

ERHEBUNGEN ZUR
SUCHTHILFE IN DER
REGION BASEL

UND

BEOBACHTUNGEN ZU
TEILPROBLEMEN
DER SUCHTHILFE

EINE STUDIE ALS GRUNDLAGE FÜR ARBEITSGRUPPEN

VORGELEGT VON DER "KETTE",
FACHGRUPPE AMBULANTE DROGENARBEIT

VERFASSEN: ANDREAS MANZ

BASEL, JANUAR 1989

INHALTS-ÜBERSICHT:

VORWORT	1
EINFÜHRUNG	3
ZUSAMMENFASSUNG	11
KAPITEL 1: ÜBERSICHTEN	21
KAPITEL 2: PRÄVENTION	59
KAPITEL 3: ENTZUG	73
KAPITEL 4: ENTWÖHNUNG	99
KAPITEL 5: SUBSTITUTION	141
KAPITEL 6: SUCHTHILFE UND AIDS	155
KAPITEL 7: SUCHTHILFE UND HAUSARZT	163
KAPITEL 8: SUCHTHILFE IM SOMATISCHEN SPITAL	189
KAPITEL 9: SUCHTHILFE UND PSYCHOTHERAPIE	197
KAPITEL 10: SUCHTHILFE UND STRAFVERFOLGUNG	205
KAPITEL 11: GESETZLICHE ERFASSUNG VON SÜCHTIGEN IN DER REGION	213
KAPITEL 12: AUFTRAGSLAGE DER INSTITUTIONEN	225
KAPITEL 13: ZUSAMMENARBEIT UND WÜNSCHE DER INSTITUTIONEN	233
KAPITEL 14: ÜBERGEORDNETE INSTANZEN	247
KAPITEL 15: VERÄNDERUNGEN	263
KAPITEL 16: ÖFFENTLICHKEITSARBEIT	275
KAPITEL 17: FINANZIELLE GRUNDLAGEN DER SUCHTHILFE	279
KAPITEL 18: MATERIALIEN ZUM KAPITEL 1 "ÜBERSICHTEN"	285

Einführung

1. Einleitung

Die Initiative zu der nun vorliegenden Studie über die Suchthilfe in der Region Basel geht auf zwei verschiedene Faktoren zurück: Die Fachgruppe Ambulante Drogenarbeit entstand anfangs 1986 im Zusammenhang mit den Subventionsbegehren für das Drop-In und die CIKADE in Basel. Sie setzt sich aus Vertretern der privaten ambulanten Drogenhilfe-Einrichtungen zusammen und hat zum Ziel, deren Arbeit besser zu koordinieren und auszubauen. Gleichzeitig begann die Carl Koechlin-Stiftung mit den Vorbereitungsarbeiten zu einer Tagung, die sich mit grundsätzlichen Fragen der Drogenproblematik auseinandersetzen sollte. Diese Tagung fand im Januar 1987 unter dem Titel "Drogenproblematik im Wandel" in Wislikofen statt; die Ergebnisse dieser Veranstaltung liegen in Buchform vor 1).

Im Anschluss an die Tagung in Wislikofen beschloss der Stiftungsrat der Carl Koechlin-Stiftung, die Arbeit weiterzuführen und eine zweite Tagung zu organisieren, die zu konkreten Schlussfolgerungen über die Suchthilfe in der Region Basel führen sollte. Dabei musste festgestellt werden, dass die Grundlagen für eine Überprüfung der heutigen Situation weitgehend fehlen. Die privaten Drogenhilfe-Einrichtungen wissen kaum, was die staatlich getragenen Institutionen, die sich ebenfalls mehr oder weniger intensiv mit Drogenabhängigen befassen, tun, und wohl auch umgekehrt. Querverbindungen zur Arbeit mit Alkohol- und Medikamentenabhängigen bestehen praktisch keine.

Die Fachgruppe Ambulante Drogenarbeit, die seit Ende 1987 unter der rechtlichen Trägerschaft der "Kette" 2) steht, setzte sich seit anfangs April 1987 mit der Idee einer umfassenden Studie über die Suchthilfe auseinander und unterbreitete dem Stiftungsrat der Carl Koechlin-Stiftung im November 1987 ein entsprechendes Konzept. Sie schlug die Einstellung eines Studienleiters vor und erklärte sich bereit, die Begleitung der Studie selbst zu übernehmen. Für die methodische Anleitung und Supervision der Begleitgruppe sollte eine aussenstehende Fachperson zugezogen werden. Als finanzielle Träger waren die beiden Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt, die GGG Basel und die Gemeinnützige Gesellschaft Baselland, die Kette sowie die Carl Koechlin-Stiftung vorgesehen. Diese Vorschläge wurden genehmigt und das Projekt konnte bereits auf anfangs 1988 in Angriff genommen werden.

Die Beiträge des Kantons Basel-Stadt und der GGG Basel trafen sehr bald ein, so dass auch die Finanzierung vorerst gesichert war. Nach langem Zögern verweigerte der Kanton Basel-Landschaft im Juli 1988 seinen Beitrag, da er sich an einer inzwischen durch das Justizdepartement Basel-Stadt lancierten wissenschaftlichen Studie beteiligen wollte. Die Gemeinnützige Gesellschaft Baselland hatte ihren Entscheid von jenem der Sanitätsdirektion abhängig gemacht.

1) Drogenproblematik im Wandel, ISPA-Press, Lausanne 1988

2) Die Kette ist der Dachverband der privaten therapeutischen Einrichtungen in der Drogenhilfe der Region Basel. Ihr sind Vereine und Stiftungen als Kollektivmitglieder angeschlossen, welche die Trägerschaft von 9 verschiedenen Institutionen übernommen haben. Die Kette ist auch der Herausgeber des gleichnamigen Magazins für Drogenfragen.

Die Ausfälle bei der Finanzierung hatten zur Folge, dass die Carl Koechlin-Stiftung ihren Beitrag massiv erhöhen musste, um die Finanzierung der mittlerweile schon weit fortgeschrittenen Studie zu sichern. Eine weitere Krediterhöhung wurde notwendig, da sich herausstellte, dass der zeitliche Rahmen von 6 Monaten für eine Studie in dem geplanten Ausmass zu knapp bemessen war. Leider wurde auch ein nachträglich eingereichtes Finanzierungsgesuch bei der Freiwilligen Akademischen Gesellschaft abschlägig beschieden. Der vorliegende Bericht soll nun den angesprochenen Instanzen zugestellt werden; wir verbinden damit die Hoffnung, dass sie zumindest teilweise auf ihren Entscheid zurückkommen werden.

Ein wichtiges Anliegen der Fachgruppe ist es, dazu Sorge zu tragen, dass der gesponnene Faden nun nicht abreisst. Die vorliegende Arbeit liefert keine endgültigen Ergebnisse, sondern - zum Teil auch Widerspruch provozierende - Überlegungen und eine Fülle von Rohmaterial, das bearbeitet werden sollte. Die Erarbeitung konsensfähiger Lösungsvorschläge für eine Verbesserung der Suchthilfe kann nicht die Aufgabe einer Übersichtsstudie sein, sondern erfordert breit abgestützte Arbeitsgruppen, deren Tätigkeit im Hinblick auf eine geplante Tagung auch koordiniert werden will.

Die Fachgruppe Ambulante Drogenarbeit hofft, dass der Ball der Alkohol- und Drogenkommission Basel-Stadt und der Drogenkommission Baselland zugespült werden kann und dass die angeregte Diskussion von den zwei Fachkommissionen aufgegriffen wird. Es besteht die Absicht, zu einem späteren Zeitpunkt und in Koordination mit den beiden genannten Kommissionen Arbeitsgruppen zur Vertiefung der angerissenen Diskussion zu bilden. Die Studie musste bei der Datenerhebung einige Lücken offen lassen, die durch die zu bildenden Arbeitsgruppen ergänzt werden sollten.

Es wird deshalb vorgeschlagen, eine kompetente, erfahrene Persönlichkeit damit zu beauftragen, Arbeitsgruppen zu bilden, zu betreuen und ihnen gewisse Dienstleistungen zur Verfügung zu stellen (3). Aufgrund des vorhandenen Materials sollen nun neue Fragestellungen (4) formuliert werden. Die Fachgruppe Ambulante Drogenarbeit ist bereit, die Bildung von Arbeitsgruppen zu unterstützen oder gar zu initiieren. Dabei ist es von entscheidender Bedeutung, ob es gelingt, die angesprochenen politischen Instanzen - vorab die kantonalen Drogenkommissionen und die zuständigen Departemente - zu einer Mitarbeit zu gewinnen.

2. Methodik

Die vorliegende Arbeit wurde als Grundlage für Arbeitsgruppen konzipiert. Der Auftrag war, möglichst viel Material über die Suchthilfe der Region Basel zusammenzutragen. Ferner sollten die wichtigen Themen, welche die Suchthilfe im allgemeinen und einzelne Institutionstypen im besonderen prägen, dargestellt und diskutiert werden. Als Zeitrahmen wurde ein 50 %-Arbeitspensum für sechs Monate eingeplant. Nachträglich musste die Zeit auf neun Monate ausgedehnt werden.

3) Mithilfe bei der Materialsuche, Ausführung von Schreibarbeiten, Terminplanung, Informationsaustausch etc.

4) Die Formulierung solcher Fragestellungen sollte auf breiter Basis erfolgen. Dazu ist notwendig, dass die Alkohol- und Drogenkommission Baselstadt und die Drogenkommission Baselland oder die beiden Regierungen eine beauftragende und koordinierende Funktion übernehmen. Auch die Parlamente können in einem solchen Prozess eine Rolle spielen.

2.1 Datenquellen und Verwendung der Daten

In der Absicht, in der kurzen zur Verfügung stehenden Zeit möglichst viel Material zusammenzutragen, wurden sehr verschiedene Quellen benutzt, die in der Folge kurz dargestellt werden sollen:

2.1.1 Umfragen

Das Hauptinstrument der Datenerhebungen waren verschiedene Umfragen mit teilweise recht umfangreichen Fragebogen.

2.1.1.1 Befragung der Suchthilfeinstitutionen der Region Basel

Ursprünglich wurden 51 Fragebogen verschickt. Da lediglich eines der 13 Wohnheime den Fragebogen zurückgeschickt hat⁵⁾ und die Wohnheime aus der Optik des Verfassers in der Suchthilfe lediglich eine periphere Stellung einnehmen, wurden diese 13 Wohnheime insgesamt aus der Befragung gestrichen. Drei weitere Institutionen wurden nachträglich aus der Befragung herausgestrichen, da ihre Bedeutung für die Suchthilfe falsch eingeschätzt worden war. Von den verbleibenden 37 ausgesandten Fragebogen kamen 31 zurück, was einer Rücklaufquote von 84 % entspricht (Beratung 100 %, Entwöhnung 90 %, Entzug 67 %, Arbeit 100 %, Prophylaxe 50 %, Gassenarbeit 100 %, Selbsthilfe 50 %, Koordination 50 %). Zwei Institutionen, welche in der Region tätig sind, wurden bei der Befragung vergessen. Dies sind der Work-Shop des Jugendamtes und die Psychiatrische Klinik Sonnhalde.

Im weiteren wurden fünf im Aufbau begriffene Projekte angeschrieben. Von allen fünf haben wir die entsprechenden Projektunterlagen erhalten. Eines davon, die Sucht- und AIDS-Beratungsstelle in Liestal, ist innerhalb des Erhebungszeitraumes in die Realisierungsphase getreten. Die Befragung fand zwischen März und August 1988 statt.

Da diese Institutionsbefragung die wichtigste der getätigten Umfragen darstellt und die Daten in vielen Kapiteln Verwendung fanden, ist der Wortlaut der Fragen am Schluss dieses Bandes abgedruckt.

Die mit diesem Fragebogen erhobenen Daten fanden in folgenden Kapiteln Verwendung: Kapitel 1 und 18, Kapitel 5 (A.2.), Kapitel 7 (A.5.), Kapitel 8 (A.2.), und den Kapiteln 12-16. Die Informationen, welche im Anhang 1 - 4 zusammengestellt sind, stammen weitgehend aus dieser Institutionsbefragung.

2.1.1.2 Umfrage bei den Therapeutischen Gemeinschaften der Schweiz

Von 37 angeschriebenen Therapeutischen Gemeinschaften haben 17 einen mindestens teilweise ausgefüllten Fragebogen zurückgeschickt. Zwei Wohngemeinschaften haben gemeldet, dass sie mittlerweile ihren Betrieb eingestellt haben (Rücklauf = 51 %). Die Befragung fand im April/Mai 1988 statt und betraf den Zeitraum zwischen 1983 bis 1987. Erfragt wurden die Anzahl Bewerbungen, Eintritte, Plätze, Kliententage, reguläre Austritte und Abbrüche. Im weiteren wurden die Therapeutischen Gemeinschaften gefragt, wie viele Klienten freiwillig und wie viele aufgrund einer gerichtlichen Massnahme in der Wohngemeinschaft weilten. Für den Fall, dass ein Anmelderückgang festgestellt worden war, wurde nach den eingetretenen Folgen des Anmelderückganges für die Klientenzahlen gefragt und um eine kurze Ursachenanalyse gebeten.

5) Siehe Adressliste am Schluss dieses Bandes

Die Fragebogen wurden teilweise unvollständig zurückgesandt. Insbesondere das erfragte Datenmaterial war wegen uneinheitlicher Statistikführung mangelhaft. Soweit möglich wurden die Informationen im Kapitel 4 (A.2.2) verwertet.

2.1.1.3 Umfrage bei den Hausärzten im Kanton Baselland

In Zusammenarbeit mit der Planungsgruppe für Substanzenabhängige, Delinquente und Randgruppen der Psychiatriekonzept-Folgeplanung im Kanton Baselland wurden die Hausärzte über die Anzahl ihrer Suchtpatienten befragt. Im weiteren wurden einige Fragen zur Zusammenarbeit mit den Suchthilfeinstitutionen gestellt. Im März 1988 fand vorerst eine Pilotbefragung der elf Hausärzte im Kreis Reigoldswil / Waldenburg statt (Rücklauf = 10, Rücklaufquote = 91 %). Im Juni 1988 erfolgte dann eine etwas reduziertere aber fast gleichlautende Befragung an alle hausärztlich tätigen Ärzte und Psychiater im Kanton Baselland. Der Fragebogen wurde durch die Ärztesgesellschaft des Kanton Baselland an alle Mitglieder verschickt (aus technischen Gründen) und mit einem Begleitbrief versehen, sodass sich vor allem die "hausärztlich tätigen" Kollegen und die Psychiater angesprochen fühlen sollten. Da die Psychiater bereits vorgängig aufgrund eines anderen Fragebogens befragt wurden, beteiligten sie sich nicht mehr an dieser Befragung. Von den Hausärzten kamen insgesamt 64 Fragebogen zurück. Aufgrund der Durchsicht des vade mecum (Stand 1987) schätzen wir, dass 114 Ärzte (Allgemeinpraktiker 75, allgemein ärztlich tätige Internisten 39 %) im Kanton Baselland "hausärztlich tätig" sind. Drei Fragebogen war leer; somit beträgt der verwertbare Rücklauf 54 %.

In die Pilotbefragung war zudem eine eigene Problemanalyse der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und den einzelnen Suchtfachstellen integriert. Die elf Ärzte wurden nach ihrer Meinung gefragt, ob sie der vorliegenden Problemanalyse und den enthaltenen Vorschläge zur Verbesserung der Zusammenarbeit zustimmen können und welche anderen Analyse- und Vorschläge gemacht werden können.

Die Auswertung der erfragten Daten und Meinungen findet sich in Kapitel 7.

2.1.1.4 Umfrage bei den Psychiatern im Kanton Baselland

Im März 1988 fand ebenfalls in Zusammenarbeit mit der Planungsgruppe Substanzenabhängige, Delinquente und Randgruppen der Psychiatrie-Konzept-Folgeplanung Baselland eine Befragung aller Psychiater im Kanton Baselland statt. Erfragt wurden die Anzahl Süchtigen, welche in Therapie stehen, neu in Therapie genommen wurden oder notfallmässig resp. vorübergehend behandelt wurden. Im weiteren wurden verschiedene Fragen zur Therapiemethodik und zur Zusammenarbeit mit der Suchthilfe gestellt. Es wurde auch nach der Zahl der Delinquenten oder Randgruppenpatienten gefragt, die in Therapie stehen.

18 der ausgeschickten 26 Fragebogen kamen zurück (Rücklauf von 69 %). Die Auswertung findet sich in Kapitel 9.

2.1.1.5 Umfrage bei den Apotheken im Kanton Baselland

In Zusammenarbeit mit obgenannter Planungsgruppe und dem Apothekerverband Kanton Baselland konnte eine prospektive Umfrage für den Monat Juni 1988 bei allen Apotheken im Kanton Baselland durchgeführt werden. Erbeten wurden Angaben zur Methadon- und Spritzenabgabe an Drogensüchtige und Beobachtungen über den Medikamentenmissbrauch. Von 27 verschickten Fragebogen kam 20 zurück, wovon einer leer war. Der verwertbare Rücklauf betrug somit 89 %.

Die Auswertung der erhobenen Daten finden sich in Kapitel 5 und 7.

2.1.1.6 Umfrage bei den allgemeinmedizinischen Kliniken der Region Basel

Im Juli / August 1988 wurde versucht, VESKA-Diagnoseanalysen von den medizinischen Abteilungen der umliegenden somatischen Kliniken zu erhalten. Damit sollte abgeklärt werden, wie oft Suchtkrankheit-Diagnoseziffern in den medizinischen Kliniken registriert werden. Aufgrund der entstandenen Arbeitsüberlastung konnte die Befragung nur unvollständig durchgeführt werden. Auch das Bearbeiten eines genügenden Rücklaufes konnte nicht mehr an die Hand genommen werden. Somit sind die spärlichen Ergebnisse, welche zudem aus Erhebungsgründen der einzelnen Spitäler uneinheitlich sind, für unsere Zwecke nicht zu verwerten. Einer der angeschriebenen Klinikleiter bot seine Mithilfe für die Durchführung einer prospektiven Erhebung an. Ein solches Unternehmen sollte im Auge behalten werden. Die eingegangenen wenigen Zahlen wurden in Kapitel 18 verwertet.

2.1.2 Durchgeführte Gespräche

Mit verschiedenen Exponenten von Suchtfachstellen wurden ca. 20 Gespräche geführt. Die Ergebnisse dieser Gespräche wurden nicht separat ausgewertet, sondern flossen in die eigenen Überlegungen, welche unter "Beobachtungen" niedergelegt sind, ein. Die Gespräche wurde teilweise auch dazu verwendet, Datenlücken zu füllen.

2.1.3 Arbeitsgruppen

Der Verfasser arbeitete während des Untersuchungszeitraumes in der Planungsgruppe Substanzenabhängige, Randgruppen und Delinquente der Psychiatriekonzept-Folgeplanung Kanton Baselland mit. In diesem Rahmen wurden einige der oben erwähnten Umfragen durchgeführt. In einer Unterarbeitsgruppe wurde auch an Überlegungen zur Funktion des Hausarztes innerhalb der Süchtigenbetreuung gearbeitet, welche in Kapitel 7 (B.3) ihren Niederschlag gefunden haben.

Zur Bearbeitung des Teilkapitels über die Problemfelder der Therapeutischen Gemeinschaften hat der Verfasser im Rahmen der Kette eine Arbeitsgruppe gebildet. (Kapitel 4, B.3.2).

Ein früheres Mitwirken des Verfassers in der Subgruppe "Prävention" der Psychiatrie-Konzept-Planung Basel-Stadt fand im Kapitel 2 "Prävention" namhaften Niederschlag.

2.1.4 Quellennachweis

Daten, welche ausserhalb der oben erwähnten Erhebungsstruktur zusammengetragen wurden, sind im vorliegenden Bericht jeweils mit Fussnoten angegeben.

2.2 Arbeitsvorgehen

Damit die Arbeit in ihrem Aussehen und Aufbau verständlich wird, soll im folgenden dargestellt werden, wie bei der Verfassung dieser Studie arbeitstechnisch vorgegangen wurde.

2.2.1 Zielvorgabe

Wichtig ist, sich stets vor Augen zu führen, dass die vorliegende Arbeit als Grundlage für Arbeitsgruppen konzipiert wurde. Redaktionelle Mängel wurden bewusst in Kauf genommen, um die vorhandene Arbeitskraft mehr auf inhaltliche Fragen konzentrieren zu können.

2.2.2 Materialsammlung (Erhebungen)

Der eine Teil der Studie wurde auf das Zusammentragen von möglichst vielen Daten und Meinungen verwendet. Die Anwendung wissenschaftlicher Arbeitsmethoden hätte die angestrebte Breite der Datensammlung verunmöglicht und lag darum nicht im Zielbereich unseres Anliegens. Sie sind in ihrer Gesamtmenge zu betrachten.

2.2.3 Problemformulierungen (Beobachtungen)

Damit eine Diskussion in Arbeitsgruppen von Problemformulierungen ausgehen kann, wurden auf breiter Basis zu vielen Teilgebieten der Suchthilfe solche Problemanalysen verfasst. Innerhalb der Studienbegleitgruppe wurde längere Zeit darüber diskutiert, ob aus diesen zwei recht unterschiedlichen Teilen ein oder zwei Berichte verfasst werden sollten. Die strikte Trennung zwischen Erhebungen und Beobachtungen in zwei Bänden hätte den Vorteil, dass die verschiedene Optik deutlich wird. Wenn man sich schlussendlich für eine Integration der zwei Teile in einen Bericht entschlossen hat, geschah dies vor allem, um eine bessere Lesbarkeit zu ermöglichen.

2.2.4 Arbeitsstil

Da für das Erreichen des ehrgeizigen Zieles nur eine knappe Arbeitszeit zur Verfügung stand, und da die Vielfältigkeit der Suchthilfe möglichst breit berücksichtigt werden sollte, musste eine rollende Arbeitsplanung verfolgt werden. Die anvisierte Berichtssystematik lag seit Anbeginn vor und diente als Richtschnur bei der Verfassung von verschiedenen Teilkapiteln und bei der Datenerhebung. Die Folge war, dass an allen Kapiteln gleichzeitig gearbeitet wurde und dass in einem späteren Arbeitsgang versucht werden musste, die einzelnen Produkte zusammenzufügen. Die Übergänge zwischen diesen einzelnen Arbeitsteilen gelangen nicht immer befriedigend. So entsteht manchmal der Eindruck, dass ein Teilkapitel etwas lose im Raume stehen geblieben ist.

2.2.5 Die Studienbegleitgruppe

Die Begleitgruppe bestand aus den Frauen Cornelia Kopp (bis vor kurzem Präsidentin der Kette) und Vreni Hunziker (Supervisorin) sowie den Herren Lukas Leber (Mitarbeiter der CIKADE), Bastian Nussbaumer (Amtsvormund), Heinz Rätz (Leiter Drop-In), Dr. Dieter Thommen (Geschäftsführer der Carl Koechlin-Stiftung) und Markus Würmli (Leiter der Fachstelle für Alkohol- und Drogenfragen). Diese Gruppierung ist mit wenigen Ausnahmen identisch mit der schon vorher tätig gewesenen Fachgruppe für Ambulante Drogenarbeit. Sie hat im Verlaufe des Jahres 1987 in 10 Sitzungen diese Studie konzipiert und 1988 in 15 Sitzungen begleitet. Zusätzlich wurde die vorliegende Arbeit in einer ganztägigen Sitzung durchberaten und verabschiedet. Damit die erprobte und bewährte Arbeitsfähigkeit der Begleitgruppe optimal erhalten bleiben konnte, wurden keine neuen Mitglieder hinzugezogen. Aus dem selben Grunde wurde kein staatlicher Vertreter in die Begleitgruppe aufgenommen. Der einzige Neuzug bestand in der Person von Frau Vreni Hunziker, welche als Supervisorin engagiert wurde. Ihre Aufgabe war es, die Arbeitsfähigkeit der Begleitgruppe zu optimieren und die Arbeit in methodischer Hinsicht zu begleiten.

2.2.6 Mitautorenschaft

Die Kapitel 11 und 17 sowie Teile von Kapitel 1 und 10 wurden von Dieter Thommen verfasst. Die Begleitgruppe hat unter sich die einzelnen Kapitel zur redaktionellen Überarbeitung aufgeteilt, wobei teilweise auch eine Mitautorenschaft entstanden ist. Dort wo dies in namhaftem Umfang geschehen ist, wurde es im Text angemerkt.

2.2.7 Voraussetzungen für eine Weiterentwicklung der vorliegenden Arbeit

Die Arbeitsprozesse, welche bei der Verfassung dieser Studie durchschritten wurden, sollten weiterentwickelt werden. Einerseits müssen die Daten jährlich erneuert werden, andererseits sollten bestehende Lücken geschlossen werden. Es wird angeregt, die Fortführung und Weiterentwicklung des hier praktizierten Arbeitsansatzes als dauerhaftes Instrument in die regionale Suchthilfe zu integrieren. Dazu muss ein konkreter Auftrag formuliert und - unter Absprache mit allen Suchthilfeinstitutionen - einer bestehenden Stelle unter Berücksichtigung des nötigen Personalbedarfes zugeteilt werden (z.B. der Fachstelle für Alkohol- und Drogenfragen, welche bereits über einen entsprechenden gesetzlichen Auftrag verfügt, oder der Kette, die bereits Koordinationsaufgaben erfüllt). Eine Fortführung auf privater Basis ist auf die Dauer nicht möglich. Wünschenswert wäre auch, einzelne Teilfragen mit empirischen Instrumenten zu bearbeiten. Prospektive Studien erlauben es, eine schmale Fragestellung fundierter abzuklären. Erst diese Zusammenarbeit zwischen breiter Material- und Datenerhebung, Problemformulierungen und prospektiven Studien erbringt befriedigende Arbeitsgrundlagen. Damit soll auch gesagt werden, dass keine Widersprüche zwischen Arbeitsansätzen, welche für das Verfassen von Übersichtsstudien und Problem-
analysen notwendig sind und empirischen Studien bestehen. Alle drei Teile sind für einen wissenschaftlichen Problemzugang notwendig und ergänzen sich gegenseitig.

3. Lesehilfe

Damit die umfangreiche und manchmal etwas schwerfällige Arbeit einfacher zu lesen ist, sollen hier einige Hinweise angebracht werden.

3.1 Genereller Aufbau der Arbeit

Im vorliegenden Bericht sind zwei teilweise unabhängig voneinander konzipierte Teile enthalten. Die "Erhebungen" sind das Ergebnis des Zusammentragens von Daten und Meinungen. Die "Beobachtungen" enthalten Problemanalysen, die mehr als eine Interpretation der erhobenen Daten darstellen. Das Fundament der Problemanalysen liegt in der persönlichen Erfahrung des Autors und in seiner Vertrautheit mit den Gegebenheiten der Suchthilfe. Bewusst wurde der Subjektivität der fachlichen Ansichten breiten Raum gelassen. Damit soll die Problemanalyse volle Prägnanz erhalten. Die Gewichtung basiert auf der Zielformulierung dieser Arbeit, welche das Bereitstellen von brauchbaren Grundlagenmaterialien zuhanden von Arbeitsgruppen forderte. An die Leser und insbesondere an zukünftige Mitglieder der zu bildenden Arbeitsgruppen geht die Aufforderung, abweichende Problemanalysen zu formulieren und der Fachgruppe Ambulante Drogenarbeit mitzuteilen. Solche Ergänzungen könnten in eine spätere Auflage evt. integriert werden. Zum Bericht gehört ein umfangreicher Anhang, der in einem separaten 2. Band enthalten ist. Darin finden sich u.a. die Institutionsbeschreibungen und statistisches Material.

3.2 Vorhandene Lesehilfen

Neben einer Inhaltsübersicht und einem detaillierten Inhaltsverzeichnis findet sich ein kleines Stichwortverzeichnis. Damit ist es besser möglich, ein einzelnes Thema quer durch die Arbeit zu verfolgen.

4. Lücken

Obwohl diese Arbeit eine möglichst grosse Themenbreite anvisiert hat, mussten aus Mangel an Zeit und Grundlagenwissen Lücken offenbleiben. Einige Themen konnten gar nicht bearbeitet werden (Suchthilfe und allgemeine Sozialberatung, Suchthilfe und Jugendarbeit, die besondere Situation von Kindern suchtkranker Eltern und die Problematik langjähriger Süchtiger). Die Themen Arbeit und Wohnen sind ebenfalls nur mangelhaft bearbeitet.

Die Kapitel "Suchthilfe im somatischen Spital" und "Suchthilfe und Strafverfolgung" weisen grosse Lücken auf, welche aus Zeitmangel bestehen bleiben mussten.

Eine weitere Lücke betrifft das Thema "Übergeordnete Instanzen", das in Kapitel 14 abgehandelt wird. Eines der Ziele dieser Studie war, die Einbettung der Suchthilfe in die Arbeits- und Entscheidungsprozesse der kantonalen Verwaltungen und das Wirken bestehender Koordinationsorgane darzustellen. Die beabsichtigte Zusammenarbeit mit den kantonalen Instanzen kam jedoch nicht zustande.

5. Dank

Der Verfasser dankt in erster Linie Dieter Thommen, der als Autor der Kapitel 11 und 17 sowie eines Teiles der Kapitel 1 und 10 sein Wissen dieser Arbeit zur Verfügung gestellt hat. Er hat auch die umfangreiche Schlussredaktion besorgt. Im weiteren geht der Dank an die Mitglieder der Studienbegleitgruppe, welche in fast 25 Sitzungen diese Studie konzipiert und begleitet haben und den Verfasser mit Rat, Anregungen und einem grossen Korrekturaufwand unterstützt haben. Den Mitarbeitern der Suchthilfeinstitutionen bin ich zu sehr grossem Dank verpflichtet, benötigte doch das Ausfüllen des umfangreichen Fragebogens einige Stunden Arbeit. Die grosse Bereitschaft, auf die ich in der Entgegennahme meiner Wünsche gestossen bin, hat mich sehr gefreut und war eine der wichtigen Grundlagen, dass ich mich für diese Arbeit immer wieder neu motivieren konnte. Ein gleicher Dank gilt den vielen Hausärzten und Psychiatern im Kanton Baselland sowie den Mitgliedern des Apothekerverbandes Baselland (insbesondere deren Präsidentin), welche mit ihrem Engagement auch für eine befriedigende Rücklaufquote aller Befragungen gesorgt haben. Auch den Mitgliedern der verschiedenen Arbeitsgruppen möchte ich für die Zusammenarbeit herzlich danken.

Den diversen Geldgebern, welche diese Arbeit finanziert haben, insbesondere der Carl Koechlin-Stiftung in Basel, möchte ich für ihre Grosszügigkeit und für ihren Mut, eine solche Studie entstehen zu lassen, danken.

Den grössten Dank bin ich Frau Regula Althaus schuldig, welche sich in einer Notsituation für die umfangreichen Schreibarbeiten spontan zur Verfügung gestellt hat und ihren Enthusiasmus zeitweilig "bitter büssen" musste. Ohne ihr Durchhalten wäre diese Arbeit auseinandergefallen. Auch Frau Sprunger, welche für mich zu Beginn der Arbeit geschrieben hat, danke ich herzlich.

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit besteht aus zwei Bänden und umfasst verschiedene Erhebungen und Analysen. Es wurden alle Suchthilfe-Institutionen der Region und alle Therapeutischen Gemeinschaften für Drogenabhängige der Deutschschweiz erfasst. In Zusammenarbeit mit der Folgeplanung des Psychiatriekonzeptes wurden im Kanton Baselland Befragungen bei den Hausärzten, Psychiatern und Apotheken durchgeführt.

Im Band 1 werden auf 320 Seiten in 18 Kapiteln die verschiedenen Teile der regionalen Suchthilfe dargestellt. Jedes Kapitel umfasst einen Erhebungsteil, in dem die zusammengetragenen Daten dargestellt werden, und einen Beobachtungsteil, der Analysen und Problemformulierungen zu Teilgebieten der Suchthilfe enthält.

Im Anhang der Studie (Band 2) werden auf 340 Seiten 38 Institutionen der regionalen Suchthilfe ausführlich beschrieben und statistische Angaben zusammengestellt. Weitere Detailinformationen runden die Materialsammlung der Arbeit ab.

ERGEBNISSE

1. Übersichten

In unserer Region sind schätzungsweise 64'000 Personen von den Folgen einer Suchtkrankheit betroffen. Ca. 16'000 Menschen sind infolge ihres Alkoholismus, ihres Medikamentenmissbrauches oder ihrer Drogensucht behandlungsbedürftig und ca. 48'000 Menschen haben als Angehörige oder Bezugspersonen unter den Folgen einer Sucht zu leiden. 35 Suchthilfeinstitutionen mit insgesamt 213 Mitarbeitern kümmern sich gegenwärtig um die notwendige Hilfe. 18 private Träger sind in der Suchthilfe tätig; die übrigen Institutionen werden von den beiden Halbkantonen Basel getragen. Es wird ein Finanzaufwand von ungefähr Fr. 22 Mio. für die regionale Suchthilfe betrieben, wobei 46 % der Gelder auf Entwöhnungsbemühungen entfallen.

2. Prävention

Nach wie vor besteht ein grosse Diskrepanz zwischen der Tatsache, dass für allgemeine und spezifische Präventionsmassnahmen resp. für die Erarbeitung von Grundlagenwissen relativ wenig Mittel aufwendet werden und der immer wieder erhobenen Forderung, präventiven Anstrengungen in besonderem Masse Beachtung zu schenken. Diese Tatsache illustriert eine andere: dass eine Bearbeitung des Präventionsbereiches ein sehr komplexes Arbeitsgebiet darstellt; es reicht weit über die eigentliche Suchthilfe hinaus. In der Präventionsthematik sind Werthaltungen und gesellschaftspolitische Fragestellungen angesprochen. Das Spektrum wird derart weit, dass sich alle und vielleicht auch niemand für deren Bearbeitung zuständig fühlt. In der Region Basel sind lediglich 5,5 Mitarbeiterstellen in definierter Weise im Bereiche Prävention tätig.

3. Entzug

Ausser bei der CIKADE ist der Entzug in unserer Region kein institutionell gesondert erfasstes Arbeitsgebiet der Suchthilfe. Der Entzug findet verstreut in allen Kliniken statt und ist in die allgemeine Tätigkeit der jeweiligen Klinik

integriert. Erhebungen sind daher besonders schwierig; sie setzen ein prospektives Vorgehen voraus, da die vorhandenen Zahlen keine schlüssigen Antworten erlauben. Aufgrund aller vorliegenden Erfahrungen kann allerdings gesagt werden, dass die Schaffung von gesonderten Entzugs- und Krisenstationen für Süchtige in beiden Halbkantonen Basel eine Notwendigkeit darstellt. Dabei ist zwischen Alkohol- und Tablettenabhängigen sowie Drogenabhängigen zu unterscheiden und zu berücksichtigen, dass die Abdeckung der verschiedenen Entzugsbedürfnisse verschiedene Arbeitskonzeptionen voraussetzt. Im weiteren ist zwischen therapeutischen Entzügen und "Spontan-Entzügen" zu unterscheiden. Für erstere kommt der Entzugsvorbereitung eine besondere Bedeutung zu. Bei der Schaffung von ein bis zwei weiteren Entzugsstationen mit kantonaler oder regionaler Ausrichtung ist deren Verknüpfung mit den Suchtberatungsstellen besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Die Entzugsstationen sollen als Dienstleistungsbetrieb der Suchtberatungsstellen betrachtet werden. Damit kann am besten gewährleistet werden, dass der eingeleitete Entzug nicht im luftleeren Raum stehen bleibt.

4. Entwöhnung

Bei der Entwöhnung (1) muss ein ambulanter und ein stationärer Teil unterschieden werden. Während die stationäre Entwöhnung einigermaßen gut ausgebaut ist, mangelt es an einer Konzeptionalisierung und einem entsprechenden Ausbau der ambulanten Entwöhnung. Das Hauptergebnis dieser Untersuchung besteht darin, dass der ambulanten Entwöhnung in den vergangenen Jahren zuwenig Bedeutung eingeräumt worden ist. Dieses Versäumnis wird durch die Tatsache eindrücklich dokumentiert, dass eine eigentliche Zusammenarbeit in der Suchthilfe ausgeblieben ist. Die verschiedenen ambulanten und stationären Institutionen arbeiten weitgehend nebeneinander her. Die Hausärzte und somatischen Spitäler, denen für eine Früherfassung der suchtkranken Menschen als Anlaufstellen von grösster Bedeutung zukommt, sind kaum in die spezialisierte Suchthilfe integriert. Der Suchthilfe mangelt es heute noch weitgehend an der zentralen Drehscheibe, um die sich alle spezialisierten Angebote organisieren. Damit ist der Ausbau der Suchtberatungsstellen zum Kernstück der ambulanten und stationären Suchthilfe gemeint. Den Suchtberatungsstellen und den assoziierten Trägern der ambulanten Entwöhnung muss konzeptionell Priorität über die stationären Konzepte zukommen. Entzugsstationen und Entwöhnungskliniken sollen als Dienstleistung gegenüber der ambulanten Entwöhnung angesehen werden. Nur eine langfristige ambulante Beratung, Betreuung und Therapie von suchtkranken Menschen und deren Angehörigen vermag, bleibende Veränderungen anzustossen und durchzutragen. Einem stationären Aufenthalt kommt lediglich der Stellenwert eines befristeten Entwicklungsschrittes im längerfristigen Prozess zu.

Das Versäumnis der Suchthilfe, ohne Kernstück in lose verbundenen Institutionen vor sich hin zu arbeiten, hat unter anderem dazu geführt, dass heute der therapeutischen Suchthilfe ein Versagen vorgeworfen wird. Diese Kritik, so schmerzhaft sie sein mag, ist teilweise durchaus berechtigt. Das Versagen liegt aber nicht - wie in der heutigen drogenpolitischen Diskussion vornehmlich behauptet - an der Abstinenz als wichtigem Teilschritt einer Suchttherapie. Die nur mangelhafte Wirksamkeit der heutigen Suchthilfe und die festgestellte ge-

1) Der Begriff der Entwöhnung wird hier in seiner weiten Form gebraucht. Die Entwöhnung umfasst alle Anstrengungen, die zur Erlangung und Bewahrung der Nüchternheit im Sinne einer Persönlichkeitsentwicklung notwendig sind. Somit reicht das Arbeitsgebiet der Entwöhnung in alle Sparten der Suchthilfe hinein und umfasst die Früherfassung, die Beratung und Therapie wie auch die Nachsorge. Die wichtigsten Teile der Entwöhnung stellen die allgemeine Beratung, die Motivationsarbeit, die Krisenintervention, die stationäre Therapie, die praktische Lebenshilfe und Sozialbetreuung, die Psychotherapie und die Paar- und Familientherapie dar.

ringe Erreichung eines grossen Teils der Süchtigen liegt in der Vernachlässigung des Kernstückes der Suchthilfe, der sozial- und psychotherapeutisch fundierten Suchtberatungsstellen, denen die Funktion einer Drehscheibe innerhalb der gesamten Suchthilfe zukommen sollte. Der Suchthilfe droht heute eine Verpolitisierung von aussen. So ist denn auch heute kaum mehr eine Grenze zwischen Drogenpolitik und Suchthilfe auszumachen. Juristen und Politiker haben sich des Themas in starkem Masse angenommen. Es ist zu befürchten, dass politische, juristische und polizeiliche Problemstellungen auf dem Rücken der Suchthilfe ausgetragen werden und diese zunehmend bestimmen.

5. Substitution

Die Methadon-Behandlungen unter der Aufsicht der PUK sind in den vergangenen Jahren sprunghaft angestiegen von anfänglich 20 (1980) auf nunmehr gegen 300. Allein in den letzten 2 1/2 Jahren hat sich die Anzahl der Methadonbezügler verdreifacht. Es wird mit einem weiteren Anstieg bis maximal 500 Methadonbezügern gerechnet. Die Abgabe erfolgt hauptsächlich durch gegenwärtig ca. 60 Hausärzte, wobei im Kanton Baselland verschiedene Apotheken in die Abgabe des Methadons integriert sind. Hinzu kommen 40 Dicodid und 22 Methadon-Behandlungen, die durch die PUP durchgeführt werden.

Diese rasche Ausbreitung der Substitutionsbehandlungen gibt zu Bedenken Anlass: Die Indikations-Kriterien sind uneinheitlich und wurden im Laufe der Zeit zunehmend erweitert; die Kontrolle der Abgabe-Bedingungen ist lückenhaft, was auch zur Belieferung des Schwarzmarktes führt. Vor allem aber ist eine adäquate Betreuung der Abhängigen nicht gewährleistet.

Um die Betreuung der wachsenden Zahl von Methadon-Bezüglern sicherzustellen ist - anstelle eines Ausbaues der Strukturen - eine Umverlagerung von personellen und finanziellen Mitteln zu befürchten. Personelle Kapazitäten und Geldmittel drohen durch Methadon-Behandlungen absorbiert zu werden mit der Konsequenz, dass sie für drogenfreie Behandlungen fehlen.

Gegenüber dem Behandlungsansatz der Substitution bestehen auch grundsätzliche Bedenken, die ausführlich dargelegt werden. Abgelehnt wird die Abgabe von Ersatzstoffen als "drogenpolitische" Massnahme. Die These, die Verelendung Opiatabhängiger sei ausschliesslich auf die Illegalität der Drogen und die strafrechtliche Verfolgung zurückzuführen, ist irreführend: Die Verelendung ist vielmehr ebenso die Folge der Suchtkrankheit und des damit verbundenen Herausfallens aus den sozialen Netzen. Auch die psychische Komponente der Selbsterstörung spielt eine Rolle und hier muss schliesslich die Hilfe ansetzen.

Die heutige breite Befürwortung der Methadonabgabe stützt sich unter anderem auf die holländische Drogenpolitik, mit der teilweise gute Erfahrungen gemacht werden. Dabei wird übersehen, dass in Holland eine ganz andere Zusammenarbeit zwischen Drogenverfolgung und Drogenhilfe als in der Schweiz besteht. In Holland gelingt es offenbar weitgehend, klare Regeln zwischen Drogenszene und Polizei abzusprechen und einzuhalten. Dadurch wird der Druck auf die "Gasse" entscheidend reduziert - dies ganz im Gegensatz zu der bei uns oft veranstalteten Hetzjagd auf Drogensüchtige. Die Folge davon ist die Etablierung einer gewissen Ordnung auf der Gasse, eine grössere Reinheit des Stoffes und ein viel tieferer Schwarzmarktpreis der Drogen. Die Bedeutung der Methadonabgabe wird im gesamte Massnahmepaket einer "Kultivierung" der Gasse stark überschätzt. Da bei uns bislang alle anderen Massnahmen fehlen und nur der blossen Substitution Tür und Tor geöffnet wurde, werden durch die Methadonprogramme häufig destruktive Entwicklungen unterstützt. So gelangen zum Beispiel viele ehemalige Drogensüchtige, die eine Therapie erfolgreich absolviert haben und die in einer Krisenzeit vorübergehen rückfällig geworden sind, auf lange Sicht wieder in eine Methadonabhängigkeit. Dabei wird die drogenfreie

Krisenintervention und die Umsetzung der Erfahrung mit einem Rückfall in eine weitere wichtige Persönlichkeitsentwicklung sträflich versäumt.

Es wäre Aufgabe der politischen Instanzen, zusammen mit den Institutionen der Drogenhilfe die Frage der Prioritäten zu diskutieren und zu klären. Die Indikationskriterien und die Abgabe-Bedingungen für Methadon und andere Ersatzstoffe sind neu festzulegen. Eine unabhängige Überprüfung der bisherigen Erfahrungen in diesem Bereich wäre wünschbar.

6. Suchthilfe und AIDS

Alle Suchthilfeinstitutionen haben sich in den letzten Jahren mit der AIDS-Thematik befassen müssen. Die AIDS-Erkrankung resp. die HIV-Infektion hat die Suchthilfe insgesamt stark verändert. Teilweise wird auf dem "Rücken" dieser Thematik auch vieles ausgetragen, was nicht direkt zur AIDS-Problematik gehört.

Verschiedene Problemebenen sind zu unterscheiden: In präventiver Hinsicht sind der Schutz der noch nicht infizierten Drogenkonsumenten, die innerhalb der Risikogruppe in hohem Masse infektionsgefährdet sind, und der Schutz der übrigen Bevölkerung vor einem raschen Ausbreiten der HIV-Infektion zu erwähnen. Die Betreuung und Pflege von infizierten oder erkrankten praktizierenden oder ehemaligen Süchtigen stellen weitere Aufgabenfelder der Suchthilfe dar. Bei den heute geltenden Strategien ist oft schwer auszumachen, welche Problemebene anvisiert wird. Besonders bei der Methadonabgabe ist auf dem Hintergrund epidemiologischer und betreuerischer Überlegungen oft unklar, welches Resultat erreicht werden sollte. Aus den bisherigen Erfahrungen kristallisiert sich aber eine Erkenntnis klar heraus: Der Kernpunkt von präventiven und betreuerischen Massnahmen stellt nicht die Substitution an sich, sondern die fundierte Beratung und Auseinandersetzung mit dem Süchtigen dar. Dabei geht es vorrangig um eine Thematisierung von sexuellen Gewohnheiten und um ein Durcharbeiten der mit dem Fixen verbundenen Selbstzerstörungstrieb. (2) So wie die Substitutionsprogramme bei uns angelaufen sind, ist leider zu befürchten, dass das Wesentliche und im Sinne der Prävention Wirkungsvollste versäumt wird.

7. Suchthilfe und allgemeine Krankenversorgung

Wie oben dargestellt, besteht eines der Hauptergebnisse dieser Untersuchung darin, dass die allgemeine Krankenversorgung durch Hausärzte und somatische Spitäler für eine Früherfassung suchtkranker Menschen fast nicht genutzt wird. Für die nahe Zukunft müssen diesbezügliche Veränderungen hohe Priorität erhalten.

Eine Befragung der Hausärzte im Kanton Baselland hat ergeben, dass die basellandschaftlichen Hausärzte monatlich fast 1400 Patienten mit einem Suchtproblem sehen. 56% sind medikamentenabhängig, 32% sind alkoholabhängig und 12% drogensüchtig. Einen Drittel der Suchtpatienten kann der Hausarzt auf ihre Sucht ansprechen, wobei es hier grosse Unterschiede gibt. Die Drogensüchtigen sind zu 61% auf ihre Sucht ansprechbar, die Alkoholabhängigen zu 30% und die Medikamentenabhängigen nur gerade zu 25%. Aufgrund verschiedener Hochrechnungen kann angenommen werden, dass die hausärztlich tätigen Ärzte in der Region ca. 2500 Suchtpatienten pro Jahr auf ihre Sucht ansprechen und damit potentiell einer spezifischen Suchtbehandlung zuführen könnten. (560 Alkoholabhängige [47%], 450 Medikamentenabhängige [37%] und 190 Drogenabhängige [16%]). Viele Hausärzte wünschen eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit der

2) Siehe dazu die Auswertung von W. Fuchs "Psychosoziale / medizinische Indikationen zu Methadonprogrammen" 1988 über erste Erfahrungen am Drop-In Zürich.

Suchthilfe. Sie erwarten, dass diese vermehrt die Rahmenbedingungen der ärztlichen Praxis berücksichtigt und rasche Dienstleistungen und Beratungen ermöglicht. Das persönliche Vertautsein mit den Suchtberatern stellt für den Hausarzt eine grosse Erleichterung für diese Zusammenarbeit dar. Es wird daher angeregt, dass Erstkontakte der Suchthelfer mit Hausarztpatienten in der Arztpraxis stattfinden können. Wichtig ist, dass der Hausarzt sich stets neu bewusst macht, wo er Sucht unterstützt, den Süchtigen begleitet, wann er die Sucht als solche feststellt und welche Suchtpatienten er mit welchen Mitteln zu einer Beratung oder Therapie motivieren kann.

Im somatischen Spital werden in der Region jährlich etwa 1500-2000 Menschen mit einem Suchtproblem hospitalisiert. Allein in den Medizinischen Abteilungen muss mit 800-900 Suchtpatienten jährlich gerechnet werden. Von diesen erreichen die Suchtberatungsstellen nur ca. 2-3%. Für eine Verbesserung der Übernahme von Spitalpatienten, deren Grundleiden eine Suchtproblematik darstellt, wird die Schaffung eines Sucht-Konsiliardienstes, der von den Suchtberatungsstellen getragen werden soll und an dem auch Nichtärzte partizipieren, notwendig.

Eine Umfrage bei den 26 freipraktizierenden Psychiatern Basellands im Frühjahr 1988 ergab, dass die 18 antwortenden Erwachsenen- und Kinderpsychiater im Moment 60 Substanzenabhängige behandeln. Daraus kann hochgerechnet werden, dass bei den 207 praktizierenden Psychotherapeuten (Psychiater und Psychologen) ca. 650 süchtige Patienten in Beratung oder Therapie stehen. Obwohl diese Zahl nicht unbeträchtlich scheint, ist sie im Verhältnis zu den geschätzten 16'000 Alkohol-, Medikamenten- und Drogenkranken doch recht gering. Das in der Region Basel vorhandene psychotherapeutische Angebot kann für die Suchthilfe noch zu wenig nutzbar gemacht werden. Die erforderlichen institutionellen Verknüpfungen fehlen weitgehend. Damit kann nur schwer verhindert werden, dass süchtige Patienten/Innen nicht aus dem Setting herausfallen. (Hilfe bei der Suche eines Therapieplatzes, klare Kostenregelung für ausfallende Stunden, Zusammenarbeit mit Suchtfachstellen etc.).

8. Suchthilfe, Strafverfolgung und Strafvollzug

Unsere heutige Situation ist durch einen breiten Graben zwischen den Ordnungskonzepten der Polizei, der Strafverfolgung und der Suchthilfe geprägt. Seitens der schweizerischen Polizeibehörden ist kaum Verständnis dafür vorhanden, dass - mit den Suchthilfe-Institutionen und mit den Betroffenen zusammen - klare Absprachen über eine "Ordnung der Subkultur" getroffen werden sollten. Darin sehen wir eine der Hauptursachen für die zunehmende Verelendung der "Gasse". Weitere wichtige Versäumnisse, die der Strafverfolgung zur Last gelegt werden müssen, sind die mangelhafte Betreuung der Süchtigen in den Untersuchungsgefängnissen. Angesichts der absolut fehlenden Strategien zur Motivation von süchtigen Untersuchungshäftlingen erscheint die Diskussion, inwieweit inhaftierte Süchtige zu einer Veränderung ihrer Lebensbedingungen motivierbar sind, als spitzfindiger Streit um Worte. Als Rechtfertigung der folgenswerden Isolations-Strategie wird vorwiegend das geltende Betäubungsmittelgesetz herangezogen. Ob der theoretischen Diskussion um rechtliche Prinzipien wird das gemeinsame Suchen nach praktikablen Lösungen zum Nachteil der Betroffenen weiter versäumt.

Im Kanton Baselstadt verfügt das Untersuchungsgefängnis Lohnhof und die Ausstation Schällenmätteli zusammen über zwei Sozialarbeiter, die für die 200 - 250 Häftlinge zuständig sind. 30-50% der Untersuchungshäftlinge sind süchtig. Das heisst, dass alleine in der Untersuchungshaft Baselstadt dauerhaft 75-100 suchtkranke Menschen zu betreuen wären. Die meisten Häftlinge haben schwerwiegende soziale und psychische Probleme. Der knapp dotierte Sozialdienst ist allerdings personell und strukturell nicht in der Lage, all diese Probleme ad-

äquat zu betreuen. Viele Drogensüchtige, welche in U-Haft kommen, sind dem Drop-In bekannt oder stehen sogar in einer Suchtberatung. Das Drop-In bemüht sich, so weit wie möglich eine Betreuung zu gewährleisten. Viele strukturelle und personelle Grenzen (3) limitieren aber auch dieses Betreuungsangebot.

Unseres Wissens wurde in der Region Basel noch nie der Versuch unternommen, mittels eines personalintensiven Konzeptes die Entzugskrise innerhalb der U-Haft sozio- oder psychotherapeutisch zu nutzen. So bleibt unklar, wie gut Drogensüchtige während ihrer U-Haft zu motivieren wären, obwohl sie vordergründig mehrheitlich keine Motivierbarkeit zeigen. Dass eine anfängliche Ablehnung von Hilfsstrategie noch nichts aussagt über die längerfristige Motivierbarkeit von Süchtigen, weiss man aus vielerlei Erfahrungen. Im weiteren haben die Drogensüchtigen auch ein spezifisches Bild der Untersuchungshaft, in welchem eine schlagkräftige Hilfe für sie nicht integriert ist. So erwarten sie gar keine solche Hilfe und setzen vielmehr auf eine ihnen bekannte Überlebensstrategie.

Wünschenswert wäre, wenn ein Versuch unternommen werden könnte, mit einem Teil der Untersuchungshäftlinge ein intensives psychosoziales Betreuungskonzept zu realisieren. Dem steht allerdings die rigide Gerechtigkeitsideologie, welche den Gefängnisalltag beherrscht, teilweise im Wege. Trotzdem könnte in Basel z.B. im Lohnhof oder im Schällenmätteli eine intensive psychosoziale Betreuung zur Anwendung kommen, während es im anderen Untersuchungsgefängnis bei der alten Betreuungsordnung bliebe. Somit wäre herauszufinden, welches Potential ein gutes Ausnutzen der U-Haft-Krise für die Einleitung von längerfristigen Therapiestrategie haben könnte. Ein solches "Motivationsmodell" kann allerdings nur dann verwirklicht werden, wenn Vertreter der Strafjustiz, Politiker und erfahrene Drogenfachleute sich zusammensetzen und ernsthaft versuchen, eine im Sinne einer Behandlungsmotivation optimale Lösung zu entwickeln. Den Regierungen wird vorgeschlagen, ein entsprechendes Gremium zu bilden und mit der Ausarbeitung konkreter Vorschläge zu beauftragen.

9. Auftragslage, Zusammenarbeit und Koordination

Dem Kapitel über die Auftragslage der Suchthilfeinstitutionen liegt die Hypothese zugrunde, dass es den Institutionen bislang nicht genügend gelungen ist, als klare Mandatsträger für die Behandlung von Abhängigen in Erscheinung zu treten. Die Antworten auf die im Institutionsfragebogen enthaltenen Fragen bestätigen die Hypothese mehrheitlich. Es ist vielmehr ein Ringen um Akzeptanz spürbar. Weiter ist zu beobachten, dass Mitarbeiter von Suchtfachstellen sehr wohl bereit sind, entsprechende Leistungsaufträge entgegenzunehmen. Als Auftragsdefinition gelten kantonale Gesetze und Verordnungen, Subventionsverträge und vereinsinterne Rahmen- oder Feinkonzepte. Es ist aber ein Unterschied, ob ein öffentlicher Auftrag vorliegt, einem gemeldeten Einzelfall nachzugehen oder ob ein öffentlicher Leistungsauftrag besteht, für die Behandlung der Suchtproblematik zuständig zu sein. Mangels genügender Berufsidentität, Professionalität und deklariertem Leistungsauftrag wird das notwendige Mandat sowohl von der eigenen Institution wie auch von aussen mangelhaft wahrgenommen. Innerhalb der Drogentherapie scheint die Hauptproblematik der Mandatsfrage bei den Drogenberatungsstellen zu liegen. Hier wird die Zuordnung einer Zuständigkeit für die Therapie von Drogenabhängigen zu sehr an die stationären Institutionen delegiert, welche ihrerseits aber eine starke Selektion betreiben. Damit die Drogenberatungsstellen als primäre Mandatsträger in der Suchthilfe auftreten können, müssen klare Rahmenbedingungen geschaffen werden!

3) Das gesamte Drop-In hat nur gerade 6,1 Stellen.

Die Suchthilfeinstitutionen unterhalten eine breite Vernetzung miteinander. Auffallend ist hingegen, dass nur wenige genau definierte Vernetzungsinstrumente bestehen. Die Wünsche, welche zuhänden der einzelnen Suchthilfeinstitutionen geäußert werden, wurden zusammengestellt. Auch hier wird der Aspekt deutlich, dass die Konkretisierung der Zusammenarbeit eines der wichtigsten Elemente innerhalb der Suchthilfe darstellt. Im weiteren besteht ein Mangel an klaren Arbeitskonzepten der Institutionen. Als Grund, weshalb die Koordination häufig zu kurz kommt, wird vor allem auf das Fehlen von übergeordneten Konzepten in der Suchthilfe verwiesen.

Die heutige Aufteilung der Zuständigkeit innerhalb der Kantonalen Verwaltung ist zwar aus ihrer historischen Entwicklung heraus sehr verständlich, ist aber den heutigen Anforderungen, welche an die immer komplexer werdende Suchtproblematik gestellt werden, nicht mehr gewachsen. Die "Reibungsverluste", die aus den oben dargestellten Schwierigkeiten heraus entstehen, werden immer grösser und führen zeitweise zu einem Entscheidungsnotstand, indem vorliegende Projekte über Monate nicht realisiert werden können, weil die entsprechenden Entscheide nicht gefällt werden, obwohl immer wieder versichert wird, dass das Bedürfnis nicht umstritten sei, ja das entsprechende Projekt dringend benötigt werde.

Die Erarbeitung eines neuen Suchtkonzeptes, das auch eine Antwort auf die hier gestellten Probleme gibt, wäre ein erster Schritt zu einer effizienteren Arbeitsweise seitens der Verwaltung. Dabei muss in erster Linie von den vorhandenen Aufgaben und Problemen in der Suchthilfe ausgegangen werden und nicht von politischen Interessen oder Machtansprüchen.

10. Veränderungen und offene Ziele der Institutionen

Die psychischen und sozialen Probleme süchtiger Menschen sind vielfältiger und gravierender geworden. Bei den Fachleuten findet eine vertiefte Auseinandersetzung über die konzeptionelle Basis ihrer Arbeit statt. Das Hauptaugenmerk richtet sich vermehrt auf komplexere psychodynamische Vorgänge. Familienorientierte Beachtungsweisen sind im Vormarsch. Eine Rückkehr zu Symptomorientierten "Pflästerli"-Verhalten ist trotz Methadon-Diskussion, nicht festzustellen.

Die Institutionen geben an, aus Zeitmangel und teilweise in Ermangelung von Finanzen verschiedene Ziele bislang nicht erreicht zu haben resp. an deren Umsetzung nicht arbeiten zu können. Der personelle und finanzielle Freiraum, der eine Voraussetzung für kreative und durchgreifend neue (und originelle) Arbeitskonzeptionen darstellt, fehlt meist. So müssen vorhandene Gedankenskizzen unbearbeitet bleiben. Seit langem beobachtete Misstände können nicht ausgeräumt werden.

Ein solcher Umstand hat auf die Berufsmotivation und Kreativität der Mitarbeiter insgesamt grosse Folgen. Ich nehme an, dass es für viele Mitarbeiter, die kreative Lösungsideen hätten und grundlegende Misstände in der Arbeit täglich feststellen, hemmend und demotivierend ist, an deren Umsetzung nicht arbeiten zu können. Dieses Phänomen betrifft nicht nur die Suchthilfe. Andererseits ist es unmöglich, dass jede Institution so viel personellen und finanziellen Spielraum hat, dass sie selber grundlegend kreativ aktiv werden kann.

Aus diesen Überlegungen muss man folgern, dass die Suchthilfe eine zentrale Projektierungsdienstleistung mit eigenem Personalbestand und Budget benötigte. Verschiedene Institutionen haben in den vergangenen Jahren zeitlich begrenzt Projektleiter eingesetzt, welche konzeptionelle Arbeiten koordiniert haben. Diese Projektleiter wurden jeweils für ein konkretes Vorhaben gesucht und entlohnt. Sie mussten sich selber jeweils in die Projektierungsarbeit einarbeiten und hatten in diesem Arbeitsgebiet häufig wenig Vorerfahrung. Die Pro-

Projektleiter haben zwar oftmals Erhebungen bei anderen Institutionen durchgeführt. Ihre Arbeit führte aber nicht zu einer eigentlichen Vernetzungsarbeit der Institutionen. Ihr Aufgabengebiet war stets konzentriert auf die Umsetzung des definierten Auftrages. (Als Beispiel kann auch die Verfassung dieser Studie dienen).

Die zentrale Dienstleistung muss für alle Institutionen offenstehen. Sie kann damit einen wesentlichen Beitrag zur Integration der einzelnen Institutionen leisten. Notwendige Arbeitsprozesse bei der Konzeptionalisierung einer Idee, Bedarfsabklärungen und die Erarbeitung von Finanzierungskonzepten können effizienter erledigt werden, da auf konkrete Vorerfahrungen zurückgegriffen werden kann und verschiedene notwendige Kontakte zum Umfeld bereits bestehen. Nur mit einem solchen zentralen Projektierungsinstrument wird die Suchthilfe fähig sein, im Verlaufe der Jahre verschiedene komplexe aber zentrale Problemstellungen zu bearbeiten und heute zum Teil unüberwindlich erscheinende Hürden zu bewältigen.

11. Gesetzliche Grundlagen der Suchtbekämpfung

Süchtige werden von einer Vielzahl gesetzlicher Bestimmungen erfasst. Das Kapitel gibt einen Überblick darüber. Unter das Strafrecht fallen praktisch nur süchtige Konsumenten von Betäubungsmitteln, die meist die hohen Kosten ihres Suchtmittelkonsums nur durch illegale Handlungen finanzieren können. Dabei geht es - neben Vermögensdelikten - vor allem um den Handel mit Betäubungsmitteln, der schon bei relativ geringen Mengen sehr hart bestraft wird.

Als Alternative zum Strafvollzug sieht das Gesetz stationäre oder ambulante Massnahmen vor. Von den bestehenden Möglichkeiten zum vorzeitigen Antritt einer therapeutischen Massnahme machen aber nur sehr wenige Drogenabhängige Gebrauch. Dafür sind verschiedene Umstände verantwortlich zu machen, die eine Motivation Süchtiger in der Situation der Untersuchungshaft ausserordentlich erschweren.

Die ambulanten Massnahmen sind im Zusammenhang mit der vermehrten Abgabe von Ersatzstoffen stark am zunehmen - diese Entwicklung erscheint als nicht unproblematisch. Die unerlässlichen flankierenden Massnahmen für Methadon-Bezüger fehlen auch weitgehend.

In Zusammenarbeit mit Vertretern der Justizbehörden und von Drogenhilfe-Einrichtungen sollte versucht werden, für Drogenabhängige in Untersuchungshaft optimale Bedingungen für eine Behandlungsmotivation und insbesondere für einen möglichst frühzeitigen Übertritt in eine Therapeutische Einrichtung zu entwickeln. Entsprechende Modelle und Erfahrungen sind bereits vorhanden.

Die zivilrechtlichen Bestimmungen, insbesondere jene über den fürsorgerischen Freiheitsentzug, kommen praktisch nur bei Alkoholikern zur Anwendung und auch hier meist nur im Zusammenhang mit akuten Situationen, die ein rasches Eingreifen der Behörden erfordern. Es wäre zu prüfen, in wiefern fürsorge-rechtliche Massnahmen bei Drogenabhängigen zur Anwendung kommen können und sollen.

12. Finanzielle Grundlagen der Suchthilfe

Die Finanzierung der Suchthilfe ist in ganz verschiedenen eidgenössischen und kantonalen Gesetzen und Verordnungen geregelt. Die bestehenden Regelungen werden dargestellt. Unbefriedigend ist u.a. die Finanzierung der privat getragenen Drogenhilfe gelöst. Folgende Lücken und Mängel sind festzustellen: Die Finanzierung von privaten Entzugsstationen, welche überregional tätig sind, ist nicht geregelt. Die Finanzierung von ambulanten und stationären Einrichtungen

ist derart getrennt geregelt, dass Institutionen mit einem gemischten Angebotsprofil kaum entstehen bzw. überleben können. Im weiteren sind die Begutachtungs- und Verteilungskriterien für staatliche Gelder nicht transparent geregelt.

Analog zur unkoordinierten und nicht gemeinsam konzeptionalisierten Art der heutigen Suchthilfe, sind auch die Beurteilungs- und Entscheidungsinstanzen für die Finanzierung in den zwei Halbkantonen uneinheitlich geregelt. Soll die Suchthilfe inskünftig durch eine Konzeptionalisierung der Zusammenarbeit an Wirksamkeit gewinnen, ist sie auf einen einheitlichen Partner mit transparenten Entscheidungsbefugnissen innerhalb den kantonalen Verwaltungen angewiesen, um Finanzierungskonzepte ausarbeiten und umsetzen zu können.

13. Schlussfolgerungen für eine Konzeptionalisierung der regionalen Suchthilfe

- a) Die Suchtberatungsstellen (4) müssen so ausgebaut werden, dass sie als Drehscheibe der gesamten Suchthilfe arbeiten können. Dazu müssen die verschiedenen Beratungsstellen der Kantone je eine gemeinsame Stabsstelle unterhalten, die alle koordinierenden Funktionen übernehmen können.
- b) Die Entzugs- und Entwöhnungseinrichtungen sind mit den Suchtberatungsstellen so zu verknüpfen, dass begonnene Therapieprozesse bei Ein- und Austritt der Klienten nicht abreißen, sondern von den Beratungsstellen übernommen werden können.
- c) Die Beratungsstellen sollen einen Sucht-Konsiliardienst an den somatischen Spitälern einrichten und unterhalten.
- d) Die Beratungsstellen sollen einen Notfalldienst für Suchtnotfälle einrichten.
- e) Die Beratungsstellen sollen die Zusammenarbeit mit den Hausärzten und den Sozialdiensten intensivieren und regeln.
- f) Die Finanzierungsgrundlagen sind so anzupassen, dass eine institutionsübergreifende Betreuung der suchtkranken Menschen möglich wird.
- g) Die Kantonalen Verwaltungen sollen ihre Entscheidungskompetenzen zusammenfassen und vereinheitlichen, damit einer koordiniert arbeitenden Suchthilfe einen einheitlichen und transparenten Partner erwächst.

Diese Massnahmen sollen ermöglichen, dass die Suchthilfe ihren Auftrag - die Betreuung möglichst vieler Menschen mit Suchtproblemen - in Zukunft besser wahrnehmen kann. Der Katalog zeigt, dass eine Konzeptionalisierung der Suchthilfe nur mit einem starken Ausbau der Suchtberatungsstellen und mit einer Erweiterung ihres Mandates möglich ist. Dabei muss vor Augen gehalten werden, dass in unserer Region potentiell 16'000 suchtkranke Menschen (5) zu betreuen sind. Dazu ist eine gut ausgebaute Suchthilfe erforderlich.

4) In dieser Arbeit wurde den Suchtberatungsstellen kein eigenes Kapitel gewidmet, obwohl sie das Kernstück der Suchthilfe darstellen sollten. Sie wurden in das grosse Kapitel 4 "Entwöhnung" integriert, mit der Absicht, ihre Stellung als Schrittmacher des Entwöhnungsprozesses zu definieren. Damit soll auf die weitgehend brachliegenden Möglichkeiten, die aus dieser Hauptfunktion der Beratungsstellen erwachsen, hingewiesen werden. Mit einer solchen Gewichtung soll nicht übersehen werden, dass vor allem die Drogenberatungsstellen auch Funktionen im Kultivierungsprozess der Gasse zu übernehmen haben.

5) Zum Vergleich: Die Psychiatrie hat als Hauptaufgabe ca. 1% der Bevölkerung mit schizophrenen Erkrankungen und ca. 1-2% der Bevölkerung mit Depressionen zu betreuen. Die Bevölkerung zählt ca. 2% alkoholabhängige, 1-2% medikamentenabhängige und 0,2-0,3% drogenabhängige Menschen, die durch die Suchthilfe zu betreuen sind.

Kapitel 1

Übersichten

Zusammenfassung

In unserer Region sind schätzungsweise 64'000 Personen von den Folgen einer Suchtkrankheit betroffen. Ca. 16'000 Menschen sind infolge ihres Alkoholismus, ihres Medikamentenmissbrauches oder ihrer Drogensucht behandlungsbedürftig und ca. 48'000 Menschen haben als Angehörige oder Bezugspersonen unter den Folgen einer Sucht zu leiden. 35 Suchthilfeinstitutionen mit insgesamt 213 Mitarbeitern kümmern sich gegenwärtig um die notwendige Hilfe. 18 private Träger sind in der Suchthilfe tätig; die übrigen Institutionen werden von den beiden Halbkantonen Basel getragen. Es wird ein Finanzaufwand von ungefähr Fr. 22 Mio. für die regionale Suchthilfe betrieben, wobei 46 % der Gelder auf Entwöhnungsbemühungen entfallen.

A. Die Süchtigen

1. Epidemiologische Schätzungen

Es ist sehr schwierig, die Zahl von Suchtkranken innerhalb einer Bevölkerung festzustellen. Zuverlässige Prävalenz-Studien sind mir keine bekannt. So ist man auf Schätzungen angewiesen.

Die am häufigsten verwendete Schätzung - und auf diese will ich mich in der Folge auch beziehen - geht von einer globalen Prozentrate der Bevölkerung aus. Demnach sollen 10 % der Bevölkerung alkoholgefährdet, 2 % behandlungsbedürftig alkoholkrank sein. Bei den Tablettenabhängigen spricht man von 1 - 2 % der Bevölkerung. Im weiteren kann angenommen werden, dass 0,2 % der Bevölkerung schwer drogenabhängig ist, wobei dies hauptsächlich die Opiatabhängigkeit betrifft. Bei all diesen Schätzungen ist der gelegentliche Missbrauch irgendeines Stoffes nicht mitberücksichtigt. Gemeint ist ein täglich praktizierter Missbrauch, der mindestens phasenweise nicht unterlassen werden kann und der zu psychischen, körperlichen und sozialen Folgeerscheinungen führt. Die von der Suchtkrankheit betroffenen Angehörigen werden auf 10 % der Bevölkerung geschätzt. 1)

Eine andere Schätzungsart basiert auf der Annahme einer Dunkelratenziffer und rechnet ausgehend von den durch die Polizei erfassten Süchtigen auch die vermutete Zahl aller Süchtigen hoch. Im allgemeinen resultieren daraus Schätzungen, die von einer grösseren Zahl von Süchtigen ausgehen; dies betrifft vor allem die Drogensüchtigen 2).

Nehme ich die konservativere Schätzungsweise als Grundlage, muss man annehmen, dass in unserer Region ca. 50000 Personen alkoholgefährdet und 10000 Alkoholranke behandlungsbedürftig sind. Von der Tablettenabhängigkeit sind ca. 5000 - 10000 Personen betroffen. Etwa 1000 Personen sind als schwer drogenabhängig zu betrachten. Insbesondere die 50000 von der Sucht betroffenen Angehörigen sind zu beachten. Die Angehörigen leiden oft genauso wie die Abhängigen unter schweren psychischen und sozialen Folgen und benötigen Hilfe. Die grosse Zahl der betroffenen Angehörigen ist für die Suchthilfe heute noch ein eher vernachlässigtes Interventionsfeld 3). Man kann annehmen, dass in unserer Region mit ca. 16000 behandlungsbedürftigen Suchtkranken gerechnet werden muss und dass insgesamt 65000 Personen unter den Folgen von Suchtkrankheit zu leiden haben.

2. Versorgung durch die Fachstellen

Addiert man alle im Rahmen der Erhebungen bekannt gewordenen Klientenzahlen der Suchthilfeinstitutionen, so kommt man auf eine Zahl von 3302 Nennungen 4). Ich nehme willkürlich an, dass ein Fünftel aller Suchtpatienten bei zwei oder mehr Suchthilfeinstitutionen in einem Jahr registriert wird. Somit kann ange-

1) Diese Schätzungsgrundlage wird auch von M. Schär, im "Leitfaden der Sozial- und Präventivmedizin", Huber 1973, zitiert. Die Berechnungsgrundlage dieser Schätzung ist mir persönlich unbekannt. Ich habe in den vergangenen Jahren lediglich beobachtet, dass diese Schätzungszahlen am häufigsten angewendet wurden.

2) R. Lobos nimmt z.B. eine Zahl von 1500 Drogenabhängigen für unsere Region an, nachzulesen in seinem Konzeptentwurf für eine Drogenberatungsstelle im Kanton Baselland vom 11.6.1987

3) In Kapitel 4 und 10 soll den Hilfsmöglichkeiten an Angehörige und Interdependenzstrategien durch den Einbezug der Angehörigen nachgegangen werden.

4) In dieser Zahl fehlen die Nennungen der stationären Patienten der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel. Die Kontaktarbeit, welche durch die Gassenarbeiter des Vereins Schwarzer Peter abgedeckt wird, fehlt hier ebenfalls.

nommen werden, dass in der Region Basel von den Suchtfachstellen ca. 2640 Süchtige betreut werden. 72 % entfallen auf die Beratungsstellen, 10 % auf die Substitutionsprogramme, 4 % auf die stationären Entwöhnungseinrichtungen ⁵⁾ und 6 % auf die Entzugsstationen ⁶⁾. 7 % sind durch Institutionen der Arbeitshilfe betreut ⁷⁾. Bemerkenswert ist vor allem, dass die Alkoholberatungsstellen jährlich immerhin 18 % aller behandlungsbedürftigen Alkoholiker erfassen und dass die Drogenberatungsstellen jährlich 45 % aller schwer Drogenabhängigen registrieren. Da die jährliche Mutationsrate der Institution sicherlich höher als die Heilungs- resp. Neu"-Erkrankungs"rate der Süchtigen ist, liegt die Erfassungsquote der Beratungsstellen gegenüber dem süchtigen Klientel noch um einiges höher. Dies soll aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass das Erfassungspotential der Beratungsstellen durch eine Ausweitung ihrer Tätigkeit, insbesondere durch eine verbesserte Vernetzungsarbeit mit anderen Institutionen noch massiv gesteigert werden könnte ⁸⁾.

In den vergangenen Jahren wurde der Umstand, dass "lediglich" 18,4 % der Alkoholkranken und 45 % der schwer Drogenabhängigen durch Beratungsstellen erfasst werden, zum Anlass von starker Selbst- und Fremdkritik genommen. Insbesondere die Diskussion um die Substitutionsprogramme basiert teilweise auf der Meinung, dass die Beratungsangebote die "Bedürfnisse" der hilfebedürftigen Süchtigen nicht genügend berücksichtigen würden. Betrachtet man aber die vorliegenden Zahlen und betrachtet man auch die strukturelle Situation, in welche die Suchtberatung im Gesamtgesundheitswesen eingebettet ist genauer, so muss die erwähnte Interpretation einer mangelhaften Ausrichtung der Institutionen auf die Betreuungsbedürfnisse zumindest angezweifelt werden. Unserer Meinung nach sollte man die Diskussion in einigen Jahren nochmals führen, wenn der etablierten Suchthilfe die notwendigen Mittel in die Hand gegeben werden, um ihr Hilfepotential auf brachliegende potentielle Möglichkeiten auszudehnen. Insbesondere würde das Klären von Leistungsaufträgen, das Erteilen von klaren Mandaten und eine stringente Einbettung in die gesamte Gesundheitsversorgung die Voraussetzungen für die Suchthilfe wesentlich verbessern. Dies sollte getan werden, bevor der eher resignative Schluss gezogen wird, dass vielen Süchtigen nicht geholfen werden kann, einen Weg aus der Abhängigkeit zu finden und dass die Hilfe sich auf Stabilisierungsmassnahmen unter Weiterführung der Sucht zu beschränken habe.

3. Versorgung durch die Hausärzte und Psychotherapeuten

Aufgrund der eigenen Umfragen bei den Hausärzten und Psychiatern im Kanton Baselland können wir hochrechnen, dass die hausärztlich tätigen freipraktizierenden Ärzte in der Region ca. 2500 Süchtige jährlich erfassen. Wir nehmen weiter an, dass die Psychotherapeuten (Psychiater und psychotherapeutisch tätige Psychologen) ca. 650 Suchtpatienten in Therapie haben ⁹⁾. Die von mir berechnete Erfassungsquote durch Hausärzte und Psychotherapeuten stimmt ziemlich genau mit den Zahlen von M. Spinatsch überein, wobei sich M. Spinatsch aber lediglich auf die Alkoholkranken konzentriert hat.

5) wobei das Fehlen der Klientenzahlen der Entwöhnungsstation U der PUK hier eine namhafte Verfälschung der Zahl mit sich bringt

6) wobei auch hier die fehlenden Zahlen der PUK das Bild massiv verfälschen

7) wobei hier von einer grossen Zahl an Doppelnennungen ausgegangen werden kann, stellt doch die Berufsberatung der IV-Regionalstelle häufig eine Voraussetzung oder Folge einer Betreuung durch die übrigen Institutionen dar.

8) Darauf soll in fast allen Kapiteln dieser Arbeit ein besonderes Augenmerk gelegt werden. .

9) Die Psychotherapeuten haben auch Süchtige mitgezählt, die seit geraumer Zeit "trocken" sind (Zahl nicht mit der Süchtigenzahl der Region in Beziehung zu setzen).

4. Versorgung in den somatischen Spitälern

Es war mir aus zeitlichen Gründen nicht möglich, eine eigene Schätzungsgrundlage über die Anzahl Behandlungen von Suchtkranken auf allgemein-medizinischen Abteilungen der Region zu erarbeiten. So muss auf Berechnungen zurückgegriffen werden, welche andernorts mit einer etwas anderen Blickrichtung getätigt wurden. Gemäss der Umfrage von M. Spinatsch erfasst das Spital 10 % aller erfassten Alkoholiker. Gemäss VESKA-Diagnosestatistik wurde 1985 "Alkoholismus" bei 1,4 % aller Patienten auf medizinischen Abteilungen als Hauptdiagnose registriert. Die Diagnose "Alkoholismus" wird bei 3,9 % aller Patienten auf medizinischen Abteilungen als Haupt- oder Nebendiagnosen aufgeführt 10). Nimmt man die Schätzung von M. Spinatsch als Grundlage und nimmt man an, dass die Medikamenten- und Drogenabhängigen etwa gleich häufig ein Spital aufsuchen wie die Alkoholkranken, so kann daraus eine geschätzte Zahl von 1100 Personen, welche als Suchtkranke von den somatischen Kliniken unserer Region erfasst werden, errechnet werden. (7 % aller Süchtigen)

5. Zusammenzug der Versorgung Suchtkranker

Da uns die (wichtigen) Zahlen der Medizinischen Kliniken fehlen, gelingt eine eigene umfassende Schätzung der Versorgung Suchtkranker in unserer Region nur ungenügend. Ich habe daher die Ergebnisse von M. Spinatsch für die Schätzung der Versorgung durch somatische Kliniken und durch "andere" (allgemeine Sozialberatung, Amtsvormundschaft, Strassenverkehrsamt) beigezogen und mit den selbst berechneten Schätzungen vermengt.

Versorger (11)	geschätzte Zahl	% der Süchtigen	% der Erfassungen
Suchthilfeinstitutionen	2640	17% (12)	32%
Hausärzte	2500	16% (13)	30%
Psychotherapeuten	650	4% (14)	8%
somatische Kliniken	830	5%	10% 15)
andere	1660	10%	20% 16)
Total: (17)	(4140)	(26%)	100%

Gemäss diesen Berechnungen werden in der Region Basel ca. 8'280 Registrierungen von Süchtigen durch die verschiedenen Institutionen, Hausärzte und Psychotherapeuten verzeichnet. Nimmt man grob an, dass ca. 50% Mehrfachnennun-

10) In Kenntnis der Gesamtzahl aller Austritte von medizinischen Kliniken pro Jahr könnte daraus eine Schätzung für die Erfassungsquote der medizinischen Kliniken unserer Region errechnet werden.

11) Doppelerfassungen sind innerhalb der einzelnen Versorgungsgruppen bereinigt.

12) Eigene Schätzungsberechnung

13) Eigene Schätzungsberechnung

14) Eigene Schätzungsberechnung

15) Schätzung aus Zahlen von M. Spinatsch, die sich hingegen nur auf Alkoholkranken beziehen

16) Schätzung aus Zahlen von M. Spinatsch, die sich hingegen nur auf Alkoholkranken beziehen

17) Ich nehme willkürlich eine Rate von 50% für Mehrfachnennungen an.

gen auftreten (eine Person hat zum Beispiel einen Aufenthalt in einem Spital und wird zudem von einem Hausarzt betreut), so werden ca. 4140 Süchtige oder 26% der behandlungsbedürftigen Suchtkranken erfasst.

Das Erfassungspotential des regionalen Gesundheitswesens für Süchtige kann damit als recht erheblich angesehen werden. Das Hauptanliegen, das die Suchthilfe beschäftigen muss, liegt demnach im Bereiche der Verbindungsstellen zu den verschiedenen Teilen des allgemeinen Gesundheitswesens, das Menschen mit Suchtproblemen erfasst. Ich nehme an, dass etwa 40% der erfassten Süchtigen eine suchtspezifische Hilfe erhalten. Daraus kann abgeleitet werden, dass ca. 10% aller hilfebedürftigen Süchtigen die Suchthilfe in Anspruch nehmen, während 26% durch das Gesundheitswesen und die Sozialberatung erfasst sind. Da eine spezifische Suchthilfe längerfristig angelegt ist als eine unspezifische Versorgung durch Hausärzte, Spitäler und Sozialberatung kann im weiteren angenommen werden, dass durch eine geeignete Verknüpfung eine noch grössere Zahl der jährlich registrierten Süchtigen mit der Suchthilfe verbunden werden können. Ich glaube, dass die Erfassungsrate der Suchthilfe durch eine Verbesserung der verschiedenen Schnittstellen verdoppelt (von 10 % auf 20 % pro Jahr) werden könnte. Dieser Frage der Schnittstellen zwischen Institutionen wurde in der vorliegenden Arbeit besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

6. Die Kosten der Drogensucht

Die Profite, die aus dem Drogenhandel resultieren, haben für die Finanzierung des internationalen Verbrechens eine grosse Bedeutung. Im Gegensatz zum Alkoholismus und zur Medikamentensucht spielt der Kostenfaktor bei der Drogensucht eine grosse gesellschaftliche Rolle.

Damit soll nicht gesagt werden, dass nicht auch der Alkoholismus enorme volkswirtschaftliche Folgen mit sich führt. Der Kostenfaktor bei der Drogensucht ist aber derart exorbitant, dass verschiedentlich versucht wurde, die unbehandelte und die behandelte Drogensucht finanziell gegeneinander abzuwägen. Ein solcher Versuch wurde durch die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern 1984 unternommen. Deren Schätzungen, die etwas konzipiert werden mussten, sehen wie folgt aus: ·

Für einen nichtbehandelten Drogenabhängigen wurde ein jährlicher Netto-Finanzbedarf von Fr. 110'000.-- errechnet. Die jährlichen Gesamtkosten für einen Drogenpatienten, welcher sich in einem stationären Therapieprogramm befindet, müssen mit Fr. 77'000.-- angegeben werden. Diese Gegenüberstellung wurde mit folgenden Sätzen kommentiert: "Wenn man den Kosten für eine Behandlung die jährliche Lebenskosten eines schweren Drogenabhängigen (welche in letzter Konsequenz auch teilweise durch die öffentliche Hand getragen werden müssen) gegenüberstellt, zeigt sich mit aller Deutlichkeit, dass jede Behandlung sich lohnt, auch wenn zuvor bereits verschiedene Versuche fehlgeschlagen haben." 18).

Die Berechnungsgrundlage dieser Schätzung findet sich im Kapitel 18.

18) Aus: "Gesundheits- und Fürsorgeplanung des Kantons Bern, Bekämpfung des Drogenmissbrauchs und seiner Folgen", herausgegeben durch die Direktion des Gesundheits- und des Fürsorgewesens des Kantons Bern, 1984

B. Die Institutionen

1. Übersicht

1.1 Ganze Region

In der Region Basel sind insgesamt 35 Institutionen ganz oder teilweise in der Suchthilfe tätig. Sie beschäftigen total 213 Mitarbeiter. 12 Stellen sind als Beratungsstellen konzipiert (22 % der Mitarbeiter), 10 Stellen befassen sich mit Entwöhnungsaufgaben (41 % der Mitarbeiter). 3 Institutionen führen Entzüge durch (30 % der Mitarbeiter), 5 Institutionen unterstützen die Arbeitsrehabilitation (6 % der Mitarbeiter). Die 5 übrigen Institutionen befassen sich mit Prophylaxe, Gassenarbeit und Koordination. Im weiteren existieren 13 Wohnheime. Zur Zeit werden 4 Institutionen neu projektiert (1 Wohnheim, 1 Obdachlosenprojekt und 2 Projekte in der Arbeitshilfe). 1 Institution hat Ende 1987 ihren Betrieb eingestellt. 2 begonnene Projektierungen wurden im ersten Halbjahr 1988 abgebrochen. 12 Institutionen werden staatlich getragen, 23 Institutionen sind privatrechtlich organisiert. 31 Institutionen entfallen auf die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt, 2 Institutionen auf den Kanton Solothurn und 2 Institutionen auf den Kanton Aargau.

1.2 Kanton Basel-Stadt

Im Kanton Basel-Stadt sind insgesamt 21 Suchthilfeinstitutionen mit total 110 Mitarbeitern tätig. Der Gesamtaufwand beträgt ca. 12 Mio. Franken. Im Gegensatz zum Kanton Baselland kennt der Stadtkanton Institutionen im Aufgabengebiet "geschütztes Arbeiten", "Prophylaxe" und "Gassenarbeit".

1.3 Kanton Basel-Landschaft

Im Kanton Basel-Landschaft sind 10 Institutionen tätig. An 7 baselstädtischen Institutionen hat der Landkanton namhaft Anteil. Auffallend ist die grosse Anzahl kleiner Beratungsstellen. Die 8 Beratungsstellen beschäftigen lediglich 19,5 Mitarbeiter, während im Stadtkanton in 4 Beratungsstellen 22,5 Mitarbeiter tätig sind. Im Sektor "Entwöhnung" ist die Hälfte der Finanzen gebunden. Zusätzlich besteht mit dem Arxhof eine spezielle "Entwöhnungseinrichtung". Auf den Kanton Basel-Landschaft entfallen lediglich zwei Wohnheime. Eine Institution hat Ende 1987 ihren Betrieb eingestellt.

2. Trägervereine

In der Region Basel sind insgesamt 18 private Träger in der Suchthilfe tätig. Sie haben total 85 Mitarbeiter angestellt und betreiben einen Jahresaufwand von Fr. 8,3 Mio. Der grösste private Träger ist der Verein Drogenhilfe mit 15,9 Mitarbeitern und einem Jahresaufwand von Fr. 1,8 Mio. Der kleinste Verein ist der Verein "Die Kette" mit 0,5 Mitarbeitern und einem Aufwand von Fr. 81'000.--. Die staatliche Oberaufsicht über die privaten Träger ist völlig uneinheitlich geregelt. Einige Vereine haben in ihrem Vereinsvorstand staatliche Delegierte, andere nicht. Bei einem Trägerverein muss die Anstellung von Mitarbeitern sogar durch den Regierungsrat genehmigt werden.

3. Berufsprofile

Eine Analyse der Berufsprofile der angestellten Mitarbeiter ist insbesondere bei den staatlichen Spitälern schwierig abzuschätzen (KPK und PUK). Bei der KPK habe ich eine eigene Aufteilung versucht, Detailzahlen der PUK haben mir für eine solche ungefähre Schätzung hingegen gefehlt. Aus den mir zugänglichen Zahlen ergibt sich folgendes Bild: Zwei Drittel aller Mitarbeiter konnte ich

korrekt identifizieren. Danach sind 25 % Sozialarbeiter, 21 % sind Handwerker oder arbeiten sonst in der Ökonomie des Betriebes, 15 % sind Krankenpfleger resp. Schwestern, 10 % entfallen auf das Sekretariat, 6 % sind Psychologen, 5 % Ärzte und 4 % haben einen Erzieherberuf. Unternehme ich die rechnerische Wahrscheinlichkeit, aus den Zahlen der KPK auf die Zahlen der PUK zu schliessen, ändert vor allem die Gewichtsverteilung zwischen Krankenpflegern, Handwerkern/Ökonomie und Sozialarbeitern: Auf die Krankenpfleger resp. Schwestern entfallen nun 24 % aller Mitarbeiter, auf die Sozialarbeiter 22 %, auf die Handwerker resp. Personen, welche in der Ökonomie arbeiten, entfallen 27 %, auf die im Sekretariat tätigen Personen 10 %, auf die Ärzte 5 %, die Psychologen 5 % und auf die Erzieher 5 %.

Vom Berufsprofil her einseitig ausgerichtet sind insbesondere die Beratungsstellen mit 64 % Sozialarbeitern und 23 % Sekretariatsmitarbeiter. Ebenso einseitig gelagert sind die psychiatrischen Kliniken mit 46 % Pfleger resp. Krankenschwestern und 39 % Handwerkern resp. in der Ökonomie tätigen Personen. Alle übrigen Institutionstypen sind als echt interdisziplinäre Institutionen anzusehen.

4. Supervision/Weiterbildung

Der Stellenwert, welchen die Supervision und die Weiterbildung in einem Betrieb haben, ist recht unterschiedlich. Diesem Themenkomplex wird bei den privaten Institutionen mehr Gewicht zugemessen als bei den Kliniken. Die Drogeneinrichtungen gewähren resp. fordern von ihren Mitarbeitern ein höheres Mass an permanenter Weiterbildung und messen der Supervision eine grössere Bedeutung zu als dies bei den meisten Einrichtungen im Bereich legaler Drogen der Fall ist. Für die Supervision und Weiterbildung wird durchschnittlich Fr. 1'100.-- pro Jahr und Mitarbeiter aufgewendet. Der Durchschnitt der Beratungsstellen und Entwöhnungseinrichtungen und derjenige der Prophylaxeinrichtungen liegt nahe bei diesem Durchschnitt. Krass unterhalb dieses Durchschnittes liegen die Institutionen des geschützten Arbeitens. Als Einzelinstitution heben sich die CIKADE und das Drop-In weit über den Durchschnitt ab. Weit unterhalb des Durchschnittes bewegen sich einige Alkoholberatungsstellen, die Psychiatrische Klinik Liestal und die bereits erwähnten Arbeitsrehabilitations-Institutionen. Überhaupt keine Ausgaben für Weiterbildung hat das Projekt ARBI und das Kette-Sekretariat in der Jahresrechnung 1987 aufgeführt.

Für Supervision und Weiterbildung wenden die Institutionen durchschnittlich zwei Stunden pro Woche auf, wobei der Aufwand in Entwöhnungseinrichtungen und Entzugsstationen mit 3,6 Std. über dem Durchschnitt liegt. Für Teambesprechungen werden 3,5 Std. durchschnittlich aufgewendet. Hier wiederum ragen die Entwöhnungseinrichtungen und Entzugsstationen mit 4,8 resp. 4,9 Std. über den Durchschnitt.

Mit Ausnahme der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Liestal und der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Basel bietet keine Institution in namhafter Weise die Weiterbildung aus internen Quellen an.

Viele Institutionen haben in ihrem Arbeitsvertrag eine Woche Weiterbildung pro Jahr für jeden Mitarbeiter festgelegt, die er individuell nutzen kann und für die er auf einen gewissen Budgetposten zurückgreifen kann.

Der Anteil, welchen die Weiterbildung und Supervision am Gesamtaufwand der Institution hat, schwankt zwischen 0 und 4,8 %. Der Anteil in bezug auf die Lohnaufwendungen der Mitarbeiter schwankt zwischen 0 und 7,5 %.

5. Formelle Arbeitsinstrumente

19 Institutionen verfügen über ein Konzept, 13 entbehren dieser Arbeitsgrundlage. Für die Mitarbeiter bestehen in 15 Institutionen Pflichtenhefte, 12 Institutionen haben keinen derartigen Arbeitsbeschrieb. 15 Institutionen glauben, sich auf einen Leistungsauftrag berufen zu können. Für 14 existiert kein solcher Auftrag.

6. Finanzen

Bei Gesamtaufwendungen von etwas über Fr. 22 Mio. werden durch den Kanton Basel-Land ca. 40 % und den Kanton Basel-Stadt ca. 53 % bereitgestellt.

6.1 Institutionen

60 % der Finanzen fliessen in staatlich getragene Institutionen, 40 % in Institutionen mit einer privaten Trägerschaft. 58 % der Gelder entfallen auf Entwöhnungseinrichtungen, 28 % auf den Entzug und die stationäre Krisenintervention, 14 % auf die ambulante Beratung, 8 % auf die Arbeitsrehabilitation, 2 % auf die Prophylaxe und je weniger als 1 % auf Gassenarbeit und Koordination.

Die grösste und damit teuerste Institution, welche in der Suchthilfe tätig ist, ist die Psychiatrische Universitätsklinik Basel, gefolgt von der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Liestal und der Arbeitserziehungsanstalt Arxhof. Die Fachstelle für Alkohol- und Drogenfragen Basel ist die grösste Beratungsstelle, die Therapeutische Gemeinschaft Waldruh in Böckten die grösste Therapeutische Gemeinschaft.

6.2 Finanzquellen

Da dieser Studie nicht alle Daten zugänglich gemacht wurden, kann lediglich über rund zwei Drittel der Gesamtaufwendungen ein Überblick gewonnen werden. Aus dieser Zusammenstellung geht hervor, dass aus der öffentlichen Hand ca. 55 % an die Gesamtaufwendungen der Suchthilfe beigesteuert werden, 34 % entfallen auf Sozialversicherungsleistungen, 4 % auf Mitgliederbeiträge und Spenden und 5 % auf den selbst erwirtschafteten Produktionsüberschuss¹⁹⁾.

Die Kantone tragen ca. 25 %, die Fürsorgebehörden tragen 16 % und die Krankenkassen rund 19 % der gesamten Kosten. Aus Geldern der Invalidenversicherung kommen rund 14 % und aus solchen des Alkohol-Zehntels rund 9 %.

Wenn die fehlenden Zahlen in Form einer Schätzung dazuaddiert werden, so sieht das Bild folgendermassen aus: Auf die öffentliche Hand entfallen 48 % und auf die Sozialversicherungen 43 %. Die Kantone tragen selber 28 % der Kosten, die Krankenkassen 33 % und die Fürsorgebehörden der Schweiz 11 % aller Aufwendungen. Die Gelder der IV tragen 9 % und diejenigen des Alkohol-Zehntels 6% der Suchthilfeaufwendungen.

¹⁹⁾ Diese Zahl ist sicherlich etwas höher, sind darin doch die Produktionserlöse der Therapeutischen Gemeinschaften nicht enthalten. Allermeist sind diese Produktionserlöse allerdings nicht sehr namhaft.

C. Instanzen

1. Die Departemente

Die Departementszuteilung der staatlichen Aufsicht, Koordination oder Eigeninitiative ist in der Suchthilfe sehr uneinheitlich geregelt. Die Situation widerspiegelt die historisch gewachsenen Initiativen und weniger eine logische Zuteilung zu den eigenen Funktionsbereichen der jeweiligen Departemente.

1.1 Kanton Basel-Stadt

Obwohl im Alkohol- und Drogengesetz von 1976 die Zuständigkeit klar geregelt ist, hat sich die eher zufällig entstandene Kompetenzverteilung bis heute erhalten. Im grossen und ganzen ist das Justizdepartement für den Bereich der illegalen Drogen zuständig, das Sanitätsdepartement führt eine eigene Alkoholberatungsstelle und hat via Oberaufsicht über die Spitäler und Polikliniken Einfluss auf die Suchthilfe. Die Beratungsstelle des Blauen Kreuzes ist keinem Departement explizit zur Aufsicht zugeteilt. Indirekt übt die Finanzdirektion via Verteilung des Alkohol-Zehntels eine Aufsichtsfunktion aus. Die Finanzdirektion verwaltet den Alkohol-Zehntel, die Polizei- und Militärdirektion pflegt via Betäubungsmitteldezernat und Untersuchungsgefängnis Querverbindungen zur Suchthilfe. Die Fachstelle für Alkohol- und Drogenfragen gehört zum Sanitätsdepartement, untersteht aber der Aufsicht der Alkohol- und Drogenkommission, deren Präsident der Vorsteher des Justizdepartementes ist.

Die Aufteilung zwischen den Aufsichtsbereichen legale/illegale Drogen kann nicht einheitlich erfolgen. So wird die gesamte Methadon-Abgabe über Institutionen, welche dem Sanitätsdepartement angehängt sind, abgewickelt. Auf der anderen Seite hat der Vorsteher des Justizdepartements als Präsident der Alkohol- und Drogenkommission ebenfalls eine Oberaufsichtsfunktion über die Fachstelle für Alkohol- und Drogenfragen, die hauptsächlich als Beratungsstelle im legalen Suchtbereich tätig ist.

Im Alkohol- und Drogengesetz ist an und für sich die Zuständigkeit viel einfacher und übersichtlicher geregelt. Das Gesetz legt alle Aufsichts- und Koordinationsaufgaben in die Hände der Koordinationsstelle für Alkohol- und Drogenfragen, welche neuerdings Fachstelle für Alkohol- und Drogenfragen heisst.

1.2 Kanton Basel-Land

Im Landkanton liegen die Verhältnisse in etwa umgekehrt als im Stadtkanton. Im Bereich illegale Drogen ist die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion zuständig. Die Alkoholberatungsstellen sind via Alkohol-Zehntel mit der Justiz- und Polizeidirektion verbunden und reservieren einem Vertreter dieses Departementes Einsitz in den Vereinsvorstand.

2. Die Koordinationsorgane

2.1 Regional

Klar legitimierte regional tätige Koordinationsorgane existieren nicht. Die Kette übt als Dachverband der privaten Drogenhilfeeinrichtungen eine Art Koordinationsfunktion aus. Die "ASUB" hat als periodisches Gesprächsforum für die Mitarbeiter der Alkoholberatungsstellen eine koordinierende Funktion.

2.2 Basel-Stadt

Die Alkohol- und Drogenkommission hat als beratendes Gremium Koordinationsfunktionen. Die Kommission ist als Diskussions- und Beurteilungsorgan aufgebaut und hat keine eigenen Instrumente, um Grundlagen für Koordinationsaufgaben zu erarbeiten (wie sie z.B. die vorliegende Arbeit darstellt). Der Präsident dieser Kommission ist der Vorsteher des Justizdepartementes, der Vizepräsident der Vorsteher des Sanitätsdepartementes und der Sekretär ist ein Mitarbeiter des Sanitätsdepartementes. Im Staatskalender ist die Kommission unter dem Sanitätsdepartement aufgeführt.

Von Gesetzes wegen hätte die Fachstelle für Alkohol- und Drogenfragen eine koordinierende Funktion, welche aber kaum wahrgenommen werden kann. Diesbezügliche Bemühungen bei der Neufassung des Pflichtenheftes dieser Stelle fanden keine Unterstützung.

Die Subgruppe Sucht der Psychatriekonzept-Planung Basel-Stadt hätte als vorübergehendes Gremium ebenfalls koordinierende Funktionen wahrnehmen können. Die geringen Möglichkeiten, die dieser Gruppe für die Erledigung ihrer Aufgaben zur Verfügung standen, erlaubten aber die Wahrnehmung einer solchen Funktion nicht.

2.3 Basel-Land

Als beratendes Organ der Sanitätsdirektion fungiert die in der Verordnung zum Bundesgesetz über die Betäubungsmittel vorgesehene Fachkommission. Der Präsident dieser Kommission ist zur Zeit der Vorsteher des Jugendsozialdienstes. Das Sekretariat liegt bei der Sanitätsdirektion.

Die Planungsgruppe Substanzenabhängige, Delinquente und Randgruppen der Psychatriekonzept-Folgeplanung Baselland leidet ebenfalls unter dem Mangel, notwendige Abklärungen nicht selber durchführen zu können. Die Grundlagen für die Konzeptentwicklung stellt weitgehend das Fachwissen der Mitglieder dar.

D. Die gesetzlichen Grundlagen (D. Thommen)

Die eidgenössischen und kantonalen Gesetze, die sich mit Suchtproblemen und deren Folgen befassen, werden in Kapitel 14 eingehender dargelegt. Im Anhang findet sich auch eine Liste der wichtigsten Gesetzes- und Verordnungstexte. Hier soll nur ein kurzer Abriss über die Zuständigkeitsordnung und deren gesetzliche Grundlagen gegeben werden.

1. Bund

Im Gegensatz zu Alkohol und Medikamenten wird bei Betäubungsmitteln bereits der Konsum gesetzlich erfasst. Jeglicher Umgang mit Betäubungsmitteln ist verboten. Entsprechend sind es auch vorwiegend die Strafverfolgungsbehörden, die sich mit Drogenabhängigen zu befassen haben. Neben dem Eidg. Betäubungsmittelgesetz (BetmG) kommen auch zahlreiche Bestimmungen des Strafgesetzbuches (StGB) zur Anwendung. Das Strafprozessrecht und der Straf- und Massnahmenvollzug sind kantonal geregelt; die betreffenden Erlasse enthalten keine speziellen Bestimmungen für Drogenabhängige.

Das BetmG befasst sich auch mit der Betreuung süchtiger Drogenkonsumenten. Sowohl bei der Strafverfolgung wie auch bei der Betreuung Drogenabhängiger werden die Kantone mit dem Vollzug beauftragt. Nur bei der Verfolgung des Drogenhandels kommt der Bundesanwaltschaft eine koordinierende Funktion zu. Im weiteren fördert der Bund mit Beiträgen die wissenschaftliche Forschung, führt eine Dokumentations-, Informations- und Koordinationsstelle und fördert die Ausbildung von Fachpersonal für die Behandlung Drogenabhängiger. Als Beratungsorgan des Bundesrates wurde eine Eidgenössische Betäubungsmittelkommission geschaffen. Abgesehen vom strafrechtlichen Bereich nehmen sich die Aktivitäten des Bundes allerdings eher bescheiden aus.

Mit den Folgen der Suchtmittel-Abhängigkeit befasst sich auch das Schweizerische Zivilgesetzbuch (ZGB) in seinen Bestimmungen über das Vormundschaftsrecht und den fürsorgerischen Freiheitsentzug (FFE). Das ZGB definiert lediglich den Rahmen von allfälligen Zwangsmassnahmen gegen Süchtige - auch Betäubungsmittelkonsumenten werden dadurch erfasst - überlässt die Konkretisierung aber ganz den Kantonen.

Für Fragen der Finanzierung kommen folgende gesetzliche Grundlagen des Bundes in Frage:

- Einrichtungen des Straf- und Massnahmenvollzuges: Bundesgesetz über die Leistungen des Bundes für den Straf- und Massnahmenvollzug. Zuständig ist das Bundesamt für Justiz.
- Medizinische Behandlungen und Entzüge: Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG) und dazugehörige Verordnungen (insbesondere Verordnung III).
- Rehabilitation und berufliche Eingliederung: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung. Zuständig ist das Bundesamt für Sozialversicherung.
- Beiträge des Bundes an die Bekämpfung des Alkoholismus, der Suchtmittel-, Betäubungsmittel- und Medikamentenmissbrauchs (Alkohol-Zehntel): Bundesverfassung Art. 32 bis Ziff. 9, Eidg. Alkohol-Gesetz. Für die Verteilung der Mittel sind die Kantone zuständig.

2. Kanton Basel-Stadt

Die kantonale Verordnung betreffend Betäubungsmittel beschränkt sich weitgehend auf die Ordnung der Zuständigkeiten für die sich aus dem BetmG ergebenden Aufgaben (Kontrolle des Verkehrs mit Betäubungsmitteln, Strafverfolgung sowie Behandlung von Fällen von Betäubungsmittelsucht, für die das Gesundheitsamt als zuständig erklärt wird). Im Alkohol- und Drogengesetz werden dann die "Massnahmen gegen den Alkohol- und Medikamentenmissbrauch sowie gegen den Drogenkonsum" - so der Titel des Gesetzes - im Detail geregelt. Zwischen legalen (Alkohol- und Medikamente) und verbotenen Substanzen (Betäubungsmittel) wird nur insoweit unterschieden, als bei letzteren bereits der blosser Konsum unter die Bestimmung des Gesetzes fällt, während es bei Alkohol und Medikamenten nur der "Missbrauch" ist.

Eine zentrale Rolle weist das Gesetz der kantonalen Fachstelle für Alkohol- und Drogenfragen zu, die der Kommission für Alkohol- und Drogenfragen unterstellt wird. Sie soll u.a. die Information und Beratung der Bevölkerung und die Möglichkeit zur freiwilligen ambulanten Behandlung sicherstellen, die Hilfe auf freiwilliger Basis koordinieren und Meldungen über Betäubungsmittelabhängigkeit entgegennehmen. Für diese Aufgabe soll sie nach Möglichkeit private Organisationen beiziehen (§ 2). Die regionale Zusammenarbeit ist nach Möglichkeit zu verwirklichen (§ 3).

Bemerkung:

In der Praxis kann die Koordinationsstelle die ihr zugedachte Funktion allerdings nicht ausfüllen, da sich im Laufe der Zeit ein kompliziertes Geflecht von zum Teil konkurrierenden Zuständigkeiten entwickelt hat. So ist der Präsident der Aufsichtskommission der Vorsteher des Justizdepartementes, während die Koordinationsstelle beim Sanitätsdepartement angesiedelt ist. Das Justizdepartement behandelt auch sämtliche Subventionsbegehren im Bereiche der privaten Drogenhilfe; die Einbeziehung der Koordinationsstelle in den Entscheidungsprozess erfolgt eher zufällig und ist auch erst jüngeren Datums. Daraus ergeben sich kaum zu rechtfertigende Doppelspurigkeiten in Bezug auf Alkohol- und Medikamentenmissbrauch einerseits (die in die Zuständigkeit des Sanitätsdepartementes fallen) und Teilbereichen der Drogenhilfe: Durch seine Subventionspolitik entscheidet das Justizdepartement weitgehend über die Geschicke der privaten Drogenhilfe, während die Behandlung Drogenabhängiger, die Erteilung von Weisungen etc. der Koordinationsstelle bzw. dem Fürsorgerat obliegt.

Das Gesetz betreffend die Einführung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches und das Gesetz über die Vormundschaftsbehörde und den behördlichen Jugendschutz befassen sich u.a. mit der Entmündigung wegen Verschwendung, Trunksucht und lasterhaftem Lebenswandel sowie Massnahmen im Bereiche des Jugendschutzverfahrens. In bezug auf den fürsorgerischen Freiheitsentzug verweist die diesbezügliche kantonale Verordnung einestheils auf das Alkohol- und Drogengesetz (soweit "Gefahr im Verzuge" ist, kann eine sofortige Einweisung in eine Klinik zur Begutachtung erfolgen). Zuständig für die Anordnung des fürsorgerischen Freiheitsentzuges ist der Vormundschafts-, Jugend- und Fürsorgerat. Bei unmündigen Drogenkonsumenten kommt andererseits das Gesetz über die Vormundschaftsbehörde und den behördlichen Jugendschutz zur Anwendung. Auch hier entscheidet der Jugendrat über allfällige Zwangsmassnahmen (Einweisung in eine Familie oder eine Anstalt). Sowohl die Betroffenen selbst (nach Vollendung des 16. Altersjahres) wie auch die Angehörigen sind in Versorgungssachen beschwerdeberechtigt. Das Verfahren ist im Verwaltungsrechtspflegegesetz geregelt.

Das Gesetz betreffend die öffentliche Fürsorge regelt die Voraussetzungen und das Verfahren der Kostentragung bei Versorgungen etc. sowie auch die Rückerstattung durch Angehörige. Zu erwähnen sind noch einige gesetzliche Be-

stimmungen im Bereiche des Strafrechtes (die allerdings keine Hinweise auf die Probleme Drogenabhängiger enthalten): Die Strafprozessordnung, das Gesetz über die Jugendstrafrechtspflege, die Verordnung über die Gerichtszuständigkeit in Bundesstrafsachen, das kantonale Übertretungsstrafgesetz, das Reglement für das Lohnhofgefängnis sowie die Konkordate über den Vollzug von Strafen und Massnahmen und über die Kosten des Strafvollzuges.

3. Kanton Basel-Landschaft

Der Kanton Basel-Landschaft hat eine ausführliche Verordnung zum Betäubungsmittelgesetz erlassen. Für Massnahmen gegen Betäubungsmittelsucht ist die Sanitätsdirektion in erster, der Regierungsrat in zweiter Instanz zuständige Aufsichtsbehörde. Als staatliche Organe werden u.a. eine Fachkommission, evtl. zu schaffende Beratungs- und Behandlungsstellen, Informations- und Fürsorgestellen genannt. Die Schaffung kantonseigener Institutionen oder die Unterstützung privater Bestrebungen ist wahlweise vorgesehen. Das Konzept Drogenhilfe Baselland vom 1. Juli 1980 gibt den nichtstaatlichen Drogenhilfe-Institutionen klar den Vorzug (vgl. S. 29). Der Gedanke regionaler Zusammenarbeit ist ebenso in der Verordnung verankert wie die Koordination staatlicher und privater Vorkehren zur Eindämmung der Abhängigkeit von Betäubungsmitteln.

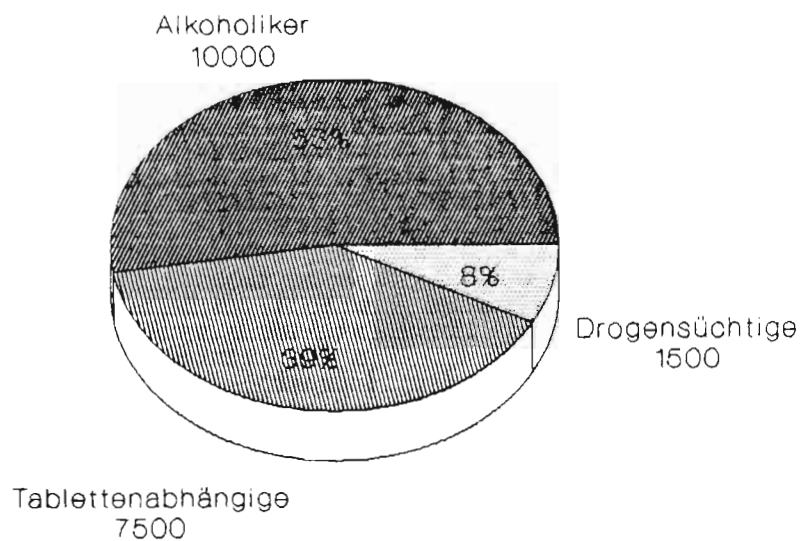
Das Fürsorgewesen für Alkoholgefährdete wird in einem separaten Erlass geregelt, mit dessen Vollzug - im Gegensatz zu den Betäubungsmitteln - nicht die Fürsorgedirektion, sondern die Gemeinden, die Statthalterämter und der gesamte Regierungsrat betraut sind. Die Beratungsstellen für Alkoholgefährdete werden zwar durch private Trägerschaften geführt; deren Tätigkeit und insbesondere die Finanzierung wird jedoch durch eine spezielle Regierungsratsverordnung geregelt. Die Kontakte mit dem Kanton laufen über die Polizeidirektion (§ 6). Zwei Sitze im Vorstand der Träger-Organisation sind Kantonsvertretern vorbehalten.

Das gesamte Vormundschaftsrecht und der fürsorgerische Freiheitsentzug ist im kantonalen Einführungsgesetz zum ZGB enthalten. Zuständige Instanzen sind der Gemeinderat, das Statthalteramt, der Regierungsrat und als oberste kantonale Rekursinstanz das Verwaltungsgericht. Die Finanzierung freiwilliger oder behördlich angeordneter Massnahmen sowie auch der Rückgriff auf unterstützungspflichtige Verwandte werden durch das Fürsorgegesetz geregelt.

Auch der Kanton Basel-Landschaft ist dem Konkordat über den Vollzug von Strafen und Massnahmen nach dem schweizerischen Strafgesetzbuch sowie dem Konkordat über die Kosten des Strafvollzuges beigetreten. Der Vollzug der Untersuchungshaft wird im Gesetz betreffend die Strafprozessordnung nur ganz rudimentär geordnet. Hingegen besteht über den Betrieb der Arbeitserziehungsanstalt Arxhof eine eingehende kantonale Verordnung.

E. Übersicht in 23 Graphiken

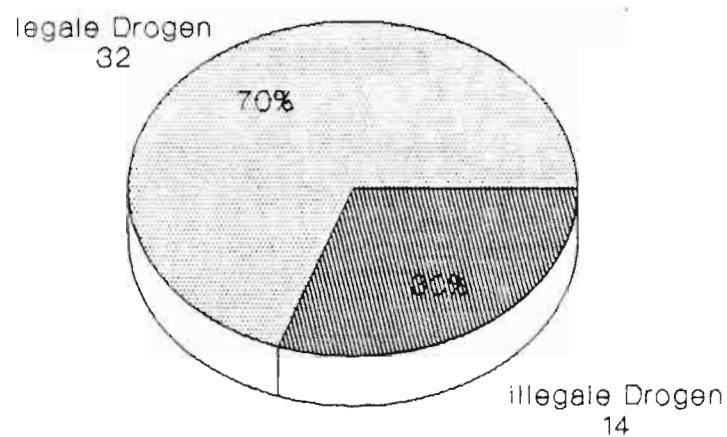
Anzahl Süchtige in der Region Basel



A.Manz 88

Unterste Schätzungen über die Anzahl der Süchtigen gehen davon aus, dass sicher 10000 Alkoholiker, 5000 Tablettenabhängige und 1000 Drogensüchtige existieren. Wahrscheinlich realistischer ist es anzunehmen, dass die Zahl der Tabletten- und Drogenabhängigen um ca. 50 % höher liegt als diese unterste geschätzte Zahl. Somit kann angenommen werden, dass ca. 18000 Süchtige in der Region leben.

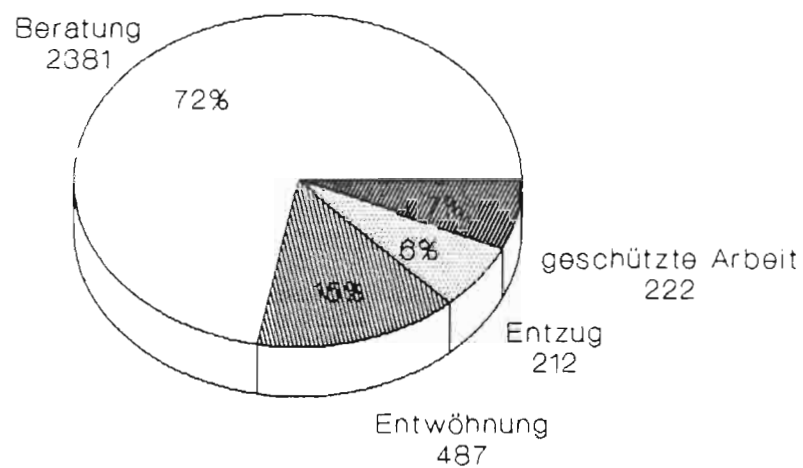
Anzahl Mitarbeiter an Beratungsstellen



A.Manz 88

Für die 8 % Drogensüchtigen sind 30 % aller Mitarbeiter von ambulanten Beratungsstellen zuständig. Somit ist die Betreuungsdichte für die Süchtigen von illegalen Drogen bedeutend höher. Die Erfassungsquote liegt auch etwa doppelt bis dreimal so hoch wie bei den Süchtigen von legalen Drogen.

Versorgung der Süchtigen durch die Suchtfachstellen

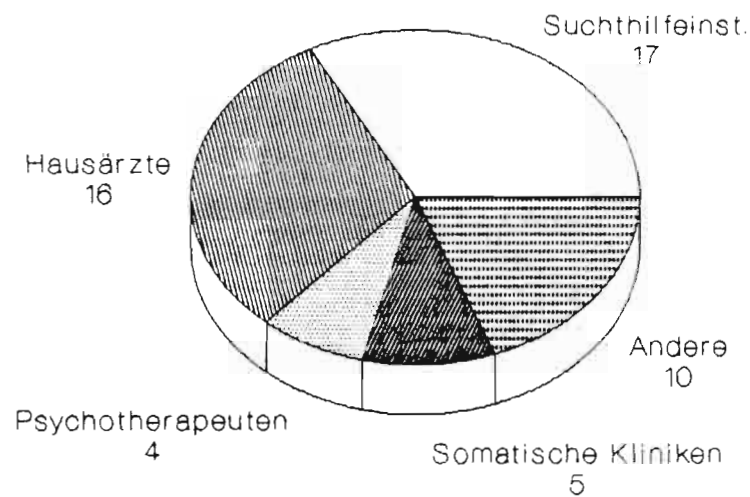


Total: 3302 Registrierungen
von Klienten

A.Manz 88

Bei den Suchtfachstellen, von denen durch die Befragung Klientenzahlen bekannt sind, werden 3300 Süchtige versorgt. Fast drei Viertel dieser Betreuungen erfolgen durch ambulante Beratungsstellen.

Erfassung der Süchtigen

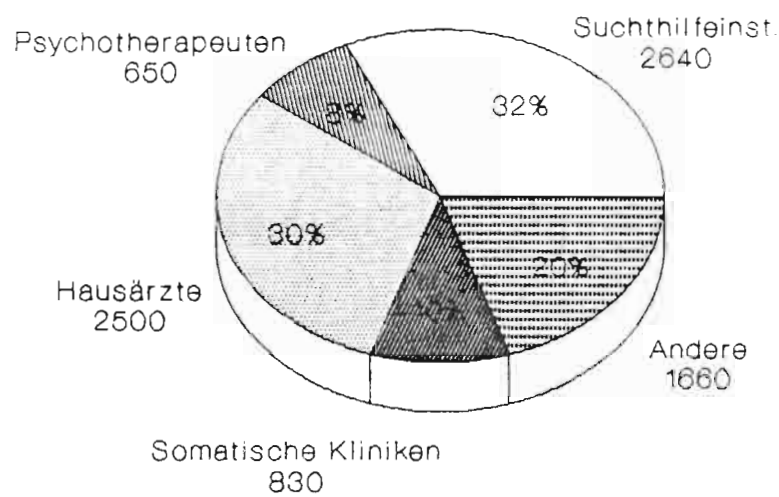


in % aller Süchtigen
der Region

A.Manz 88

Geht man davon aus, dass in der Region ca. 16000 suchtkranke Personen leben, werden von allen oben aufgeführten Institutionen des Gesundheitswesens 4 - 17 % der Süchtigen angesprochen.

Verteilung der erfassten Süchtigen

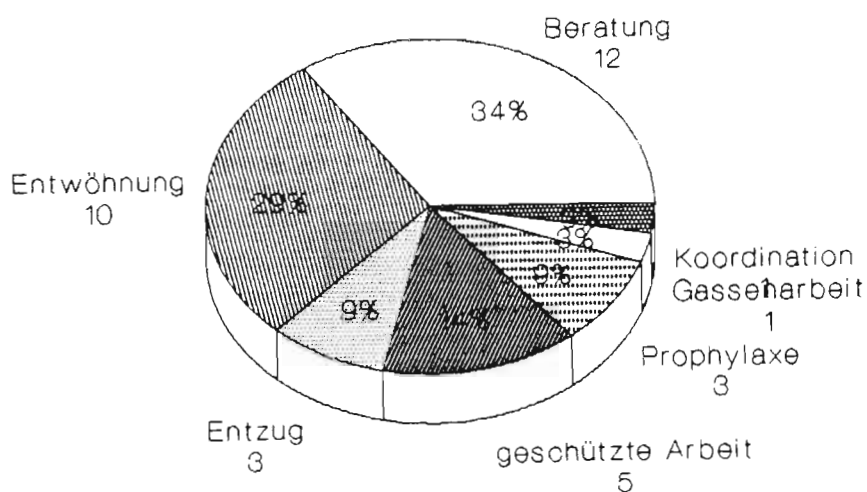


(innerhalb der Versorgergruppen sind Doppelerfassungen bereinigt)

A.Manz 88

Addiert man alle Erfassungszahlen der Hilfeinstitutionen im Gesundheitswesen, so kommt man auf ein Total von 8280 Erfassungen. Die meisten Erfassungen erfolgen durch die Suchthilfeinstitutionen selber und durch die Hausärzte.

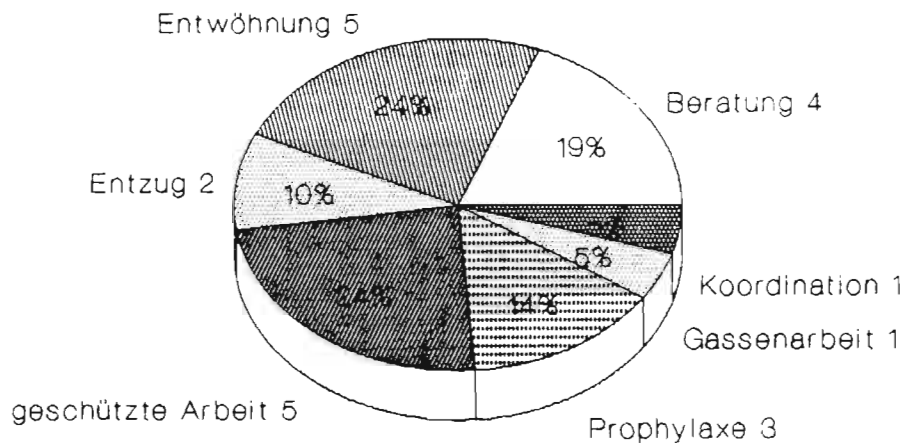
Anzahl Institutionen der Region Basel



A.Manz 88

In der Region Basel sind 35 Institutionen in der Suchthilfe ganz oder zum grossen Teil tätig. Knapp ein Drittel der Institutionen befassen sich mit der ambulanten Beratung und knapp ein Drittel mit Entwöhnungsaufgaben.

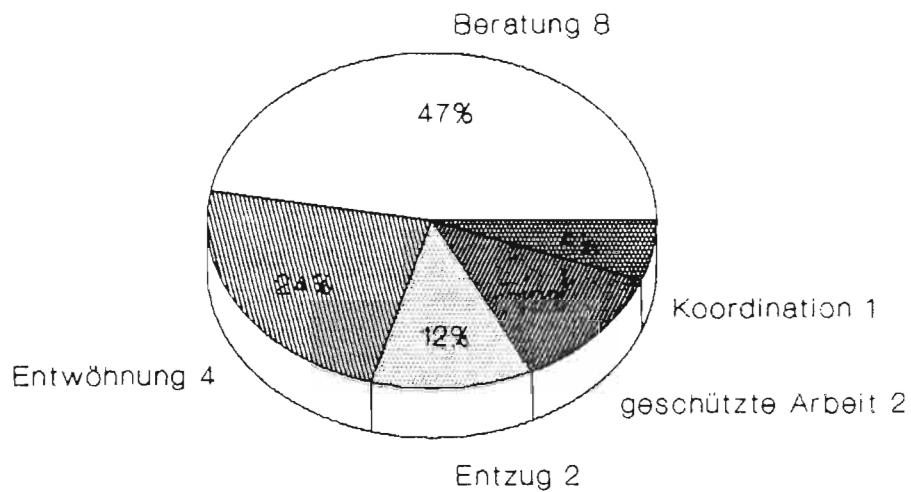
Anzahl Institutionen Kanton Basel-Stadt



A.Manz 88

Im Kanton Basel-Stadt sind insgesamt 21 Suchthilfeinstitutionen tätig und beschäftigen total 110 Mitarbeiter.

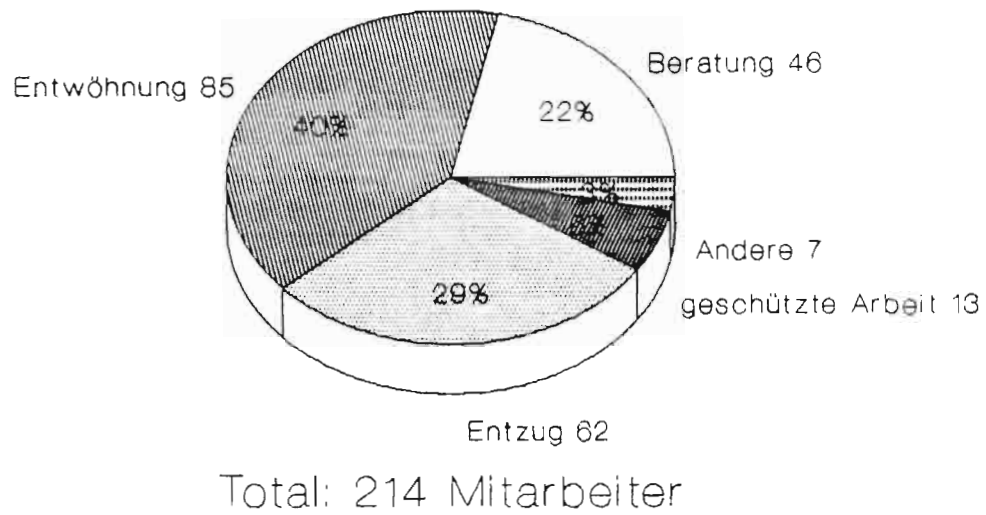
Anzahl Institutionen Kanton Basel-Land



A.Manz 88

Im Kanton Basel-Landschaft sind 10 Institutionen tätig. An 7 weiteren Institutionen, welche im Kanton Basel-Stadt liegen, hat der Landkanton namhaft Anteil. Als besonderes Merkmal der Suchthilfeinstitutionen im Kanton Basel-Landschaft sind die vielen kleinen Beratungsstellen zu erwähnen.

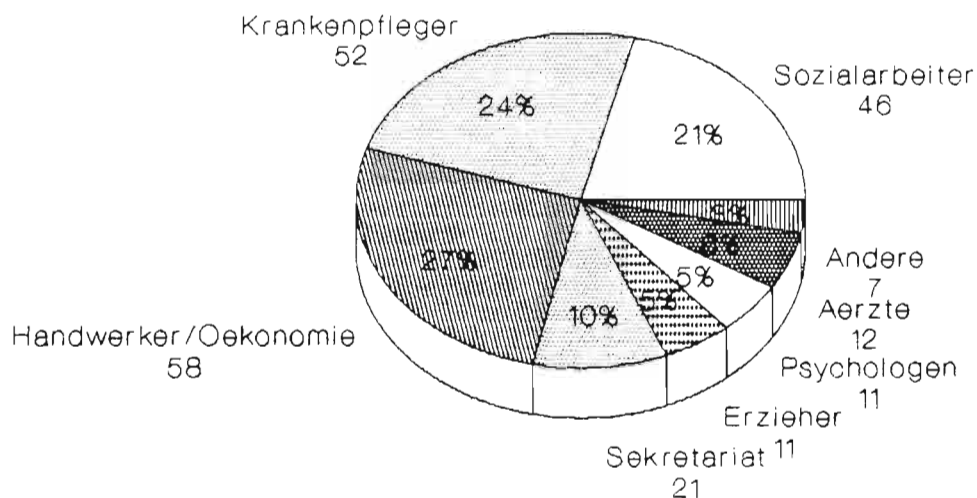
Anzahl Mitarbeiter in der Suchthilfe der Region Basel



A.Manz 88

In der regionalen Suchthilfe sind 214 Mitarbeiter-Stellen vorhanden. Auf die Entwöhnungsinstitutionen entfallen 40 % der Mitarbeiter.

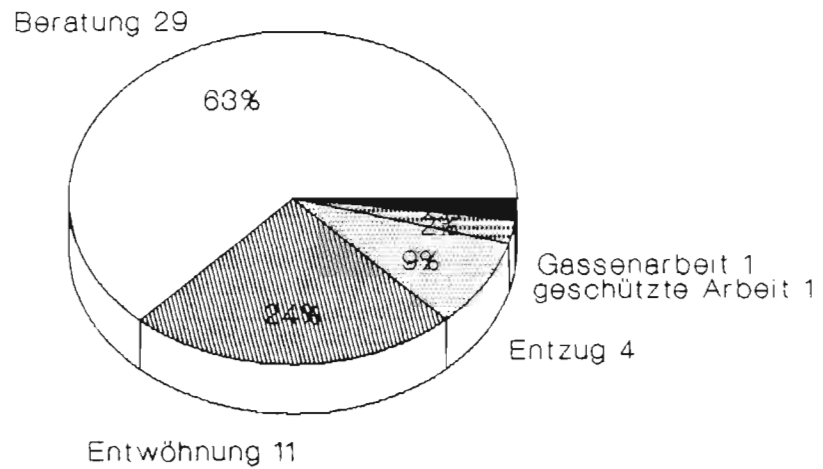
Berufsprofil in der Suchthilfe der Region Basel



A.Manz 88

Von den 214 Mitarbeitern, welche in der Suchthilfe angestellt sind, entfällt je ca. ein Viertel auf Sozialarbeiter, Krankenpfleger und auf Handwerker resp. in der Ökonomie angestellte Personen. Die übrigen Berufsgruppen teilen sich den vierten Viertel aller Stellen.

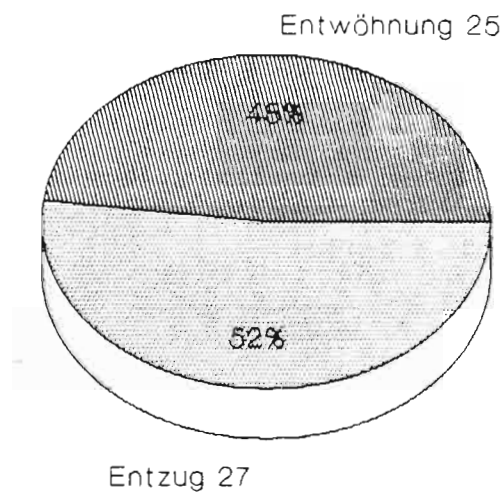
Sozialarbeiter in der Suchthilfe



A.Manz 88

46 Sozialarbeiter sind in der Suchthilfe angestellt. Die meisten von ihnen sind in der ambulanten Beratung tätig.

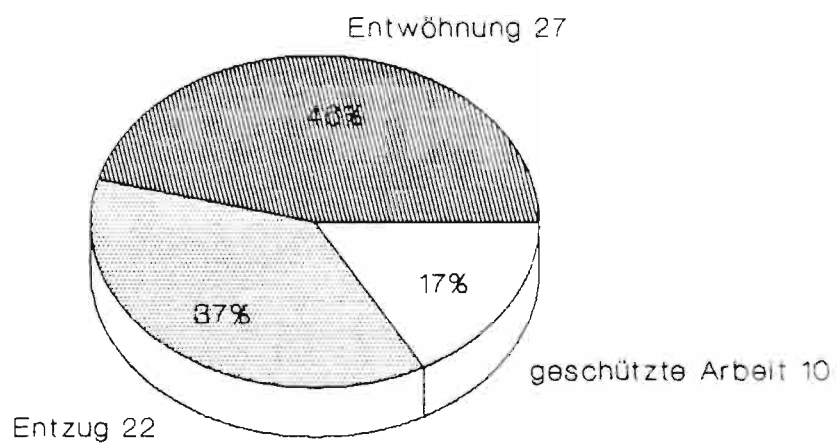
Krankenpfleger in der Suchthilfe



A.Manz 88

52 Krankenschwestern oder Pfleger sind in der Suchthilfe angestellt. Die Stellen sind vor allem in den Psychiatrischen Kliniken vorhanden. Ihr Tätigkeitsgebiet beschränkt sich auf Entwöhnungsarbeiten und auf den körperlichen Entzug.

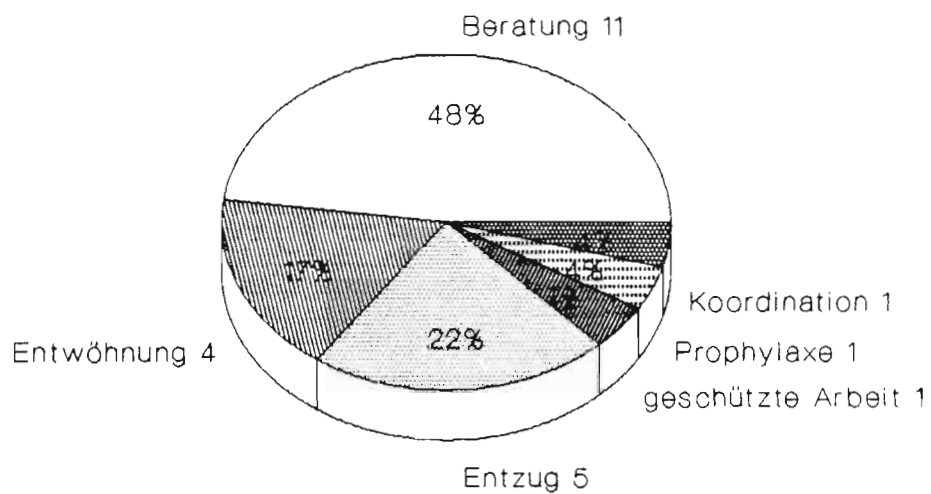
Handwerker und Oekonomie- Angestellte in der Suchthilfe



A.Manz 88

Von den 58 Handwerkern und Personen, welche in der Ökonomie der Institution tätig sind, sind die meisten in den Spitälern angestellt. 10 Handwerker sind in geschützten Werkstätten tätig.

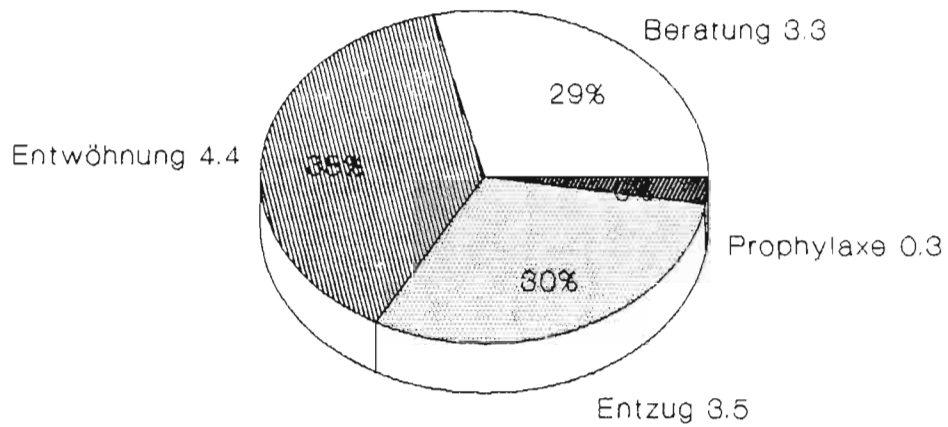
Sekretariatspersonal in der Suchthilfe



A.Manz 88

Es gibt in der Suchthilfe 21 Sekretariatsstellen. 11 entfallen auf ambulante Beratungsinstitutionen. Ein Grossteil dieser Sekretariatsstellen sind Teilzeit-Stellen.

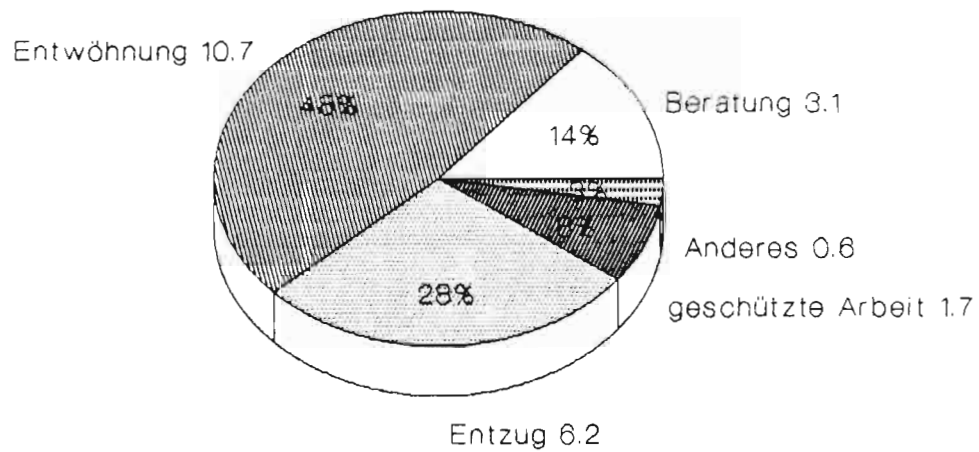
Aerzte in der Suchthilfe



A.Manz 88

11,5 Arztstellen sind in der Suchthilfe geschaffen worden. Sie verteilen sich etwa zu gleichen Teilen auf die Beratung, die Entwöhnung und auf den Entzug.

Finanzaufwand in der regionalen Suchthilfe

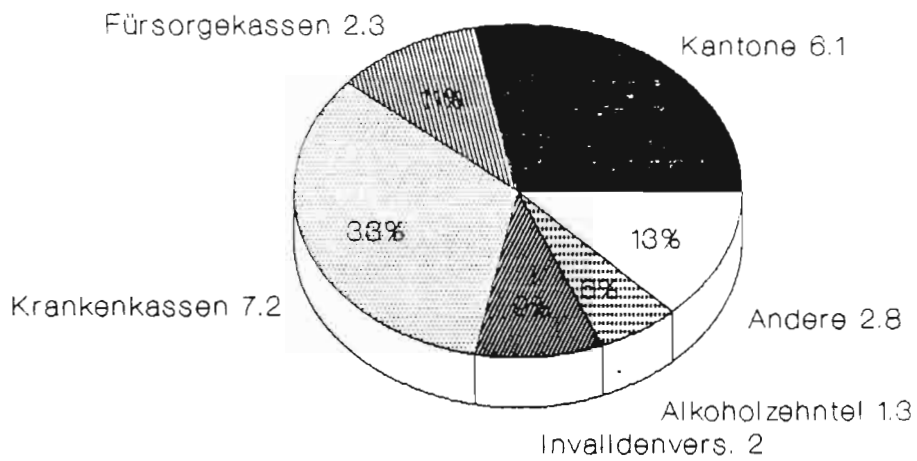


in Mio. Franken
Total: 22.3 Mio. Fr.

A.Manz 88

In der regionalen Suchthilfe werden ca. Fr. 22,3 Mio. an spezifische Suchthilfeinstitutionen bezahlt. Die Hauptkosten verursachen Entwöhnungsinstitutionen.

Finanzquellen Zusammenzug 1

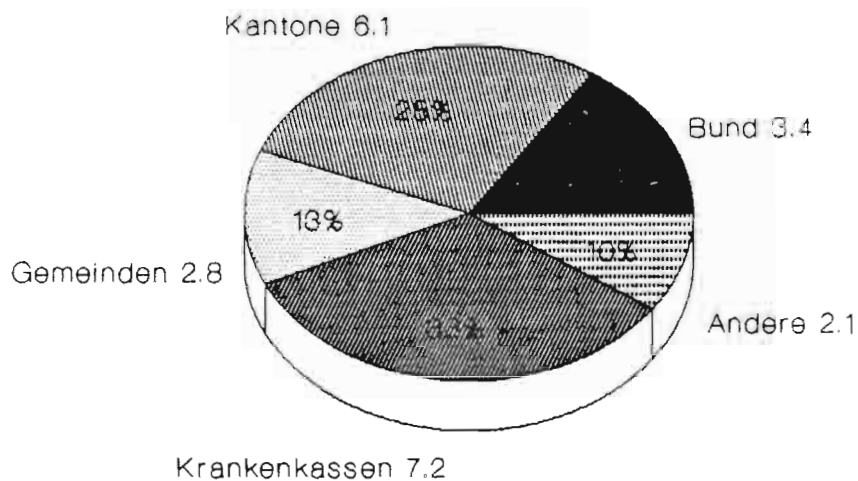


(in Mio. Fr.)
Total: 21.7 Mio. Franken

A.Manz 88

Die Krankenkassen und die Kantone (Budget, Lotteriefonds) sind die grössten Kostenträger der Suchthilfe.

Finanzquellen Zusammenzug 2



(in Mio. Fr.)
Total: 21.7 Mio. Franken

A.Manz 88

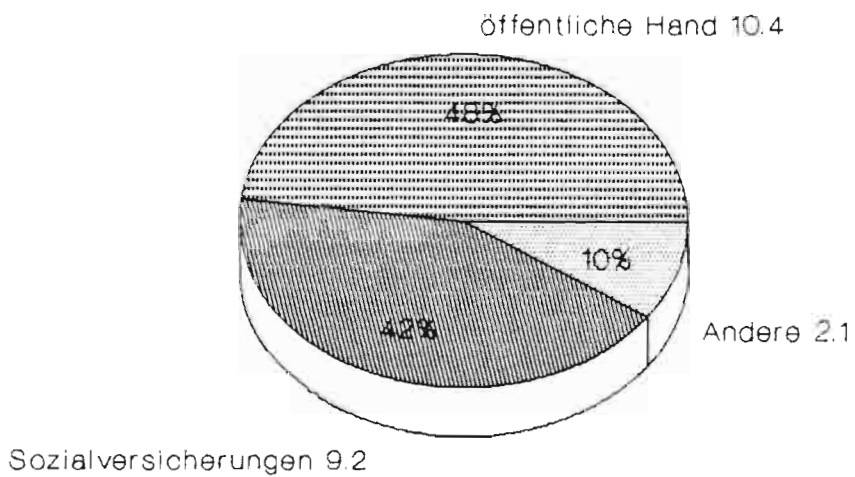
Erklärung der Zusammenfassung:

Bund: Invalidenversicherung, Arbeitslosenversicherung,
Alkoholzehntel, BIGA

Kantone: Budget, Lotteriefonds

Gemeinden: Budget, Fürsorge (aus gesamten Schweiz)

Finanzquellen Zusammenzug 3



(in Mio. Fr.)
Total: 21.7 Mio. Franken

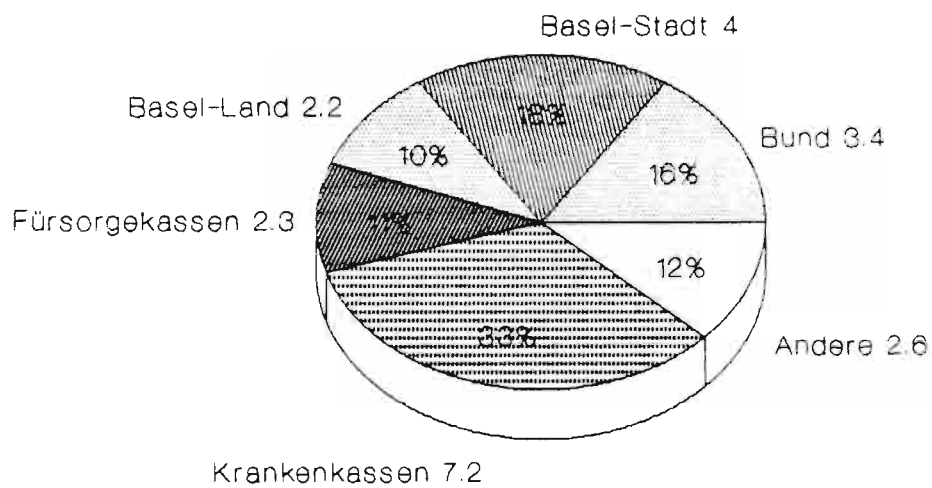
A.Manz 88

Erklärung der Zusammenfassung:

öffentliche Hand: Bund (BIGA,Alkoholzehntel), Kantone (Budget, Lotteriefond), Gemeinden (Budget, Fürsorge)

Sozialversicherungen: Krankenkassen, Invalidenversicherung, Arbeitslosenversicherung

Finanzquellen Zusammenzug 4



(in Mio. Fr.)
Total: 21.7 Mio. Franken

A.Manz 88

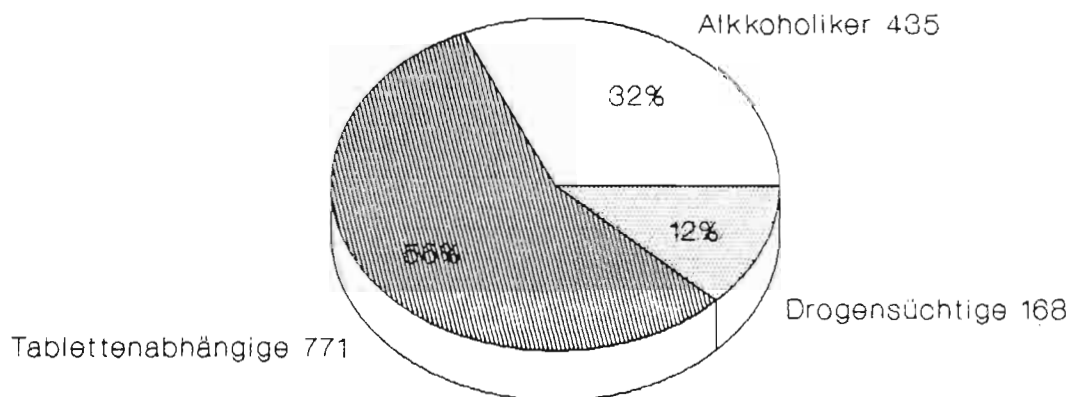
Erklärung der Zusammenfassung:

Bund: Invalidenversicherung, Arbeitslosenversicherung,
Alkoholzehntel, BIGA

Kantone: Budget, Lotteriefond

Fürsorgekassen: aus den zahlenden Gemeinden der Schweiz

Erfasste Suchtpatienten pro Monat durch Hausärzte im Kt. BL



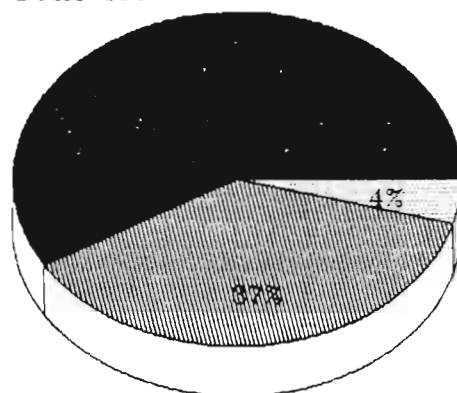
Total 1374 Suchtpatienten in einem Monat

A.Manz 88

Die ca. 114 Hausärzte im Kanton Baselland sehen in einem Monat hochgerechnet 1374 Patienten mit einem Suchtproblem.

Tablettenmissbrauch der Hausarztpatienten im Kt.BL

kleine Dosis 2367



steigende Dosis 179

grössere Dosis 1496

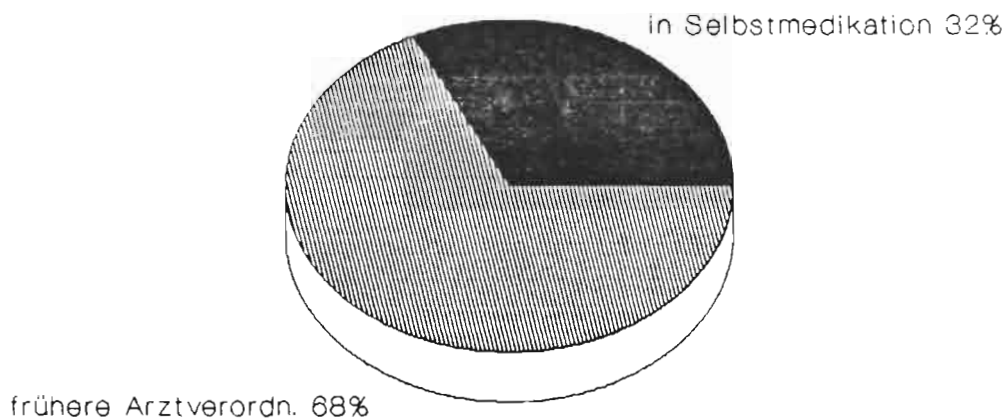
von 4042 Patienten pro Monat fallen
771 (=19%) als "süchtig" auf.

A.Manz 88

Die 114 Hausärzte des Kantons Baselland sehen in einem Monat ca. 4000 Patienten, die über Jahre ein gewisses Mass an Tablettenabusus betreiben. 2367 Personen nehmen "über Jahre eine kleine Dosis (20) eines Schlafmittels, Tagestranquillizers oder Barbiturates" ein. 1496 Personen nehmen "über Jahre in gleicher Dosierung mehr als eine Tablette pro Tag" zu sich. 179 Patienten konsumieren Schlafmittel oder Tagestranquillizer oder Barbiturate oder Laxantien oder Kopfwehmittel in steigender Dosierung. Von diesen 4042 Patienten werden 771 Personen von ihren Hausärzten als "süchtig" angesehen.

20) "maximal eine Tablette der niedrigsten oder mittleren Dosierung"

Ursache des Tablettenmisbrauches



Einschätzung durch die Hausärzte

A.Manz 88

Die 61 befragten Hausärzte im Kanton Baselland geben an, dass die frühere Verordnung eines Arztes als "Ursache" des Tablettenmisbrauches anzusehen ist. Damit wird bestätigt, dass der Tablettenmisbrauch durch präventive Schritte der Ärzte selber am effizientesten bekämpft werden kann.