung und die Folgen, Plätze wie der Letten und der Kocherpark, etwas tun: die Mitarbeit im ersten Fixerstübli in Bern, suchtbetroffene Menschen und deren Schicksale.

**Welches am meisten schockiert?**

Immer wieder erschreckt hat mich, wie nah der Konsum am Tod ist, wie mächtig Selbstzerstörung und wie klein Selbstliebe sein kann und wie schwierig es ist, systemische Wiederholungen über Generationen hinweg zu durchbrechen.

**Welches am tiefsten berührt?**

Immer wieder tief berührt und mit Trauer erfüllt haben mich unvermeidbare Mutter – Kind Trennungen. Die Verzweiflung der Mutter, ihr eigenes, schwer verletztes inneres Kind, ihr Scheitern im Bestreben, aktuell «Mutter» zu sein und der unglaubliche Schmerz, das eigene Kind abgeben zu müssen, es zu verlieren. Ebenso tief

## Veränderung der Klientel – Herausforderungen für die Praxis

Nachlese zur Oltener Tagung des Schweizerischen Dachverbandes stationäre Suchttherapie SDSS am 19. Juni 2015

Den sozialtherapeutischen stationären Suchttherapieeinrichtungen bläst ein rauer Wind entgegen. Trotz guter Arbeit kämpfen viele Einrichtungen derzeit mit Belegungsproblemen. Insbesondere für kleinere Institutionen führen bereits wenige leere Betten zu einem finanziellen Problem. Stationäre Einrichtungen sind daher gefordert, eine Standortbestimmung durchzuführen und sich aktiv mit den Herausforderungen künftiger Entwicklungen auseinanderzusetzen. Dies nahm der SDSS zum Anlass, eine Tagung zur Veränderung der Klientel in stationärer Suchttherapie und den Herausforderungen für die stationäre Suchttherapie zu organisieren.

### Stationäre Suchttherapie heute

Zur Bedeutung stationärer Suchttherapie sei in Erinnerung gerufen: Stationäre Suchttherapie ist zusammen mit Substitutionsbehandlung eine der tragenden Säulen der 4-Säulen-Politik des Bundes. In der Nationalen Strategie Sucht 2017-2024 wird zum Handlungsfeld «Therapie und Beratung» folgende Zielsetzung festgehalten: «Angestrebt wird ein nachhaltiger Ausstieg aus der Sucht oder ein kontrollierter Konsum damit. Dazu gehören nicht

nur Förderung und Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Gesundheit, sondern auch die soziale Integration der Betroffenen».\* Eine Stichtagserhebung am 30. September 2014 von act-info zur aktuellen Inanspruchnahme von Suchthilfe ergab folgende Zahlen (in den Bereichen ambulante Suchthilfe und Substitutionsbehandlung mit Methadon u.a. liegen aufgrund des unvollständigen Rücklaufes nur geschätzte Angaben vor - HeGeBe nicht berücksichtigt): Rund 24'500 Personen befanden sich zum Erhebungszeitpunkt in ambulanter Suchtberatung und -behandlung, rund 17'000 in einem Substitutionsprogramm (vornehmlich Methadon, Buprenorphin), 1'382 Personen in Heroingestützten Programmen, 715 Personen in stationärer Suchttherapie (Drogen) und 556 Personen in stationärer Suchttherapie (Alkohol).\*\* Nur 2% der KlientInnen in Suchthilfe befanden sich in stationärer Suchttherapie (illegale Drogen) es handelt sich also um ein vergleichsweise kleines Angebotsfeld für eine bestimmte Zielgruppe.

### Veränderungen der Klientel in stationärer Suchttherapie 2004-2014

In den letzten 10 Jahren hat sich die Klientel in den FOS-Einrichtungen (Forschungs-

berührt haben mich Menschen, die es geschafft haben, ihr Leben so zu gestalten, wie es für sie stimmt, die es schafften, ihr Ziel zu erreichen.

### Was ist sonst noch zu sagen?

Ein ganz grosses Dankeschön! Für alles, was ich hier lernen konnte, geschenkt bekommen habe, für all die Begegnungen, Beziehungen, Seilschaften, für all die Herausforderungen, für all die Freude, die Begeisterung, den Frust und den Ärger. In Pension zu gehen ist für mich seltsam. Der Abschied von «meinem» ULMENHOF tut auch weh. Ich gehöre zu den Glücklichen, die sagen können: für mich war es eindeutig weit mehr als «Arbeit»! Ich wünsche EUCH ALLEN von ganzem Herzen gutes Gelingen, viel Kraft, Ausdauer, Kampfgeist und eine ganz gehörige Portion Humor. ■



verbund stationäre Suchttherapie) in verschiedener Hinsicht verändert. Ausgewählte Aspekte seien hier genannt:

**Weniger Opiate:** Opiate sind immer noch die häufigste Hauptproblemsubstanz bei KlientInnen, die eine stationäre Suchttherapie beginnen, jedoch hat der Anteil von 47% (2004) auf 35% (2014) sukzessive abgenommen. Der Anteil KokainklientInnen in FOS-Einrichtungen hat nur leicht abgenommen und bewegt sich zwischen 25% und 28%. Zunehmend werden immer häufiger andere Substanzen als Hauptproblem genannt: Für 13% der KlientInnen war Cannabis das Hauptproblem. Bei 49% der KlientInnen (2014) liegt eine Störung durch multiplen Substanzkonsum gemäss ICD-10 vor (Politoxikomanie).

**Therapieerfahrung:** Über all die Jahre verfügen rund 90% der eintretenden KlientInnen über Therapieerfahrung in der Suchthilfe. Rund 60% haben bereits eine stationäre Therapie durchlaufen. Das Mehr an Behandlungserfahrung verweist auf eine stärkere Problembelastung. Diese wiederum auf einen höheren Behandlungsbedarf. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass ein kumulativer Effekt von Behandlungsepisoden in Richtung positivem Outcome besteht. Diese Ergebnisse kontrastieren das Bild der «Drehtür-Behandlung».

**Kürzere Aufenthaltsdauer:** Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei FOS-KlientInnen hat sich seit 2007 auf eine Dauer von 250 bis 270 Tage eingependelt.

KlientInnen mit regulärem Therapieabschluss bleiben erwartungsgemäss länger in Behandlung, zwischen 450 und 470 Tage, Tendenz abnehmend.

**Soziale Marginalisierung:** Auffällig ist der markante Anstieg von KlientInnen, die bei Therapie arbeitslos sind (berentet, ohne Aussicht auf Arbeit): von 44% (2010) auf 52% (2014). 40-45% der KlientInnen leben hauptsächlich von der Sozialhilfe, ebenfalls 40-45% der KlientInnen verfügen über keinen oder nur über einen obligatorischen Schulabschluss. Hinzu kommen noch Verschuldung und Verurteilungen.

**Schlechte Arbeitssituation:** Ein Vergleich der Arbeitssituation bei Eintritt und bei Therapieaustritt zeigt: Immer mehr KlientInnen treten mit bescheidenen Bildungs- und Arbeitsressourcen in eine Behandlung ein und ohne wesentliche Veränderung in diesem Bereich wieder aus, Tendenz steigend von 34% (2007) auf 45% (2014). Natürlich gibt es auch einen namhaften Anteil Personen, die ihre Arbeitssituation auf hohem Niveau beibehalten konnten oder (starke) Verbesserungen erzielt haben (40- 50%). Dennoch stellt sich für die andere Klientengruppe die Frage, ob das übergeordnete Ziel der Arbeitsintegration noch weiter aufrechterhalten werden kann.

**Good news:** Wirksamkeit stationärer Suchttherapie: Eine Metaanalyse zur «Wirksamkeit stationärer Suchttherapie» von Vanderplasschen und seinem Team (2014) belegt die Evidenz für die Wirksamkeit stationärer Therapie bezüglich



Konsumverhalten/Abstinenz, längerer drogenfreier Perioden, Kriminalität und verbesserter Lebensqualität. Einige Studien belegen die Wirksamkeit bezüglich Arbeitssituation, sozialer Fähigkeiten und psychischer Gesundheit.

### Herausforderungen für die stationäre Suchttherapie

Im Zentrum stationärer Suchttherapie stehen Menschen mit einer Suchterkrankung und kumulativ auftretendem Ressourcenmangel (politoxikomane Konsummuster, Komorbidität, soziale Marginalisierung u.a.). Zunehmend beginnen aber immer öfter auch jüngere KlientInnen eine stationäre Therapie aufgrund massiver Cannabisprobleme, verbunden mit einer Internetsucht.

Im Hinblick auf die mehrheitlich sozial marginalisierte, eher ressourcenschwache Klientel ergeben sich folgende Herausforderungen:

- Der Therapiefokus liegt auf einer umfassenden Verbesserung der Ressourcenlage unter Einbezug der KlientInnen (Entwicklungsorientierung). Eine fundierte sozialdiagnostische Grundlagen-erhebung im Aufnahmeverfahren ist selbstverständlich.
- Eine lange Behandlungsdauer geht mit regulärem Therapieabschluss und positivem Therapieergebnis einher. Zudem entspricht eine längere Behandlungsdauer der Komplexität der Problemlagen der Klientel. Die Forderungen nach kür-



zieren – spricht kostengünstigeren – Therapien stehen dieser Erkenntnis aus Forschung und Praxis entgegen.

- Die aktuelle Situation erfordert eine gute Zusammenarbeit in Betreuungsnetzen und eine Förderung der Komplementarität von psychosozialen und medizinischen Ansätzen.
- Aufgrund des hohen Anteils an Personen mit komorbidem Störungsbild ist die Verfügbarkeit von spezifischem medizinisch-psychiatrischem Fachwissen (inhouse oder in enger Zusammenarbeit mit externen ÄrztInnen/ Kliniken) unabdingbar.
- Der Umgang mit Diversität bei der Klientel ist eine fachliche Notwendigkeit und erfordert eine individuelle Therapieplanung und ggf. eine Anpassung an die Infrastruktur.
- Stationäre Suchttherapieeinrichtungen stehen im Spannungsfeld von Spezialisierung auf eine bestimmte Zielgruppe und einem breiten Angebot für «alle». Bei abnehmender Nachfrage sind sie gefordert, ihr Angebot zu überdenken und ggf. an eine neue Zielgruppe, eine neue Spezialisierung anzupassen.
- Für die Spezialisierung braucht es passende qualifizierte Mitarbeitende mit grösstmöglichem Gestaltungsfreiraum in einer transparenten Institutionskultur. Beispiel: Bei einem Angebot für Frauen mit psychischen Störungen, die mit ihren Kindern in eine Einrichtung eintreten, sind psychotherapeutische, psychiatrische und pädagogische Kompetenzen gefragt.
- In Hinblick auf neue Tätigkeitsbereiche zeichnet sich ein Bedarf für Langzeitwohnen für langjährige Drogenkonsumierende und ältere KlientInnen ab sowie Angebote für Jugendliche und junge Erwachsene mit massiven Cannabis- und Internetproblemen, verbunden mit schwierigen Bildungs- und Arbeitssituationen. Zudem wird sich – aufgrund schwankender Belegungszahlen – möglicherweise die Tendenz verstärken, auch KlientInnen ohne Suchtproblematik aufzunehmen.

In Hinblick auf das Umfeld der stationären Suchttherapie lassen sich folgende Herausforderungen festhalten:

- Die Bedarfsplanung geschieht auf kantonaler Ebene, die Zuweisung kantonale oder kommunale. Dies steht im Widerspruch zur angestrebten Verbesserung der Vernetzung im Suchthilfebereich und der Notwendigkeit der Koordination zwischen den Kantonen bezüglich Angeboten. Fachlich notwendig wäre eine bessere Profilierung der Angebote und eine gute Durchlässigkeit, damit die KlientInnen Zugang zum für sie passenden Angebot erhalten.
- Eine grosse Herausforderung ist die Bevorzugung von und die Konkurrenz zu KVG-finanzierten Angeboten. Das Primat der Finanzen vor Fachlichkeit soll begrenzt werden.
- Wichtig ist die Überwindung ideologischer und fachlicher Gräben zwischen medizinisch-psychiatrischem Bereich und entwicklungsorientierten Institutionen in Form einer echten, gegenseitig wertschätzenden Zusammenarbeit in Betreuungsnetzen.

- Vuille & Müller beschreiben das Image, das stationäre Langzeittherapie in gewissen Kreisen hat, überspitzt: «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.»\*\*\* Trifft dieses Image heute tatsächlich noch zu? Bei welchen der Einrichtung wichtigen Zielgruppen trifft es zu? Eine offensive und systematische Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit hilft, die Meinungen über die Arbeit und Relevanz stationärer Therapie zu prägen.
- «Stein des Anstosses» ist immer wieder die Abstinenzorientierung stationärer Suchttherapie. Aufgrund der Zunahme substituierter KlientInnen in stationärer Therapie und der breiten etablierten Palette an niederschweligen suchtmee-

dizinischen Angeboten erhält Abstinenzorientierung den Ruf eines überholten Therapiezieles, das viele SuchtklientInnen – Sucht als Krankheit mit chronischem Verlauf – überfordere. Abstinenzorientierte Einrichtungen sind gefordert, die Bedeutung dieses Ansatzes für eine bestimmte Zielgruppe zu unterstreichen und zu kommunizieren. ■

\*Bundesamt für Gesundheit. 2015. Nationale Strategie Sucht 2017 -2024. Version vom 7. Mai 2015. Bern: BAG. Seite 23

\*\*Angaben beziehen sich nur auf die Inanspruchnahme in Behandlungsbereichen, die am act-info-Monitoring-system beteiligt sind: Bundesamt für Gesundheit (Hg). act-info-Jahresbericht 2013. Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz. Ergebnisse des Monitoringsystems. BAG: Bern, Seite 16.

Link: <http://tinyurl.com/cya95qg>

\*\*\*Vuille E & Müller H. 2013. Ein Plädoyer für den stationären Aufenthalt. In: SuchtMagazin 5/2013, Seite 45.

# Weihnachtsgeschenke aus den Werkstätten der ALTERNATIVE



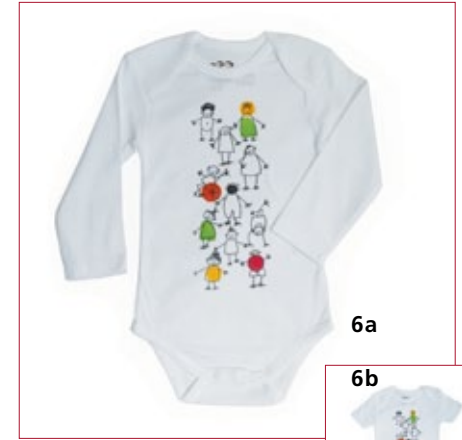
**0206 Memory «menschlich»**  
Birkensperrholz, 36 Teile  
Mehrfarbensiebdruck  
In Holzschatulle



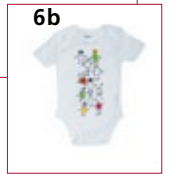
**0133 Schweiz-Puzzle**  
Birkensperrholz, 31 x 42 x 2.1 cm  
in stabiler Kartonschachtel



**0862-1 Hand-/Küchentuch «menschlich», weiss**  
ca. 85 x 47 cm  
Druck: schwarz-bunt  
Zertifizierte Bio-Baumwolle aus fairer Produktion (BioRe.ch)

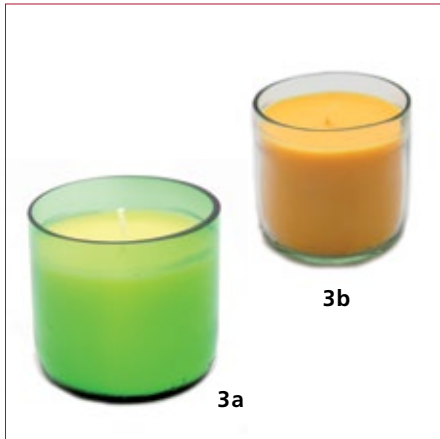


6a



6b

**0853 Baby-Body**  
weiss, langarm  
**0854 Baby-Body**  
weiss, kurzarm  
Zertifizierte Bio-Baumwolle aus fairer Produktion (BioRe.ch)  
Gr. 62/68 (2 bis 6 Monate)  
Gr. 74/80 (6 bis 12 Monate)  
Druck: schwarz-bunt



3a

3b

**0038-1 odor lemongrass**  
Duftkerze aus Paraffin im Recyclingglas  
Ø 75 mm, Höhe: 70 mm  
Farbe: gelb  
**0038-2 odor mango**  
Duftkerze aus Paraffin im Recyclingglas  
Ø 75 mm, Höhe: 70 mm  
Farbe: orange  
Zusammenarbeit mit Just Bottle



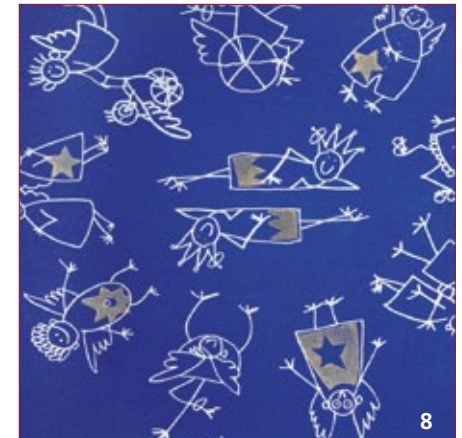
4a

4b

**0038-3 odor lavendula**  
Duftkerze aus Paraffin im Recyclingglas  
Ø 75 mm, Höhe: 70 mm  
Farbe: violett  
**0038-4 odor cinamon**  
Duftkerze aus Paraffin im Recyclingglas  
Ø 75 mm, Höhe: 70 mm  
Farbe: braun  
Zusammenarbeit mit Just Bottle



**0608-1 Hand-/Küchentuch «Engel», bordeaux**  
Baumwolle, ca. 85 x 47 cm  
Druck: gold, silber



**0617-1 Hand-/Küchentuch «Engel», royalblau**  
Baumwolle, ca. 85 x 47 cm  
Druck: gold, silber

# Du! Wer bist du? Woher kommst du? Wohin gehst du?

## Aspekte zur Entwicklung der Klientenprofile

Die Entwicklung der Profile der Klientel mit Drogenproblemen in stationären Suchttherapien ist dank des Forschungsverbunds stationäre Suchttherapie (FOS) sowohl gesamtschweizerisch als auch für die einzelnen Einrichtungen gut nachzuzeichnen. FOS stellt ein einheitliches Dokumentationssystem dar, welches seit 1985 laufend aktualisiert wird. Die Projektleitung obliegt Susanne Schaaf vom Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF. Das ISGF ist mandatiert durch das BAG. Nicht berücksichtigt sind Entzugsstationen, stationäre Alkoholkliniken, Aussenwohngruppen (ausser als integraler Bestandteil des Therapiekonzeptes) und Wohnheime. 1998 gehörten dem Forschungsverbund 82 Einrichtungen an. Aufgrund zahlreicher Betriebsschliessungen sind es heute noch 50 Institutionen. Dies entspricht einem Deckungsgrad von etwa 90% aller stationären Drogen Therapieeinrichtungen in der Schweiz. Erfasst werden jährlich gesamtschweizerisch rund 600 Personen mit einer Spannweite von 450 – 720, im ULMENHOF rund 28 Personen (von 20 bis zu 35).

Ziel ist die Erstellung einer umfassenden Dokumentation der Lebenssituation der Klientinnen und Klienten vor Therapiebe-

ginn bzw. bei Austritt zur Schaffung eines nationalen Informationsnetzwerkes zu Personen in Suchtbehandlung. Angestrebt wird dadurch eine Verbesserung der Kenntnisse über die Beanspruchung des Suchthilfesystems, die frühzeitige Erkennung von Trends bzgl. Konsum- und Suchtverhalten sowie hinsichtlich spezieller Probleme und Bedürfnisse, die Dokumentation der Strukturen des Suchthilfesystems, die Verbesserung des Praxis-Transfers, der Ländervergleich sowie die Bereitstellung von Basisdaten für weiterführende Forschung.

FOS umfasst einen Eintritts- und einen Austrittsfragebogen. Dokumentiert werden soziodemografische Daten, Angaben zur Wohn- und Arbeitssituation, zur Behandlungserfahrung, zu Suchtproblemen und Konsummustern sowie zum Legalstatus. Jährlich erfolgt eine Berichterstattung durch das ISGF im Sinne eines Monitorings. Im Folgenden werden einzelne Entwicklungen von 2005 – 2014 in der FOS-Gesamtgruppe sowie im ULMENHOF in Interviewform nachgezeichnet. Dieser Beitrag ergänzt die Ausführungen von Susanne Schaaf in diesem Magazin hinsichtlich zusätzlicher Kriterien sowie durch die Kontrastierung mit der Gruppe ULMENHOF.

**Kommen die Suchtbetroffenen eigeninitiativ in die Einrichtungen?**

Die Zuweisungen im ULMENHOF erfolgen häufiger über Gesundheits- und Sozialdienste, was mit der Spezialisierung auf das Familienmodell zu tun hat. Wo hingegen in der FOS-Gruppe die Eigeninitiative (über 50%) und die ordnungspolitischen Massnahmen via Polizei und Justiz dominieren. Sehr auffällig der abnehmende Trend in beiden Systemen bei den Eintritten ohne die Involvierung von Fachkräften: 2014 kam in den ULMENHOF nur jede zehnte, in die FOS-Gruppe jede vierte Person auf diesem Weg. Sieben Jahre zuvor kamen noch zwei Drittel der Personen ohne fachlichen Support in die Behandlung. Dies scheint darauf hinzuweisen, dass die Option «stationäre Suchthilfe» in der Normbevölkerung kaum mehr existiert. Ohne die Vermittlung durch Fachstellen bzw. ohne angeordnete Massnahmen kommt es kaum mehr zu Eintritten.

**Früher boten die Drogen Therapien eine alternative Lebensform zur offenen Drogenszene. Nach deren Auflösung: woher kommen die Leute zu euch?**

Knapp die Hälfte stammt aus einer partnerschaftlichen Wohngemeinschaft mit oder ohne Kinder. Alleine lebt nur jede sechste Person. Die Zugänge aus der eigenen Herkunftsfamilie sind noch viel seltener.

**Drei von vier Drogenkonsumierenden sind männlich. Sind auch im ULMENHOF die Männer in der Überzahl?**

Nein, die Frauen überwiegen. Dies hängt



mit dem Familienangebot zusammen: die Väter sind klar unterrepräsentiert. Verstärkt wird dies in den letzten fünf Jahren zusätzlich durch den Rückgang der zu meist männlichen und kinderlosen Massnahmeklientel.

**Stimmt es, dass die eintretenden Personen oft schon mit dem Gesetz in Berührung kamen?**

Das ist richtig. Wobei die Personen mit rechtskräftigen Verurteilungen bei Eintritt abnehmen. In der FOS-Gruppe von über drei Viertel auf über die Hälfte, im ULMENHOF noch viel deutlicher. Dies belegt in eindrücklicher Weise die Verbesserungen beim Legalstatus von Suchtmittelabhängigen, was gleichermassen den stabilisierenden Massnahmen der Überlebenshilfe als auch



der Praxisänderung der Fachpersonen für Gutachten und der Gerichte zu verdanken ist. Die Analyse der Verurteilungen offenbart die herausragende Bedeutung der Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz, welche bei mehr als zwei Drittel der Eintritte zu verzeichnen sind. Die Beschaffungskriminalität findet sich bei der Hälfte der Personen, Straftaten unter dem Einfluss von psychoaktiven Substanzen bei gut einem Drittel.

**Zu den Zeiten der offenen Szene waren die Leute von diversen Krankheiten gezeichnet. Wie ist das heute?**

Äusserst erfreulich ist die Tatsache, dass nur eine von zwanzig Personen in beiden Gruppen HIV-positiv ist. Beunruhigend hingegen die Werte beim Hepatitis C, wo im letzten Jahr ein Viertel positiv getestet

wurde. Immerhin geht der Trend in die gewünschte Richtung, war es doch vor zehn Jahren noch beinahe die Hälfte. Bizarr der Vergleich zur ULMENHOF-Gruppe bzgl. Hepatitis C: bis 2008 waren die Eintritte gesünder, seit 2009 stets kränker als in der FOS-Gruppe. Letztes Jahr mehr als die Hälfte der Personen mit einem positiven Wert. Wir haben keine Erklärung dazu. Hier zeigt sich der immense Handlungsbedarf hinsichtlich Information und Prävention sowohl im Rahmen der Behandlung als auch in den vorgelagerten Einrichtungen.

**Zu Beginn der Nullerjahre liessen viele Einrichtungen die Eintrittsschwelle der Substitution fallen. Wie hat sich dies entwickelt?** Die Quote der substituierten Personen im ULMENHOF war in den letzten zehn Jahren mit 60% stets höher als der FOS-Schnitt,

welcher bei 32% liegt. Allerdings gleicht sich der Gesamtwert jenem im ULMENHOF an, indem er von 20% auf 40% gestiegen ist.

**Wechseln wir an dieser Stelle zu den Ergebnissen der Behandlung. Treten einzelne Personen substituiert aus oder erreichen alle die Abstinenz?**

Da hat ein Umdenken stattgefunden. Der Abbaudruck hin zur Totalabstinenz ist einer individuellen Betrachtung gewichen, welche sehr wohl auch die stabilisierende Wirkung des Substituts würdigt. Die Ziele liegen oftmals stärker im Aufbau von Kompetenzen und einer Lebensperspektive als in der Eliminierung jeglichen Substanzbedarfs. In der FOS-Gruppe treten rund zwei Drittel der Personen ohne Substitutionsmittel aus, wobei der Anteil der Substituierten stetig leicht zunimmt. Im ULMENHOF sind deutlich mehr Personen auch beim Austritt auf die Substitution angewiesen. In den letzten Jahren betraf dies drei Viertel der behandelten Personen. Von sechs substituiert eingetretenen KlientInnen in der FOS-Gruppe tritt eine abstinent aus.

**Ist das nicht alarmierend? Sollten nicht alle die Abstinenz erreichen?**

Wir haben von abstinenten Personen auch schon die Aussage gehört, dass sie sich für den Fall eines nächsten Konsumvorfalls den goldigen Schuss (eine tödliche Überdosierung) geben würden. Diese Haltung ist gefährlich, denn die Wiederholung alter Verhaltensmuster gehört naturwüchsig zu Veränderungsprozessen. Die Anerkennung der eigenen Grenzen und die Nutzung der benötigten Unterstützung ist

einer der zentralsten Erfolgsfaktoren der stationären Behandlung. Und sei es auch, dass ein benötigtes Substitut auch nach dem Austritt weiterhin eingenommen wird. Und ja: wenn realisier- und verantwortbar, so ist die Abstinenz auf die individuellen Hochrisikosubstanzen ein sinnvolles und anzustrebendes Ziel.

**Sind Abbrüche an der Tagesordnung?**

Nicht ganz, jedoch auch nicht selten. In der FOS-Gruppe kommt es bei knapp der Hälfte der Fälle zu Abbrüchen durch die Klientel oder durch die Einrichtung. Ein klarer Trend ist nicht auszumachen. Die Quote im ULMENHOF hat sich erfreulicherweise in den letzten Jahren von gut der Hälfte der Behandlungen zu gerade mal einem Drittel bewegt.

**Rückfälle werden von Laien oft als Ausdruck fehlender Motivation betrachtet. Kommen Rückfälle vor und führen diese automatisch zum Ausschluss?**

Ein Viertel der Personen in der FOS-Gruppe hat keine Konsumvorfälle zu verzeichnen, ein Viertel ein bis zwei, ein Viertel drei bis vier und ein Viertel fünf und mehr. Trends sind nicht auszumachen. Dies heisst: Konsumvorfälle sind ein Teil der Behandlung und sind zu bearbeiten. Dies wird geleistet. Im ULMENHOF sind diese seltener. Bei Vorfällen wird in über der Hälfte der Fälle Alkohol konsumiert. Opioiden, Kokain und anverwandte Stoffe in etwas weniger als der Hälfte dieser Ereignisse. Cannabis gehört bei einem Drittel dazu. Beruhigungsmittel bei einem von sechs Konsumvorfällen (Tendenz sinkend),



## Von goldigen und rostigen Geldhähnen

### Gedanken zur Finanzierung der stationären Suchthilfe

#### Ausgangslage

Stationäre Suchthilfe kostet. Sie muss daher effizient und kostenoptimiert sein. Klar. Und auch wirksam. Ja, selbstverständlich. Die Drogentherapien sind qualitätszertifiziert. Das QMS wird jährlich überprüft. In der Theorie über die Vorgabedokumente, in der Praxis über die Nachweise. Die Rechnungslegung ist transparent. Swiss GAAP FER 21. Auch die ZEWO formuliert und kontrolliert ihre Vorgaben. Die kantonalen Direktionen bzw. Regierungen sind für die Betriebsbewilligungen zuständig und führen ihre Kontrollen durch. Auch das Lebensmittelspektroskopat. Die Feuerpolizei. Ach ja, und sämtliche Drogentherapien sind bei Forschungsprojekten beteiligt: FOS, KOSS/KOFA, REWIN, SMS-Studie und wie sie alle heissen. Evidenzbasierung. Dies alles hat seinen Preis. Dennoch sind die Tarife und die Gesamtkosten der Drogentherapien tiefer als jene von Fach- oder Allgemeinspitälern. Sorgsamer Umgang mit den Finanzen. Zumeist tiefere Löhne. Und andere Einschränkungen. Szenenwechsel. Gespräch am Rande eines Sommernachtsfests. Die Aussage der Sozialarbeiterin einer Zürcher Agglomerationsgemeinde: «Wir dürfen nicht bei euch platzieren. Nur Therapien in Spitallisteneinrichtungen werden von un-

serer Gemeinde unterstützt.» Für letztgenannte Leistungen kommen die Krankenversicherungen sowie der Kanton auf. Somit ist die Gemeinde fein raus. Denn im Kanton Zürich hätte sie zwei Drittel der Behandlungskosten zu tragen. Folglich: je mehr Behandlungen dieser Art, desto strapazierter das Gemeindebudget. So haben die Spitallisteneinrichtungen die längeren Spiesse. Hier werden die Kosten zwischen dem Kanton und den Krankenversicherungen aufgeteilt. Trotz deutlich höherer Kosten. Die Behandlung hat daher kürzer zu dauern. In der Praxis wird beobachtet, dass nach zahlreichen Turbo-Entwöhnungsbehandlungen eine anschließende Rehabilitationsphase zur Sicherung der Nachhaltigkeit Not tut. So bleibt das Kostenargument auf der Strecke. Das aktuell bestehende Anreizsystem fördert kein unternehmerisches Denken und Handeln. Nein, wie vor mehr als hundert Jahren in Alaska dreht sich alles um die Suche nach dem Gold – diesmal in Form eines Hahns, welcher die Leistungsfinanzierung sicherstellt.

#### Historie

1998 hatte sich das BSV aus der Defizitfinanzierung der stationären Einrichtungen verabschiedet. In der Folge kam es

aufputschende Mittel wie Amphetamine im einstelligen Bereich.

#### Möchten alle nach dem Austritt wieder konsumieren?

Diese Frage wird erst seit 2012 erhoben. Sie lässt sich verneinen. In der FOS-Gruppe streben rund 60% die definitive Abstinenz bezüglich der Hauptproblemsubstanz an. Im ULMENHOF gar 75%. Weder die zeitlich begrenzte Abstinenz, der kontrollierte Konsum, die völlige Zieloffenheit, noch der Normalkonsum (spontan, ohne fixen Konsumplan) sind hier von Bedeutung. Dies gilt gleichermaßen für die Konsumziele bzgl. Opioiden wie auch Kokain.

#### Wohin gehen die Leute?

Das gleiche Bild wie bei den Eintritten: am häufigsten in Lebensgemeinschaften im Rahmen der Partnerschaft. Manche mit, manche ohne Kind.

#### Ist die Klientel nach dem Austritt auf sich alleine gestellt?

Nein, es wird von Beginn an und speziell in der Schlussphase viel in die Nachsorge investiert. Diese ist bei Austritt für über die Hälfte der FOS-Personen und über zwei Drittel der ULMENHOF-Klientel verbindlich eingerichtet.

#### Was denken die Suchtfachleute zur Prognose. Sind sie zuversichtlich?

Die Prognose der Suchtfachleute bzgl. des Substanzproblems ist auffallend kritisch. In der FOS-Gruppe beurteilen diese weit über der Hälfte als eher ungünstig oder ungünstig. Im ULMENHOF liegt dieser

kritische Wert etwas tiefer. Eine sehr gute Prognose erhalten im ULMENHOF und in der FOS-Gruppe weniger als 10%. Diese Werte verdeutlichen die Ernsthaftigkeit einer Suchterkrankung und wohl auch den Realitätssinn der Behandelnden.

#### Wie sieht es einige Jahre nach der Behandlung aus?

Die FOS führte Ende der neunziger Jahre flächendeckend Nachfolgeuntersuchungen 18 Monate nach Austritt durch. Leider werden diese seit längerer Zeit nur noch punktuell finanziert. Diese Studien verwiesen auf eine deutlich verbesserte Integration (Legalstatus, Erwerbstätigkeit). Bezüglich des Substanzkonsums wurde von einem Drittel mit durchgehenden, einem Drittel mit zeitweiligen und einem Drittel ohne solchen Ereignissen berichtet. ■



*Stephan Germundson blickt in die Weite.*

zu 43 Betriebsschliessungen von 1999 – 2004 und zur Reduktion von 1750 Behandlungsplätzen auf 1280 von 1996 – 2004. Vielfach wurde mit der Marktlogik argumentiert. Dies wäre richtig, wenn alle die gleichen Voraussetzungen hätten. In den nuller Jahren wurden die stationären Drogentherapien in erster Linie von den kostengünstigeren ambulanten Angeboten konkurriert. In den letzten drei Jahren kam das Phänomen der stationären Drogentherapie über Spitallisteneinrichtungen neu hinzu. Einige Fachleute gehen bereits von einer nächsten Welle des Institutionssterbens aus. Dieses hat sich seit 2005 ebenso verlangsamt wie der Abbau von Behandlungsplätzen. Die Tendenz jedoch besteht noch. Was ist zu tun?

### **BASS-Studie**

2012 beauftragte das BAG das BASS (Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien) mit einer Studie zur Finanzierung der stationären Suchthilfe.\* Die Studie analysiert die Problemfelder umfassend und differenziert. Sie ist trotz einiger Änderungen in den letzten Jahren noch aktuell und stellt eine gute Grundlage für die Diskussion bzgl. der Finanzierung der stationären Suchthilfe dar. Der Handlungsbedarf auf vielen Ebenen wurde ausgewiesen. Jedoch: die befragten Suchtbeauftragten der Kantone äusserten Skepsis zur Veränderungsbereitschaft ihrer Regierungen und Parlamente. Da seit 01.01.2008 (NFA) die Kantone zuständig sind, hat das BAG die Sache nicht weiter

verfolgt. Jedoch könnten vom Bund her sehr wohl verbindliche Vorgaben gemacht werden. So möchten wir im Folgenden auf der Grundlage jener breiten Untersuchung einige uns wesentlich erscheinende Grundsätze hinsichtlich der Finanzierung der stationären Drogentherapie festhalten. Auch wenn manche davon einen utopischen Charakter haben mögen.

### **Änderungen seit 2012**

- Die Dualität der Finanzierung (Alkohol über KVG und Drogen über Sozialhilfe – bis 2012 je nur eine Ausnahme) hat sich verschoben im Sinne einer Zunahme der Drogenentwöhnungsbehandlungen über das KVG. Dadurch geraten die nicht-KVG-finanzierten Einrichtungen im illegalen Suchtbereich unter einen stärkeren Auslastungsdruck.
- Die Zahl der stationären Massnahmen im Drogenbereich hat deutlich abgenommen. Die GutachterInnen wie auch die Gerichte favorisieren ambulante Massnahmen.
- Einzelne Kantone haben in der Zwischenzeit die IVSE-Liste (Interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen) verabschiedet (z.B. St. Gallen), was sich auf ausserkantonale Platzierungen begünstigend auswirkt.

### **Einschränkungen zur Studie**

- Die BASS-Studie thematisiert die unterschiedliche Ausgangslage und den unterschiedlichen Auftrag zwischen entwicklungsorientierten Drogentherapien und niederschweligen Wohneinrichtungen im Drogenbereich nicht konsequent.

Die Drogentherapien sind durch die KVG-Einrichtungen konkurriert, Einrichtungen wie das Begleitete Wohnen nicht, da es hier nicht um eine eigentliche Behandlung geht, sondern viel mehr die Langzeitstabilisierung im Vordergrund steht.

- In der BASS-Studie werden die kantonalen Suchtbeauftragten nach dem Veränderungswillen der Kantone befragt. In den meisten Punkten ist dieser gering. Auf diesem Hintergrund hat das BAG die geschilderten Problemkreise nicht weiter verfolgt. Jedoch: diese einseitige Abstützung auf die Kantone geht zu Lasten der Klientel. Es erscheint als sehr bedeutsam, dass die Suchtfachleute die Folgen einiger Missstände für die Klientel beschreiben und darauf fussend Veränderungen aus Sicht der Betroffenen einfordern.
- Die BASS-Studie geht grundsätzlich davon aus, dass die Belegung der Einrichtungen dem Bedarf entspricht. Wenn jedoch die Klientel nicht auf die Option der stationären Behandlung hingewiesen bzw. diese ihr gar aktiv abgeraten wird (ambulant vor stationär) oder wenn eine Gemeinde die Kostengutsprache aus finanziellen Gründen nicht übernimmt, so ist die Auslastung nicht mit dem Bedarf gleichzusetzen.
- Die BASS-Studie vertritt die Überzeugung, dass durch Objektfinanzierung Betriebe sich nicht mehr weiterentwickeln und unrentable Einrichtungen künstlich am Leben erhalten werden. Die Konkurrenz wirke sich ausschliesslich positiv auf die Konzeptentwicklung aus.

Dies steht im Gegensatz zur Tatsache, dass sich durch die Weiterentwicklung der Konzepte aufgrund ökonomischer Kriterien eine Tendenz zur Heterogenität ausbreitet, welche dazu führt, dass alle alles anbieten. Das konfliktive Verhältnis von Rentabilität und Qualität wird ausgeblendet.

### Handlungsbedarf

- **Degressive Tarife:** Anzustreben ist ein Einheitstarif für die Gesamtbehandlung. Anreizsysteme für Kurzbehandlungen wirken sich negativ auf die Klientel aus. So reduziert sich im Kanton Zürich der Kantonsbeitrag nach einem Jahr der Behandlung.
- **Drogendelegierte/Suchtbeauftragte:** Jeder Kanton muss eine drogendelegierte oder suchtbeauftragte Person stellen. Diese setzt sich ein für ein integriertes Suchtversorgungssystem im Kanton und prangert Missstände im Interesse der Klientel an. Diese Stelle wurde z.B. im Kanton Zürich im Laufe des Jahres 2015 gestrichen.
- **Baubeiträge:** Das Controlling für vom BSV geleistete Baubeiträge ist den Kantonen zu übergeben. Dabei ist zu regeln, ob die Kantone Rückzahlungen leisten. Zukünftige Bauprojekte sind vom Kanton zu prüfen und bei ausgewiesenem Bedarf zu finanzieren.
- **Sozialhilfefinanzierung Suchttherapie:** Sucht ist eine Krankheit und bedarf der Behandlung. Suchterkrankte Personen haben ein Anrecht darauf. Die Finanzierung einer Suchtbehandlung über die Sozialhilfe ist abzulehnen. Dieser liegt

letztlich ein Lasterkonzept zu Grunde, welches den Suchtbetroffenen die Verantwortung für ihr Leiden überträgt. Die Prinzipien der Mitfinanzierung, Rückzahlungs- und Verwandtenunterstützungspflicht sind aus diesem Grund fehl am Platz.

- **Finanzdruck, Konkurrenz:** Der Belegungsdruck begünstigt die Tendenz zu unspezifischen Angeboten. Für die Klientel und die Zuweisenden wäre wichtig zu wissen, welche Einrichtung was genau anbietet und welche Stärken sie hat. Eine zentrale Bedarfsplanung (national, kantonal) könnte dafür sorgen, dass sich die Einrichtungen stärker um die Qualitätsentwicklung als um die Finanzierung kümmern. Durch die Festlegung und Überprüfung von Kennzahlen und Qualitätsstandards wird die Güte der Behandlung sichergestellt. Den Boden hierfür bildet somit die Planungs- und Finanzsicherheit für die nächsten Jahre.
- **Indikation:** Die Indikation für eine stationäre Drogentherapie ist zu präzisieren. Bei ressourcenreichen Suchtbetroffenen ist der ambulante Weg, bei gezeichneten Personen nach einer langen Suchtgeschichte sind stabilisierende Massnahmen vorzuziehen (Abgabeprogramme, BW). Folglich erscheint eine gewisse Grösse an Dekompensation ebenso zwingend notwendig wie ein Rest an Kompetenzen, auf das Entwicklungsschritte in realistischer Weise noch angestrebt und begleitet werden können. In dem Sinne kommt der Behandlung stets auch ein präventives Moment zu, in dem ein weiteres Abdriften in die Randexistenz



und Verwahrlosung verhindert werden soll. Die «negative Selektion» in den nicht KVG-Einrichtungen hat dazu geführt, dass der Auftrag der Veränderung schwer zu realisieren ist und die traditionellen Personalschlüssel auch nicht mehr ausreichen.

- **Indikationsstellen:** Diese müssen zwingend unabhängig und für einen grösseren Versorgungsraum (interkantonal) zuständig sein, damit sie gemeinsam mit der Klientel das passgenaue Angebot auswählen können. Sie sind unabhängig von den Interessen der Einrichtungen wie auch der KostenträgerInnen, sie haben umfassende Kenntnisse über das Suchthilfeangebot der Schweiz, sie sind professionell im Bereich Indikation und Platzierung. Sie orientieren sich einzig

am Prinzip der Wirksamkeit aus fachlicher Sicht, übernehmen Vernetzung, Controlling und Evaluation bzgl. der Behandlungseinrichtung und stellen für den Versorgungsraum im Sinne des Case-Managements die langfristige Begleitung der Klientel sicher.

- **Phasen:** In Berücksichtigung des Krankheitswerts der Sucht macht eine Aufteilung der Behandlung in folgende Phasen Sinn:
  - Entgiftung
  - Medizinisch-psychiatrisch-psychotherapeutische Entwöhnung mit intensiver Diagnostik
  - Rehabilitations- oder Adaptionsphase mit intensiver psychosozialer Begleitung
  - Nachsorgephase
 Die Finanzierung ist für sämtliche Phasen

in einer Weise sicher zu stellen, dass kein unnötiger Druck auf die Betroffenen oder die Einrichtung ausgeübt wird.

- **Justizmassnahmen:** Die unter Indikation genannten Punkte sind auch bei den Massnahmen gültig: die Kriterien sind zu definieren und von den Fachleuten zu berücksichtigen (Gutachten, Gerichte)
- **Gesamtfinanzierung:** Ein Gesamtkostenmodell wäre zu begrüssen, wobei Gemeinden, Kanton und Krankenversicherungen kantonsübergreifend nach dem Solidarprinzip nach Einwohnerzahl oder Finanzstärke einzahlen. Dies würde u.a. auch eine Überwindung der restriktiven Finanzierung bei ausserkantonalen Angeboten darstellen. Da Sucht als Krankheit gesehen wird, besteht keine Mitfinanzierung durch die betroffene Person selber oder die Verwandten und auch keine Rückerstattungspflicht.
- **Kostengutsprache vs Kostenträger:** Die Kostengutsprache sollte nicht von der kostentragenden Partei gesprochen werden, damit die beste Behandlung ausschliesslich aufgrund der genauen Indikation bestimmt werden kann.
- **Tarifliche Diskriminierung:** Ein Einheitstarif intra- und interkantonal ist anzustreben, um einengende Anreizsysteme abzubauen.

### Ausblick

Das Schweizer Suchthilfesystem fusst auf den vier Säulen Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression. Die stationären Einrichtungen im Drogenbereich sind ein wichtiger Teil des nationa-

len Therapieangebots. Sie haben sich zu Beginn der siebziger Jahre herausgebildet und stetig weiterentwickelt. Sie sind gut aufgestellt und arbeiten ebenso professionell wie wirtschaftlich. Aufgrund der Konkurrenz durch kostengünstigere sowie über andere Quellen finanzierte Angebote wird ihnen seit Jahren das Wasser abgegraben. Ungeachtet der Bedeutung, der Qualität sowie der Nachhaltigkeit der Angebote, drohen Betriebsschliessungen, welche langfristig Mehrkosten für die Gesellschaft verursachen werden. Dem ist entgegenzutreten. Von Fachleuten, der Politik und auch der Öffentlichkeit. Wir haben versucht, Zusammenhänge und Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen. ■

*\*Gehrig M., Künzi K. & Stettler P. 2012 Finanzierung der stationären Suchthilfe. Situation, Handlungsbedarf und Handlungsoptionen – Schlussbericht. BASS AG.*



*Der bekannte Zürcher Fotograf Kilian Kessler erklärte sich bereit, unsere Nummer mit Bildern zum Thema zu illustrieren. Er war im Vorgehen absolut frei. Einzig dem Persönlichkeitsschutz sollte umfassend Rechnung getragen werden. Nach dem Studium zurückliegender «akut»-Ausgaben und einem persönlichen Gespräch mit der Gesamtleitung entschied er sich für Nahaufnahmen von Händen fünf verschiedener ULMENHOF-KlientInnen, welche mittels unterschiedlicher Posen zehn Begriffe darstellten. Wichtig war dem Fotografen die Natürlichkeit und die Echtheit der Bilder. Daher wurde bewusst verzichtet auf Inszenierungen mittels Schminke, Schmuck oder Kleidung. Die Personen erscheinen so, wie sie sich im Alltag der Welt zeigen. Die Freiwilligen waren ebenso rasch gefunden wie der bedachtsam ausgewählte geeignete Raum in der Spritze-rei. Das Fotoshooting machte allen Beteiligten grossen Spass. Zusätzlich erstellte Kilian Kessler auch die Portraits von Barbara Kilchenmann und Stephan Germundson. Die Sorgfalt und der Respekt des Fotografen beeindruckte uns – und wir meinen, dass beides sehr gut durch die Bilder vermittelt wird.*



# Volltreffer auf der ganzen Linie



Der Küchenchef der ALTERNATIVE verköstigt nicht nur unsere Klientinnen, Klienten und Mitarbeitenden, sondern auch Privatpersonen, Vereine und Firmen.

Wenn Ihr Anlass ein kulinarischer Erfolg sein soll:

Wir gehen auf Ihre individuellen Wünsche ein und unterbreiten Ihnen gerne ein unverbindliches Angebot.

### Wir bieten

- in erster Linie eine gutbürgerliche Küche

### Für spezielle Anlässe zaubern wir aber auch

- exotische Gerichte auf die Teller

### Wir organisieren

- gerne Ihren Grill-Abend, Firmenanlass, Familienfeier, etc.

### Ausserdem

- liefern wir Ihnen auf Wunsch die Getränke
  - vermieten wir Geschirr
- machen wir den Blumenschmuck
- gestalten wir die Tischkarten



**Kontakt: Partyservice · ULMENHOF · 8913 Ottenbach**  
Tel. 044 762 61 27 bis 14 Uhr

partyservice@diealternative.ch · www.diealternative.ch

## Adressen

### Zentrale Dienste

Unterer Lätten 1, Postfach 20,  
8913 Ottenbach  
Tel. 044 763 40 80, Fax 044 763 40 96  
contact@diealternative.ch

### KANU

#### Beratung und Nachsorge

Zurlindenstrasse 134, 8003 Zürich  
Tel. 044 454 40 50, Fax 044 454 40 51  
kanu@diealternative.ch

### ULMENHOF

#### Sozialtherapie

Affolternstrasse 40, 8913 Ottenbach  
Tel. 044 762 61 21, Fax 044 762 61 20  
ulmenhof@diealternative.ch

### Werkstätten

Affolternstrasse 40, 8913 Ottenbach  
Tel. 044 762 61 25, Fax 044 762 61 26  
werkstaetten.ulmenhof@diealternative.ch

### GESCHENKLADEN

#### Bistro-Laden

Unterer Lätten 1, 8913 Ottenbach  
Tel. 044 763 40 90, Fax 044 763 40 91  
geschenkladen@diealternative.ch

### Familien-Einheit

#### Wohngruppe

Affolternstrasse 40, 8913 Ottenbach  
Tel. 044 762 61 23, Fax 044 762 61 20  
kinder@diealternative.ch

### TIPI

#### Kinderhaus

Alte Urdorferstrasse 2, 8903 Birmensdorf  
Tel. 044 777 60 90, Fax 044 777 60 92  
kinder@diealternative.ch

### FISCHERHUUS

#### Rehabilitation

Alte Urdorferstrasse 4, 8903 Birmensdorf  
Tel. 044 737 09 37, Fax 044 737 09 57  
rehabilitation@diealternative.ch

### BACHMOOS

#### Integrationswohnungen

c/o FISCHERHUUS, Alte Urdorferstrasse 4,  
8903 Birmensdorf  
Tel. 044 737 09 37, Fax 044 737 09 57  
rehabilitation@diealternative.ch

# Unsere Institutionen im Überblick

Verein	
<b>Vorstand</b>	<i>Bea Rebsamen, Präsidentin, Zürich Anita Bellini, Kassierin, Ottenbach Peter Manhart, Aktuar, Zürich Barbara Meister, Beisitzerin, Ottenbach Margrit Frei, Beisitzerin, Frauenfeld</i>
<b>Sozialtherapeutisches Betreuungsnetz</b>	
<b>Direktion</b>	<i>Gesamtleitung: Stephan Germundson</i>
<b>Administration</b>	<i>Bereichsleitung: Isabelle Merz</i>
	Zentrale Dienste Finanzen, Personal und Sekretariat Ottenbach
<b>Beratung, Integration</b>	<i>Bereichsleitung: Marlies Huber</i>
	<b>KANU</b> Beratung und Nachsorge Zürich
<b>Rehabilitation</b>	<i>Bereichsleitung: Marlies Huber</i>
	<b>FISCHERHUUS</b> <b>BACHMOOS</b> Rehabilitation                      Integrationswohnungen Birmensdorf                          Obfelden
<b>Therapie</b>	<i>Bereichsleitung: Barbara Kilchenmann</i>
	<b>ULMENHOF</b> Sozialtherapie Ottenbach <i>Bereichsleitung: Anke Knetemann</i>
	<b>ULMENHOF</b> Familien-Einheit Ottenbach
<b>Kinder</b>	<i>Bereichsleitung: Anke Knetemann</i>
	<b>TIPI</b> <b>Familien-Einheit</b> Kinderhaus                              Kinder-Tagesstätte Birmensdorf                              Ottenbach
<b>Arbeit</b>	<i>Bereichsleitung: Hugo Nietlispach</i>
	<b>ULMENHOF</b> <b>GESCHENKLADEN</b> Werkstätten und Küche              Bistro-Laden Ottenbach                                  Ottenbach



Zentrale Dienste  
Unterer Lätten 1  
Postfach 20  
8913 Ottenbach/ZH

Telefon 044 763 40 80  
Telefax 044 763 40 96  
contact@diealternative.ch

PC-Konto: 87-80100-5

Mit Ihrer Spende leisten Sie  
einen direkten Beitrag zur  
Wiedereingliederung von  
Menschen in die Gesellschaft.

Herzlichen Dank!

Besuchen Sie unsere Webseite  
für mehr Informationen:

[www.diealternative.ch](http://www.diealternative.ch)



Ein neues Jahr heisst neue  
Hoffnung, neues Licht, neue  
Gedanken und neue Wege  
zum Ziel.

Wir wünschen Ihnen glückliche  
Feiertage.



**DIE ALTERNATIVE**  
Verein für umfassende Suchttherapie

Ressourcen erkennen, entwickeln, nutzen.