

Die Betreuung von Suchtpatienten in der KPK Liestal

Modellüberlegungen zur Verbesserung dieser Betreuung resp. zur Schaffung einer speziellen Suchtstation ¹

von Andreas Manz

1. Beschreibung der heutigen Situation

Der Anteil an Suchtpatienten, welche aus der Psychiatrischen Klinik pro Jahr austreten, war zwischen 1982 und 1987 immer etwa konstant und betrug im Durchschnitt 23,3 % (Alkoholabhängige 14,4 %, Drogen- und Medikamentenmissbrauch resp. -sucht 7 %). Bei den Männern ist der Anteil noch etwas höher (29,7 %). 1987 traten 96 Personen mit der Diagnose ² Alkoholismus aus der KPK aus, 40 Personen trugen die Diagnose Drogen- oder Medikamentenmissbrauch. Somit waren es 143 von 626 austretenden Patienten, die eine Suchtdiagnose trugen (96 Männer und 47 Frauen oder 31,9 % der Männeraustritte und 15,7 % der Frauenaustritte).

Aus diesen Zahlen ist nicht ersichtlich, aus welchem Behandlungsgrund diese Personen die Dienste der Psychiatrischen Klinik beansprucht haben. Das konzeptionelle Schwergewicht einer Zuständigkeit der Psychiatrischen Klinik liegt einerseits in der Gewährleistung der körperlichen Entziehung und andererseits in der Dauerpflege von besonders chronischen Alkoholikern, die ganz oder teilweise zu pflegen sind (Abteilung D). Die Entziehungskuren werden auf den Akutstationen (Abteilung G + H) in einem zeitlich limitierten Rahmen von 10 Tagen (bei Drogensüchtigen) bis 3 Wochen (bei Medikamentenabhängigen) durchgeführt. Es existieren Rahmenregelungen, die über viele Jahre ausgearbeitet wurden und die im Normalfall zur Anwendung kommen. Die Schwerpunkte dieser Rahmenregelungen sind folgende:

Einer Entziehung hat ein Abklärungsgespräch voranzugehen, aus welchem die Notwendigkeit der Entziehung und die Zielsetzung herausgearbeitet werden sollen. Die Entziehungskur soll in einem übergeordneten Rahmen stehen. Gegebenenfalls soll auch die Anschlussbehandlung geregelt sein oder werden. Dem Suchtpatienten wird ein Vertrag zur Unterzeichnung vorgelegt, aus dem ersichtlich ist, in welchem Rahmen die Entziehungskur erfolgen wird, dass er sich mit dem Aufenthalt in einem geschlossenen Rahmen (Intensivpflegestation) auseinandersetzen muss, dass er die morgendliche Stationsversammlung besuchen wird, dass er an den zweimal wöchentlich stattfindenden Suchtgruppen teilnimmt und dass er die Bereitschaft haben soll, in der klinikinternen Selbsthilfegruppe der Anonymen Alkoholiker mitzuwirken. Bei den Drogenabhängigen ist auch eine Besuchsregelung im Vertrag enthalten.

Die Psychiatrische Klinik verfügt über einen Sozialarbeiter, der speziell als Suchtberater ausgebildet ist. Im Übrigen übernimmt das allgemeine Klinikpersonal (Ärzte, Pfleger und

¹ Der Aufsatz entstand 1987 im Rahmen der Folgeplanung I zum Psychiatriekonzept

² Hauptdiagnose nach ICD

Schwestern, Psychologen, Ökonomie und Hausdienst, Administration) Beratung, Pflege, Aufsicht und Unterhalt. Sollen die Aufwendungen der Klinik, die für Suchtpatienten erbracht werden, gesamthaft gewichtet werden, muss man annehmen, dass mindestens 50 Mitarbeiter für diese Patientengruppe zur Verfügung stehen (20 % aller Mitarbeiter). In finanzieller Hinsicht kann man schätzen, dass von den Fr. 24 Mio. Gesamtaufwand der Psychiatrische Klinik 1987 ca. 4,8 Mio. Fr.³ für die Beratung, Therapie und Pflege von Suchtpatienten aufgewendet worden sind (Aufwand des Kantons via Defizitübernahme = Fr. 1,8 Mio.).

2. Diskussion der heutigen Situation (Roberto Lobos) ⁴

Seit Jahren sind die Kantonalen Psychiatrischen Dienste gezwungen, gegenüber allen Suchtproblemen eine eher defensiv reagierende Haltung einzunehmen. Eine vorausschauende, sowohl für die Krisen als auch für Langzeittherapie genügend aufgebaute Struktur, fehlt im Kanton. Grundlegende Vorentscheide für eine gesamthafte langfristige Strategie mit Suchtpatienten unter Berücksichtigung der von der Kantonalen Psychiatrischen Klinik im Konzept definierten Selbstbegrenzung sind nie getroffen worden.

Im Speziellen sind die Mitarbeiter der Psychiatrischen Dienste stets sowohl mit der Aufnahme wie auch mit der Weiterleitung in Nachbetreuung aller ihr anvertrauten Patienten derart überlastet, dass die Frage der Zuständigkeit der Klinik im Suchtbereich seit Jahren ein Dauerbrenner ist. Ein weiteres Problem ist die stockende Zuweisungsmöglichkeit an Alkoholheilstätten und die bekannten langen Wartezeiten bis zum Kureintritt in eine Heilstätte oder eine Spezialklinik. Die Wartezeiten lassen die Zunahme der Pflageage und die Überforderung des Personals wachsen. Das Suchtagieren von Patienten mit einer eigentlich psychiatrischen Diagnose führt dazu, dass der Suchtpatient in einem nicht suchtmittelfreien Milieu Mühe hat, sein gestecktes Ziel zu erreichen.

Gemäss den bisherigen Erfahrungen ist unbedingt zu berücksichtigen, dass es für das Personal gewöhnlich eine Überforderung darstellt, destruktive Gruppenprozesse, die in einer integrierten psychiatrischen Abteilung spielen, aufzufangen. Aus der Sicht der Suchtpatienten sind speziell die manipulativen Prozesse und der Missbrauch von legalen und illegalen Drogen gemeint. Die zunehmende Verbreitung der Ansteckung mit dem HIV-Virus wird die Anforderung an das Personal und an das breit gestreute Patientenkollektiv derart steigern, dass allein das Auffangen dieser Problematik sehr viele Kräfte absorbieren wird.

3. Fragestellungen, die einer Planung zugrunde gelegt werden müssen

3.1 Ganzheitliche Versorgung / spezialisierte Versorgung

³ Das ergibt Kosten von Fr. 32'000.-- pro Eintritt

⁴ Dr. med. Roberto Lobos leitete damals die Subgruppe Sucht der Folgeplanung 1 zum Psychiatriekonzept Baselland. Ich war ein Mitglied dieser Gruppe. Roberto Lobos hat diesen Kommentar für mein Papier beigezeichnet. Dr. Lobos war ärztlicher und therapeutischer Leiter der AEA Arxhof.

Dass die Betreuung der grossen Zahl an Suchtpatienten in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik (und im Kanton insgesamt) zu wenig befriedigend gelöst ist, bezweifelt wohl niemand. Eine Verbesserung kann innerhalb den bisherigen integrierten Versorgungsstrukturen oder in einer spezialisierten Suchtstation erfolgen.

Die Akutstationen der KPK werden heute als integrierte Stationen geführt. Alle Problemstellungen, für welche sich die Klinik zuständig fühlt, werden in ein und derselben Station zusammengefasst. Eine einzige Ausnahme bilden die psycho-geriatrischen Patienten. Aus baulichen Gründen ist auch der Geschlechterdurchmischung Grenzen gesetzt. Die Vorteile einer solchen Konzeption liegen im Ganzheitsanspruch. Auf der Akutstation ist die Vielfältigkeit der Ausdrucksweise seelischer Probleme direkt sichtbar. Arbeitsansätze, welche die Gesamtheit der menschlichen Problematik anvisieren, können breiten Raum beanspruchen. Auch für die Schulung der Mitarbeiter bringt es Vorteile mit sich, wenn ein möglichst breites Spektrum an Ausdrucksmöglichkeiten menschlicher Not erfahrbar ist. Die Beibehaltung einer integrierten psychiatrischen Akutstation ist auch für eine Regionalisierung (Sektorisierung) der psychiatrischen Versorgung besser geeignet. Damit kann die psychiatrische Versorgung näher an die gewachsene Gemeindestruktur heranrücken.

Die Schaffung von spezialisierten Stationen innerhalb der Psychiatrischen Klinik für abgrenzbare Patientengruppen bringt Vorteile in der Spezifizierung der Arbeitsansätze und der Ausrichtung des zu schaffenden Milieus. Die Gefahr wird kleiner, dass schwierige Integrationsprozesse innerhalb einer Patientengruppe mit sehr verschiedenen Problemausdrucksformen einen Grossteil der vorhandenen Kräfte in Anspruch nehmen und damit neutralisieren. Mit der Formulierung von spezifischen Arbeitsinstrumenten für die unterschiedlichen Patientengruppen in einer integrierten Station ist zwar die Bearbeitung der unterschiedlichen Problematik angebar, die Milieugestaltung insgesamt kann in einer spezialisierten Station spezifischer erfolgen. Für die Mitarbeiter ist der Vorteil zu erwähnen, dass ihre Kenntnisse in der Bearbeitung der spezifischen Problematik (hier der Suchtproblematik) in einer Spezialstation grösser werden. Die notwendigen persönlichen Kontakte zu den Suchthilfeinstitutionen sind von einer allgemeinen Station aus kaum zu unterhalten, gehören aber zur Integration einer Suchtstation in die gesamte Suchthilfeversorgung. Der Mitarbeiter muss kein "Allrounder" sein und kann seine Kompetenz als Suchtberater erwerben und vertiefen. Für die umliegenden Suchtberatungsstellen ist dieser Aspekt nicht unentscheidend, finden sie doch im Mitarbeiter einer spezialisierten Suchtabteilung den gewünschten fachlich kompetenten Partner. In der heutigen Situation fehlt den Suchtberatern dieses vis-à-vis in der Klinik in hohem Masse und ist auf den einzig bestehenden Suchtberater ausgerichtet ⁵).

3.2 Spezialisierung / Sektorisierung / Regionalisierung

⁵ Diese Aussagen finden sich in einer Befragung von Suchtberatern bestätigt (A. Manz: "Erhebungen zur Situation der Suchthilfe in der Region Basel" 1988).

Zur Spezialisierung der Versorgung der Suchtpatienten gehört auch eine gewisse Regionalisierung. Die Zielvorstellung der sektorisierten Versorgung steht dazu im Widerspruch. Je spezialisierter eine Einrichtung ist, desto kleiner wird das Patientenkollektiv, für welches die Institution zuständig ist. Sie ist auf ein grosses Einzugsgebiet angewiesen. Damit sinkt die Vertrautheit mit den Gemeindestrukturen. Auch das Einbeziehen der Angehörigen in die Therapie wird erschwert.

Die Region Basel ist für die Schaffung von speziellen Suchtstationen⁶ genügend gross und dicht bevölkert, dass sich die Schaffung von einer oder mehreren solcher Stationen vom Einzugsgebiet her lohnt. Ein Überwinden von Instanzen fällt nicht schwer ins Gewicht. Im Weiteren ist die Suchthilfe, insbesondere die Drogenhilfe, stärker regional organisiert als die Psychiatrie insgesamt. Die Psychiatrie kennt in der Schweiz eine fast ausschliessliche Kantonalisierung, welche innerhalb des Gesundheitswesens mit einsamer Striktheit praktiziert wird. Der Vorteil einer gemeindenahen Sektorsierung der psychiatrischen Stammversorgung ist nur für einen kleinen Teil der Suchtpatienten ein wirklicher Vorteil. Gemeint sind damit vor allem chronische Süchtige, welche vielfältig im Fürsorgenetz verstrickt sind und von suchtspezifischen Interventionsmassnahmen nur noch wenig profitieren. Der Grossteil der Suchtpatienten ist nur am Rand mit den Gemeindestrukturen verwoben. Die Drogenabhängigen formieren sich um die Zentrumsfunktion der Stadt, auch wenn der Drogenhandel und die Drogeneinnahme weit in die Peripherie reichen. Die Mehrzahl der Alkoholiker ist arbeitsfähig und zeigt ein gewisses Mass an sozialer Integration. Zumeist haben sie genügend Kompetenz, um sich selber vertreten zu können. Sie sind nicht auf begleitende Gemeindestruktur und sekundäre Integrationsmassnahmen angewiesen. Es kann geschätzt werden, dass vom Gesamtkollektiv aller Suchtpatienten, welche die Dienste der Psychiatrischen Klinik in Anspruch nehmen, ca. ein Drittel von einer sektorisierten Versorgung profitieren würde, dass zwei Drittel von spezialisierten Therapieinstitutionen höheren Profit schlagen würden. Wenn die Schaffung einer oder mehrerer Suchtstationen zur Diskussion gestellt wird, so soll damit nicht gemeint sein, dass alle Suchtpatienten aus dem allgemeinen Klinikbetrieb ausgegliedert werden können. Spezielle Krisenformen, welche mit einer hohen Suizidalität einhergehen und Betreuungsmassnahmen für Süchtige, die schon starke Abbauerscheinungen aufweisen, werden in einer psychiatrischen Stammversorgung bleiben müssen⁷.

⁶ Damit sind spezielle Entzugsstationen, aber vor allem Entwöhnungseinrichtungen für stationäre Alkohol- oder Drogentherapien gemeint.

⁷ Aber selbst für diese Kategorie von schwer chronifizierten und zum Teil abgebauten Süchtigen gibt es spezialisierte Angebote, die für die Betroffenen viel Sinn machen und die Klinik wesentlich entlasten, wie dies uns der Dietisberg seit vielen Jahre eindrücklich vordemonstriert.

4. Lösungsmodelle

Es soll hier der Versuch unternommen werden, die verschiedenen denkbaren Verbesserungen in der Betreuung von Süchtigen, für die die KPK zuständig ist, modellhaft durchzudenken und Vor- und Nachteile abzuwägen.

4.1 Verbesserung unter Beibehaltung der heutigen Grundstrukturen

Seit jeher unbestritten ist, dass der Suchtberatungsdienst der Klinik, der mit einer Person besetzt ist, dem grossen Patientenkollektiv nicht gerecht werden kann. Für den Suchtberater stellt es einen grossen Nachteil dar, dass er als Einzelperson innerhalb der Klinik keinen gleichwertigen Gesprächspartner findet und offene Ohren in der Gesamtmasse aller Mitarbeiter suchen muss. Hat er glücklicherweise einen Gesprächspartner gefunden, der nicht nach kurzer Zeit seine Stelle wechselt, kann dieser Gesprächspartner hauptsächlich für die Belange eingesetzt werden, welche diejenige Station betrifft, auf dem dieser Partner gerade arbeitet. Suchtpatienten werden aber auf mindestens drei (oder fünf) Stationen betreut. So steht der Suchtberater insgesamt in der Klinik recht einsam da. Will der Suchtberater spezielle Betreuungsstrukturen für die Suchtpatienten in den Klinikbetrieb integrieren, muss er eine Vielzahl von anderen Prioritäten, welche ein integrierter Klinikbetrieb wahrnehmen will, berücksichtigen. Seine Wünsche in zeitlicher und personeller Hinsicht bleiben somit oft unrealisiert. Soll die bestehende Konzeption, dass wenn möglich jedem Eintritt eines Suchtpatienten eine Abklärungsphase voranzugehen hat und dass während dem zehn- bis zwanzigtägigen Aufenthalt eine vielseitige Abklärung und eine Formierung der weiteren Behandlung erfolgen soll, umgesetzt werden, ist der einzige Suchtberater restlos überfordert. Die Durchführung von Gruppentherapien von Süchtigen, die Betreuung des Angehörigenseminars, die Rücksprache mit Ärzten und Pflegern und die persönliche Verbindung zu der Vielzahl von Suchthelfern in der regionalen Suchtversorgung gehören ebenfalls zu seinem Pflichtenheft. Es ist anzunehmen, dass zu einer adäquaten Erfüllung all dieser Pflichten eine Aufstockung der Suchtberatung um mindestens zwei weitere Stellen notwendig ist.

Bevor die Schaffung der Sucht- und AIDS-Beratungsstelle an die Hand genommen wurde, wäre auch eine Dienstleistung des Suchtberaters für ein bedingungsloses Annehmen von Überweisungen bei Hausärzten notwendig gewesen. Die damalige Idee basierte auf der Tatsache, dass viele Hausärzte, die eine Einweisung eines Patienten in die Psychiatrische Klinik notwendig erachten, am Aufnahmeprozedere der Klinik scheitern. Dies hat wiederholt zu Unstimmigkeiten geführt. Die Zusicherung der Klinik, jede Anmeldung mindestens ambulant abzuklären, wäre ein grosser Fortschritt gewesen. Aus personellen Gründen konnte ein solches Angebot aber nicht ausgeführt werden. Ob diese Dienstleistung nun in die Hände der Sucht- und AIDS-Beratungsstelle gehen soll, ist offen. Die Hausärzte stellen die Indikation für eine Klinikeinweisung und nicht für eine ambulante Suchtberatung. Ob eine Suchtberatungsstelle dazwischengeschaltet werden könnte, bleibt fraglich⁸. Auch

⁸ Siehe dazu Andreas Manz 1988c: Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und den Suchtfachstellen.

wenn dies so wäre, würden erneut enge Kontakte zwischen Suchtberatungsstelle und Klinik notwendig sein, damit die Suchtberatungsstelle selbst über Eintritt oder Nichteintritt in die Klinik entscheiden könnte⁹. Somit ist anzunehmen, dass dieses heute brachliegende Aufgabenfeld (die Dienstleistung an die Hausärzte) trotzdem nicht von der Klinik getrennt werden kann und ebenfalls neu in das Pflichtenheft des klinikeigenen Suchtberatungsdienstes aufzunehmen ist. Auch dazu sind personelle Kapazitäten notwendig.

4.2 Die Suchtstation innerhalb der Klinik

4.2.1 Vorüberlegungen

Die logische Alternative zur heutigen Situation ist die Schaffung einer eigenen Suchtstation innerhalb der Klinik. Damit über eine solche nachgedacht werden kann, muss vorerst Klarheit über die Aufgabe und Zielsetzung einer solchen Station bestehen. Die benennbaren Tätigkeitsgebiete einer Suchtberatung, die in die Zuständigkeit der Psychiatrie hineinragen, bestehen in der körperlichen Entziehung, in der Krisenintervention, in Abklärungsfunktionen, Entwöhnungsaufgaben und in Funktionen einer langfristigen Unterbringung. Es würde den Umfang dieser Überlegungen sprengen, alle denkbaren Kombinationen von Aufgaben ohne Gewichtung zu diskutieren. Unsere fachlichen Ansichten sollen daher dargestellt werden, ohne dass andere Varianten breit diskutiert werden.

- Die Abklärungsaufgaben sollen nach wie vor ambulant geschehen. Einerseits obliegen diese den Suchtberatungsstellen, andererseits können sie auch teilweise von Mitarbeitern einer Suchtstation wahrgenommen werden. Sie sollen aber klar vor einer stationären Aufnahme erfolgen.
- Der körperliche Entzug und die Krisenintervention können in einer Stationseinheit durchgeführt werden. Abzugrenzen ist dabei zwischen älteren (vorwiegend Alkoholiker) und jüngeren Suchtkranken, welche vornehmlich aus der Subkultur der Drogenszene stammen. Für letztere Gruppierung besteht mindestens teilweise in der Form der CI-KADE bereits ein regionales Angebot. Somit konzentrieren sich Überlegungen für eine Entzugs- und Krisenstation vor allem auf die grosse Gruppe der Alkoholiker und älteren Medikamentenabhängigen.
- Die Entwöhnung von Suchtkranken benötigt eine von einer Entzugsstation differente Struktur. Da die bestehenden Heilstätten meist sehr lange Wartezeiten haben und in unserer Region ausser der Station U der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel keine Entwöhnungseinrichtungen für Alkoholabhängige bestehen, wäre die Schaffung einer gesonderten Entwöhnungsstation zu empfehlen. Diese sollte aber wenn immer möglich sich nicht auf dem Klinikgelände befinden.

⁹ Die Erprobung einer solchen Regelung zwischen EPD und Klinik hat sich in der Vergangenheit - anhand des psycho-geriatrischen Patientenkollektivs der Kantonsspitäler - nicht bewährt.

- Wohngelegenheiten für invalide und ältere chronisch Süchtige können teilweise aus einem Klinikbetrieb ausgegliedert werden. Diese Aufgabe deckt seit Jahren der Dietsberg ab. In gewissen Fällen ist für eine Krisenintervention in der Nacht, Ausnüchterungen, gewisse Massregelungen eine Klinikinfrastruktur notwendig.
- Die Betreuung hochsuizidaler Suchtpatienten soll auf der Akutstation verbleiben.

4.2.2 Entzug- und Krisenstation für Alkohol- und Medikamentenabhängige

Wir schätzen, dass von den 150 suchtkranken Patienten, die jährlich in die KPK eintreten, ca. 80 Personen zur Klientel gehören, die durch eine Station für Entzug und Krisen von Alkohol- und Medikamentenabhängigen abgedeckt werden könnte¹⁰. Viele Entziehungskuren werden heute in den zwei somatischen Kantonsspitalern durchgeführt. Die Zahl dieser Hospitalisationen ist uns unbekannt. Es ist zudem anzunehmen, dass von einem spezifizierten Entzugsangebot zusätzlich Gebrauch gemacht wird. Somit nehmen wir vorsichtig an, dass für eine Entzugs- und Krisenstation der KPK mit ca. 160 Hospitalisationen pro Jahr zu rechnen ist. Rechnet man mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von zwei Wochen pro Patient, ergibt dies eine durchschnittliche Jahresbelegung von sechs Patienten¹¹. Somit sollte die Entzugs- und Krisenstation über zehn Plätze verfügen (Auslastungsgrad 60 %).

- Personelle Dotation: Ist eine solche Station einer Klinik angegliedert, kann die Nachtwache mit einer Person abgedeckt werden. Dazu sind 2,2 Mitarbeiterstellen notwendig. Für die ordentliche Arbeit, welche zwischen 8.00 und 20.00 Uhr erfolgt, ist mit weiteren 5 Mitarbeitern zu rechnen (2 Psychotherapeuten, wovon ein Arzt, 3 Suchtberater, wobei je einer mit Sozialarbeiter-Grundausbildung und einer mit einer pflegerischen Grundausbildung). Patienten und Mitarbeiter der Entzugs- und Krisenstation sollten für die üblichen Alltagsobliegenheiten aufkommen wie Kochen, Putzen, Wäsche machen. Der notwendige Personalbedarf liegt damit bei 8 Mitarbeitern und liegt um 50 % höher als der Durchschnitt der Gesamtklinik (Langzeitstationen eingerechnet).
- Finanzielle Aufwendungen: Exklusive Bauinvestitionen ist mit einem Jahresbudget um die Fr. 1'400'000.-- zu rechnen¹². Die Einnahmen aus Krankenkassentaggeldern werden sich in einer Grössenordnung von Fr. 270'000.-- belaufen¹³. Somit ist mit einem Fehlbetrag in der Grössenordnung von Fr. 1'130'000.-- zu rechnen.

¹⁰ Wir schätzen, dass von den 143 Austritten mit Suchtdiagnose es ca. 23 Personen betraf, die einer jüngeren Patientengruppierung aus der Subkultur der Drogenszene zuzurechnen ist. Von den verbleibenden 120 rechnen wir, dass 2/3 zu einem Entzug oder einer Krisenintervention eingetreten sind.

¹¹ 320 Wochen : 52 Wochen

¹² Lohnkosten pro Mitarbeiter à Fr. 110'000.--, dazu 30 % Betriebs- und 30 % Overheadkosten. Somit kostet ein Eintritt Fr. 8'700.-- (Tageskosten von Fr. 625.--).

¹³ Bei 2'240 Pflergetagen zu Fr. 120.--/Tag

4.2.3 Entwöhnungsstation an einer Psychiatrischen Klinik

Bedarfsberechnungen sind hier noch schwerer zu machen, da eine diesbezügliche Institution in unserer Region fehlt. Zwischen 1984 und 1987 wurden in sechs der neun bestehenden Heilstätten der Schweiz jeweils 40 Personen vom Kanton Baselland pro Jahr eingewiesen. 1986 entfielen auf 41 Patienten 6'857 Pflage tage. Damit war jeder Patient durchschnittlich ein halbes Jahr in einer solchen Einrichtung. Fasst man all diese Personen in einer eigenen Heilstätte zusammen, macht dies eine Heilstätte mit 20 Plätzen notwendig. Aus konzeptioneller Sicht ist für eine regionale Versorgung die Schaffung einer Entwöhnungseinrichtung sinnvoller, die kürzere Aufenthaltszeiten vorsieht (in der Grössenordnung von 3 Monaten). Die regionale Fassung der Suchtpatienten erlaubt ein verstärktes Einbeziehen des Umfeldes und ein nahtloseres Ineinandergreifen von ambulanten und stationären Hilfsmassnahmen. Das bestehende Platzangebot in den Deutschschweizer Heilstätten ist weiterhin für stark entwurzelte Suchtpatienten mit einer voraussichtlich längeren Aufenthaltsdauer zu nutzen.

Eine andere Möglichkeit ist die Schaffung einer Entwöhnungsstation, die sowohl kürzere Therapieaufenthalte als auch längerfristige Kuren miteinander verbindet. Eine solche Konzeption erlaubt die Schaffung einer ganz ansehnlichen Station. Von letzterer Konzeption ausgehend könnte mit einer durchschnittlichen Belegung von 15 Personen gerechnet werden, was ca. 20 Plätze erfordert.

Zur Realisierung einer Entwöhnungsstation mit 20 Plätzen sind ca. 12 Mitarbeiter notwendig¹⁴. Bauinvestitionen ausgenommen, ist mit einem Jahresaufwand von ca. Fr. 1,7 Mio. zu rechnen, falls die Entwöhnungsstation ausserhalb der Klinik liegt, mit Fr. 2,1 Mio. Franken, falls sie innerhalb der Klinik errichtet wird¹⁵. Die Leistungen aus den Krankenkassen-Taggeldern betragen bei dieser Rechnung Fr. 660'000.--: Damit entsteht ein Fehlbetrag von 1 - 1,5 Mio. Franken. Die Tageskosten sind mit Fr. 310.-- bis Fr. 390.-- zu beziffern.

4.2.4 Bewertung von Vor- und Nachteilen

Grundsätzlich gehört eine Entwöhnungsstation nicht auf ein Klinikgelände, da in ihr Menschen wohnen, die eigentlich keine Klinikversorgung brauchen, die an sich vollkommen selbständig leben können, die aber infolge eines Leidens auf einer Achse ihrer Persönlichkeit ihr Leben nicht mehr so meistern können, wie sie es sollten oder möchten. Der Tagesablauf einer Entwöhnungseinrichtung hat kaum eine Gemeinsamkeit mit demjenigen einer Klinik. Da ist kein Platz zum Herumhängen. Die Kosten sind ausserhalb der Klinik auch um einiges tiefer zu halten.

Dennoch ist die Nähe zur Klinik für diese attraktiv. Das therapeutische Milieu einer Entwöhnungseinrichtung kann eine positive Ausstrahlung haben und ist ein interessanter Arbeitsplatz für Mitarbeiter. Das gegenseitige Verständnis ist bei einer nahen Anbindung an die Klinik einfacher. Der Hauptpartner einer Entwöhnungsstation ist aber die ambulante Suchtberatung und nicht die stationäre Klinik. Funktioniert die Zusammenarbeit gut, kann der Aufenthalt kurz gehalten werden (3 Monate). Dies ist insbesondere für die noch in einem Beruf integrierten Süchtigen besonders wichtig. Ob es Sinn macht, 3 und 6 Monats-

¹⁴ Die Klinik Hasel hat für 39 Plätze 24,5 Mitarbeiter

¹⁵ In einer Klinik fallen beträchtlich höhere Overhead- und leicht höhere Betriebskosten an.

aufenthalte miteinander zu kombinieren, bezweifle ich. Es handelt sich hierbei vermutlich um deutlich andere Persönlichkeitsprofile, die sich wohl eher behindern als befruchten.

4.3 Stationäre Versorgung von Suchtpatienten ausserhalb der Klinik

Fasst man das Patientenkollektiv der Suchtkranken der Psychiatrischen Kliniken in gesonderten Stationen zusammen, drängt sich die Frage auf, ob bestehende Klinikstrukturen einer solchen Arbeit mehr förderlich sind oder eine solche mehr behindern. Nachdem mit der Schaffung der Sucht- und AIDS-Beratungsstelle ein viertes Glied innerhalb der Psychiatrischen Dienste am Entstehen ist, drängt sich die Idee förmlich auf, die stationäre Suchtversorgung diesem vierten psychiatrischen Dienst anzugliedern. Da sich eine enge Zusammenarbeit zwischen den privat organisierten Alkoholberatungsstellen und der staatlich getragenen Sucht- und AIDS-Beratungsstelle aufdrängt, wäre die Zusammenarbeit zwischen Suchtberatungsstellen und Entzugsstation resp. Entwöhnungsstation durch eine Zuteilung dieser stationären Versorgung zur SAB (= **S**ucht- und **A**IDS-**B**eratungsstelle) einfacher und konsequenter möglich. Die ärztlichen Leitungsstrukturen sind schon jetzt vorhanden. In baulicher Hinsicht sind in der KPK keine Reserven vorhanden, so dass ohnehin die bauliche Unterbringung einer solchen Station neu bereitgestellt werden muss. Die obigen Berechnungen zum Mitarbeiterbedarf und Finanzaufwand gelten auch hier. Einzig ist eine Nachtwache in der Entzugsstation einer klinikunabhängigen Institution zu verstärken. Zu diesem Zweck sind weitere 1,5 Mitarbeiterstellen notwendig ¹⁶).

4.4 Entzugs- und Krisenstation mit regionaler Trägerschaft

Auch im Kanton Basel-Stadt ist die Schaffung einer Entzugsstation in der Psychiatrischen Universitätsklinik ein aktuelles Thema. Mindestens für diese Station liegt es auf der Hand, wenn sich beide Halbkantone eine gemeinsame Projektierung überlegen. Die Grösse einer solchen Station kann optimiert werden, was auch die Wirtschaftlichkeit verbessert. Grob gesagt können obige Berechnungen über den Platzbedarf verdoppelt werden und eine Station mit einer durchschnittlichen Belegung von 12 Patienten in einer Grössenordnung von 15 Plätzen geschaffen werden. In dieser Grössenordnung ist die Station mit 12 - 14 Mitarbeitern zu führen und eine Nachtwache problemlos mit zwei Mitarbeitern zu besetzen. Würde auf das Durchtragen von medizinischen Komplikationen verzichtet¹⁷, so kann 1 Nachtwache und somit 2,2 Stellen eingespart werden. In diesem Fall ist mit 10 - 12 Stellen zu rechnen.

Bei einer regionalen Trägerschaft ist das Einbinden in die assoziierten Suchthilfestrukturen etwas komplexer, sind doch immerhin acht Suchtberatungsstellen daran beteiligt. Da im Kanton Basel-Stadt die Fachstelle für Alkohol- und Drogenfragen (KOSTE) eine klare Vorrangstellung einnimmt und im Kanton Baselland vermutlich die neue Sucht- und AIDS-Be-

¹⁶ Der zweite Nachtwache-Mitarbeiter wird Teile der Nacht schlafen können.

¹⁷ Wenn z.B. Patienten in beginnendem Delirium in die KPK oder das Kantonsspital verlegt werden.

ratungsstelle ebenfalls eine Führungsstellung einnehmen wird, kann diesen beiden Stellen die Verantwortung für eine solche Entzugsstation übertragen werden.

4.5 Entwöhnungsklinik mit regionaler Trägerschaft

Die weiter oben (unter 4.2.4.) gemachten Überlegungen treffen auch hier zu. Eine regionale Trägerschaft ermöglicht die Schaffung von zwei Institutionen. Die eine kann sich auf 3-monatige Therapien, die andere auf 6- bis 9-monatige stationäre Behandlungen ausrichten. Beide können administrativ gemeinsam geführt werden.

Hierbei soll bedacht werden, dass das grösste Defizit gegenwärtig noch in der ambulanten Früherfassung von Süchtigen liegt. Falls die schon lange anstehende Verbesserung von den Suchtberatungsstellen an die Hand genommen wird, wird es auch beträchtlich mehr Nachfragen für stationäre Entwöhnungen in unserer Region geben. Wir dürfen uns aber nicht damit täuschen, dass mit der Schaffung der Sucht- und AIDS-Beratungsstelle in der erwähnten Hauptproblematik der Suchthilfe Fortschritte zu erwarten sind. Die SAB wurde zur Verbesserung eines eher randständigen Problems aus Angst vor der HIV-Epidemie geschaffen und hat keinen Auftrag, Alkohol- und Medikamentenabhängige von Spitälern und Hausärzten zu beraten und in Therapie zu nehmen.