

Kommentar zum Drogenarbeitskonzept der VSD Baselland ¹

von Andreas Manz

zuhanden von Dr. med. Dominik Schorr, Kantonsarzt und Verfasser des Entwurfs

Sehr geehrter Herr Kollege Schorr

Angenehm an dem vorliegenden Konzeptentwurf sind mir die sachliche Sprache und die dialektische Denkweise aufgefallen. Für solche Papiere neu ist für mich die Denkweise nach Wirkung und Nebenwirkung, die in der Medizin ein Standard ist, in Sozialkonzepten hingegen allzu häufig vermisst wird. Diese Denkweise ist vor allem bei dem Nutzen der nicht abstinenzorientierten Drogenarbeit dringend notwendig und in diesem Papier verwirklicht.

Zu den einzelnen Themen

Primärprävention

Zu begrüßen ist die Betonung der Präventionsarbeiten bei schwangeren Frauen. Mengemässig ist vermutlich vor allem die Verringerung der Zahl der Alkoholembriopathien. Auf diesem Gebiet ist vermutlich mit klaren Strategien am ehesten ein deutlich messbarer Erfolg zu erzielen, mit sehr langfristig präventivem Effekt.

Das Prozedere in der Primärprävention erscheint mir etwas zu undifferenziert ausgefallen zu sein. Wie Sie die Präventionsprojekte adäquat auswerten möchten, bin ich sehr gespannt. Insbesondere muss man doch ernsthaft Zweifel daran haben, ob Präventionsprojekte in der Schule im Drogenbereich tatsächlich messbare Wirkungen zeigen oder ob nicht auch hier der potentielle Schaden des Werbeeffects als Nebenwirkung ebenfalls in Betracht gezogen werden muss. Meiner Ansicht nach haben dort Kampagnen mit Aufklärungscharakter und solche, die auf eine Verhaltensveränderung hinzielen, dann ihre positive Wirkung, wenn es sich um eine Thematik handelt, die einen relativ grossen Teil der Bevölkerung betrifft. Bei der Drogenprävention hat die Prävention also damit zu kämpfen, dass die meisten Personen, die das Zielpublikum darstellen, wenig eigene Betroffenheit vor Augen haben und damit die Präventionsanstrengungen ebenfalls Einführung in die Problematik bedeuten. Drogenprävention im Schulbereich ist vermutlich effizienter als sekundäre Prophylaxe (Früherfassung) zu betreiben. Damit meine ich eine Konzipierung der Verknüpfung zwischen der Auffälligkeit von Drogeneinsteigern in der Schule mit beratenden und therapeutischen Fachstellen oder Fachpersonen, die für die auffallenden Einzelpersonen individuelle Interventionen planen und durchführen. Hier kann ja in idealer Weise aus der Schulpflicht der Kinder ein Interventionsmandat für die Suchtfachleute bei der dahinterstehenden Familie abgeleitet werden. Wenn der Kanton sich entscheidet, in diesem Themenbereich die präventiven Kräfte zu konzentrieren, wird daraus ein sehr grosses Ar-

¹ Dieser Kommentar wurde am 10. Juni 1993 verfasst und an den Kantonsarzt geschickt.

beispensum für die Suchtberatungsstellen resultieren. Auch ist anzunehmen, dass diese Art der Intervention evaluierbar ist.

Der Hinweis auf Seite 6, dass zu vermuten ist, dass Betäubungsmittel ein ähnliches Abhängigkeitsmuster wie Nikotin aufweisen, begrüsse ich sehr, da dieser Hinweis oder mindestens die Erwägung einer solchen Frage in den meisten Kommentaren zur Liberalisierungsdiskussion fehlt. Ich habe vor einigen Jahren ein Papier zum Thema Prävention geschrieben. Ich erlaube mir, Ihnen dieses beizulegen².

Zur Substitution

In der Beschreibung der Substitutionssituation im Kanton Baselland hat sich ein Widerspruch eingeschlichen. Zum Einen werden sie unter dem Titel der abstinenzorientierten Tätigkeit erwähnt, da sie in der Konzeption der SAB³ fast ausschliesslich als Übergang zur Abstinenz betrachtet werden. Auch wenn ich diese Konzeption von Dr. Hafner⁴ kenne, so bezweifle ich, dass sie in Realität auch tatsächlich in derartiger Häufigkeit durchgeführt wird, dass diese generelle Aussage dergestalt stimmt⁵. Beziehen Sie sich hingegen auf die deklarierte Konzeption, dass Methadon als Übergang zur Abstinenz im Kanton eingesetzt wird, so ist die Forderung, die auf Seite 6 bezüglich den Kosten dargelegt wird, nicht zu vertreten. Lediglich eine rein administrierte Methadonabgabe kann einigermaßen kostengünstig erfolgen. Wird die Methadonabgabe hingegen in eine therapeutische Konzeption eingebunden, so wird die Durchführung dieser Therapie mit den genau gleich hohen Kosten verbunden sein wie dies rein abstinenzorientierte Programme verursachen. Man muss sich bewusst sein, dass die effektive therapeutische Nutzung von Methadonprogrammen mit sehr viel Einzel- und Familiengesprächen verbunden sein muss und dass die Gratwanderung zwischen realistischer Beurteilung des persönlichen Nutzens und Schadens der Methadonabgabe viel fachliches Wissen und viel Erfahrung erfordert. Hier muss angepasst werden, dass keine Augenwischerei durch den Titel eines "Programms" und durch die Involvierung von Fachpersonal im Sinne von Hausärzten und Apotheken betrieben wird, die einer tatsächlichen Evaluation zwischen Ziel und Wirklichkeit vermutlich allzu häufig nicht standhalten würde. In der vorgelegten Konzeption fehlt denn auch der Hinweis auf eine Evaluation der kantonalen Methadonprogramme.

Zur Niederschwelligkeit

Die Begriffe der "Niederschwelligkeit" resp. derjenige der "Hochschwelligkeit" haben sich zwar in einem gewissen Sprachjargon eingenistet, sind meiner Ansicht nach für die Umschreibung eines Institutionskonzepts völlig ungeeignet. Insbesondere sind sie unbrauchbar, wenn damit Qualitäten wie gut und schlecht assoziiert werden. Die Behandlung von süchtigen Menschen hat ja mit einer der Suchtsymptomatik ureigenen Thematik zu kämpfen, nämlich derjenigen der ambivalenten Therapiemotivation. Die Sucht ist sui generis mit

² Andreas Manz 1991a: Gedanken zur Primärpräventions-Diskussion

³ SAB = Sucht- und AIDS-Beratungsstelle Baselland, die kantonale Drogenberatungsstelle

⁴ Dr. med. Urs Hafner war damals Leiter der SAB, die später DBL (Drogenberatungsstelle Baselland) und heute nach der Fusion mit der Alkoholberatungsstelle PDA (Psychiatrischer Dienst für Abhängigkeitskrankheiten) heisst.

⁵ Diese Zweifel sind aus heutiger Sicht mehr als berechtigt gewesen.

einer hohen Schwelle an Therapiebereitschaft verbunden, die erst noch hoch komplex, hoch ambivalent und sich dauernd im Wandel befindend. Aus dieser Tatsache haben verschiedene Institutionen mit gutem Grund verschiedene Bewältigungsstrategien definiert. Die einen Institutionen legen mehr Wert auf eine intensive Abklärungsarbeit, die hauptsächlich zum Ziele hat, sich mit dem Teil der Motivation des Süchtigen zu verbinden, die eine Veränderung will. Eine solche Vorbereitung braucht Zeit und verbessert die Aussicht auf Erfolg. Der Nachteil dieser Vorgehensweise ist, dass auf die rasch sich spontan wandelnde Eigenmotivation beim Süchtigen nur sehr träge reagiert werden kann. Da unsere Suchthilfe leider nicht so gut vernetzt ist wie sie sein sollte und auch der Umfang der Suchthilfe bei weitem nicht dergestalt ist, dass überall dort, wo ein Süchtiger im Moment in motivierter Weise auftaucht, reagiert werden könnte, ist das Versorgungsnetz der Suchthilfe darauf angewiesen, dass in der Beratung und der Entzugsbehandlung beide Konzeptionen angeboten werden. Es ist wichtig, dass von einem Tag auf den anderen ein Süchtiger einen Beratungstermin oder einen Entzugsplatz erhalten kann und es ist ebenso wichtig, dass Entzugsangebote bestehen, die auf einer fundierten Vorbereitung basieren und dass Beratungsangebote in konzipierter Weise begonnen und durchgeführt werden können und sich nicht durch die Tagesereignisse bestimmen lassen müssen. Bei der stationären Therapie verhält sich die Situation etwas anders. Ein stationärer Aufenthalt ist ein Unterfangen, das auf längere Monate angelegt ist. Das braucht eine adäquate Vorbereitung. Meistens sind die therapeutischen Wohngemeinschaften relativ klein und es kann nicht wie in eine grosse Gemeinschaft oder wie in eine Klinik jede Person in die bestehende Gemeinschaft integriert werden. Die damit verbundene Arbeit und die Zeit, die die Vorbereitung benötigt, kann als Hindernis betrachtet werden. Eingebunden in eine adäquate fachliche Beratung stellt aber eine solche Vorbereitungszeit auch die Klärung der eigenen Motivation dar, die Voraussetzung für einen erfolgreichen Beginn der stationären Therapie bedeutet. Natürlich gibt es auch Gemeinschaften, vor allem im Ausland, die ohne Selektion quasi im Sinne einer offenen Tür jedermann nehmen, der sich meldet und Interesse zeigt, sein Leben zu verändern⁶. Auf den ersten Blick scheint dies "niederschwellig". Eine solche Konzeption verlegt aber die Klärung der Motivationsarbeit in die Zeit der ersten Therapietage. Solche Gemeinschaften müssen mit einer grösseren Ausfallrate in den ersten Therapiewochen rechnen, haben so gesehen eine höhere "Verbleibschwelle". Für Fürsorgebehörden oder Schutzaufsichten mag die einfachere offene Tür häufig praktischer sein, da sie ihren "Fall" rascher erledigen können und sich wieder anderen Arbeiten zuwenden können. Steht der Klient einige Tage später aber wieder auf der Schwelle, haben sie nichts gewonnen. Die Vorbereitung eines stationären Therapieaufenthalts gehört meiner Ansicht nach auch nicht in die Hände einer allgemeinen Fürsorge, die meistens mit zu vielen Personen und mit zu verschiedenen Themenbereichen absorbiert ist. Man weiss heute relativ viel über die Interaktion zwischen Vorbereitung und stationärer Therapie und der Arbeit im Ursprungsmilieu, die bestenfalls die stationäre Therapie des Klienten begleiten sollte. Je besser die Konzeption gewählt wird und je besser die Vorbereitung getan wird, desto erfolgreicher wird die stationäre Therapie verlaufen. Dies muss natürlich immer in den Grenzen des Erreichbaren gesehen werden.

6 z.B. Synanon Berlin

Zusammenfassend möchte ich darauf hinweisen, dass die Modeerscheinung der Bezeichnung einer Schwelligkeit für eine bestimmte Institution hauptsächlich vom Unwissen über die Gegebenheiten der Suchtpathologie zeugt und zur weitverbreiteten Verdrängungsarbeit zu rechnen ist, die die spezifischen Begleiterscheinungen⁷ der Suchtkrankheit bagatelisiert und die Ursachen der Begleiterscheinungen in den Umgebungsvariablen sucht. Hier hat sich auf breiter Ebene eine neue Welle der Verbündung von sogenannten Fachleuten mit den Suchtkranken selber etabliert. Es ist unschwer von den Suchtkranken die Meinung zu erhalten, dass die Begleiterscheinungen ihrer Sucht in äusseren Faktoren ihres Lebens zu suchen sind, bei der "Hochschwelligkeit" der Behandlungsinstitution oder der Sympathie der Berater oder den gesetzlichen Rahmenbedingungen etc.

Als ich 1980 per Zufall beruflich in die Suchtarbeit einstieg, kam ein Klärungsprozess zwischen den Suchthilfeinstitutionen und den Hausärzten zu einem relativ breiten Konsens. Die Ärzte hatten begriffen, dass sie für Drogenabhängige nur sehr marginal etwas zu bieten haben. Sie begannen zu akzeptieren, dass sie von den Drogenabhängigen meist nur beschwätzt und übers Ohr gehauen werden. Sie begannen anzuerkennen, dass ihr Wille, den suchtkranken Menschen zu helfen, von diesen meist ausgenutzt wurde, dass ihr mangelndes Wissen und die kaum vorhandene berufliche Erfahrung auf diesem Gebiet mithilft, die Sucht zu verlängern und die eigene Hilfe wirkungslos bleibt. Die damals vorhandene labile Klärung brach wieder ein, als die Ärzte im Rahmen der Methadonprogramme aufgerufen wurden, sich an der Methadonvergabe zu beteiligen. Die vormalige Einsicht in die Grenzen der eigenen Kunst war für die Hausärzte selbstverständlich auch eine gewisse Kränkung. Dass Hausärzte und Apotheken für die Abgabe von Methadon plötzlich wieder als wichtiges Glied der Suchthilfe gebraucht wurden, war Balsam auf eine offene Wunde. In dieser Folge hat sich denn auch eine neue Sprachregelung entworfen, die eine Unterscheidung der verschiedenen sich widersprechenden Konzepte zuließ. Die "Niederschwelligkeit" schien dabei ein geeigneter Ausdruck, um etwas als Therapie bezeichnen zu können, was alle wesentlichen Kriterien einer Therapie vermissen lässt.

Ich hoffe, ihnen hergeleitet zu haben, dass der Begriff der „Schwelligkeit“ historisch als Deckmantel für einen Therapiebetrug gedient hat. Ich meine, dass man die Begrifflichkeit der Schwelligkeit am besten gänzlich fallen lässt.

Die Kostenfrage

Verständlicherweise taucht die Kostenfrage im vorliegenden Drogenarbeitskonzept an vielen Stellen auf. Sicherlich ist es Aufgabe einer kantonalen Behörde, den Kostenfaktor stets im Auge zu behalten und darüber zu wachen, dass vorhandenes Geld möglichst zweckgebunden und sinnvoll eingesetzt wird und dass eine gewisse Optimierung der vorhandenen Mittel gewährleistet ist. Trotzdem erlaube ich mir die Feststellung, dass in dieser Hinsicht manchmal etwas von naiven Vorstellungen ausgegangen wird. Eine qualitativ hochstehende Suchtarbeit mit entsprechenden Verbesserungen des Ergebnisses ist eine sehr aufwendige Arbeit und kann nie und nimmer kostengünstig erscheinen. Heute haben wir auf dem Angebotsmarkt eine relativ plurale Situation, die verschiedensten Konzepte und Ide-

⁷ Damit meine ich die Ambivalenz, die sich rasch ändernde Motivation des Süchtigen, die Doppelbödigkeit derselben.

en wurden umgesetzt mit mehr oder weniger guter Qualität. Die Beurteilung, was welche Kosten rechtfertigt und was vom Kostenstandpunkt her günstig erscheint, ist sehr schwierig. So legte beispielsweise das Justizdepartement Basel vor zwei Jahren eine Kostenbeurteilung von Entzugsstationen vor, die angebliche nachwies, dass die Entzugsklinik Cikade⁸ im Vergleich mit zwei zürcherischen Entzugskliniken viel zu teuer sei. Da ich selbige Kostenanalyse zwei Jahre früher selbst bereits durchgeführt hatte, wusste ich, dass dies nicht stimmen konnte. Das Justizdepartement erteilte daraufhin einen nochmaligen Auftrag, die Situation genauer abzuklären. Das Ergebnis war, dass die zwei zürcherischen Entzugsstationen und die Cikade auf der Kostenseite fast identische Resultate aufweisen und dass aber die PUK⁹ für die Durchführung von Entzugsprogrammen deutlich teurer ist¹⁰. In Seite 8 ist im Sinne einer Quadratur des Kreises eine Kombination von Wünschen miteinander verbunden, die im professionellen Institutionsrahmen so nicht verwirklicht werden können. Niederschwellige Aufnahmen und eine Erschwerung von Therapieabbrüchen sind ein Widerspruch in sich selber und beides steht in einem Widerspruch zum Minimum an therapeutischer Betreuung und zum Ziel der möglichst niedrigen Tagessätze. Ein Teil der beobachteten Verteuerung der letzten Jahre bei den Institutionen ist auf das Phänomen des Nachholbedarfs bei den Mitarbeiteransprüchen zurückzuführen, die vermutlich keinerlei Qualitätsverbesserung gebracht haben. Die heutigen Mitarbeiter solcher Institutionen sehen ihr Engagement nicht mehr anders an als eine Anstellung auf dem Gemeindesozialdienst oder in einem anderen Betrieb, sie haben die ähnlichen Forderungen und Erwartungen an den Arbeitgeber¹¹. Wie Sie aus der kantonalen Verwaltung wissen, haben solche Institutionen immer die Tendenz, ohne Leistungssteigerung in den Ansprüchen der Mitarbeiter zu wachsen und sich zu verteuern. Nun kann daraus nicht einfach blosses Fehlmanagement der Trägervereine abgeleitet werden, da es äusserst schwierig ist, mit einem Mitarbeiterteam in einen fundamentalen Konflikt zu geraten, weil die Arbeit der Mitarbeiter derart eng mit dem finanziellen Erfolg der Institution zusammenhängt, dass sie es sich gut überlegen müssen, ob sie ein Auseinanderbrechen eines Teams riskieren wollen mit rasch 100'000 – 300'000 Franken Einnahmeeinbusse, oder ob sie doch einen Kompromiss zwischen Forderung und Angebot suchen. Hier ist die Situation vielleicht vergleichbar mit gut organisierten Gewerkschaften und einer Firma, die rasch sehr hohe Einbussen erleidet, wenn die Gewerkschaft in Streik geht. Der Streik hingegen ist meistens zeitlich doch knapp limitiert. Ein Auseinanderfallen eines Mitarbeiterteams führt sehr rasch zu einer existenzbedrohenden wirtschaftlichen Situation. Die Folgen dauern viele viele Monate! Ich habe zehn Jahre als Vorstandsmitglied des Vereins Drogenhilfe unter dieser Dynamik gelitten und ich bin sehr dankbar für gutes Mitdenken, wie ein solcher Konflikt besser gelöst werden könnte. Ich kann Ihnen nur versichern, dass Globalmassnahmen ein kaum gangbarer Weg wären. Ich erinnere bei dieser Gelegenheit an die missglückte Intervention im staatseigenen Betrieb Arxhof, der damals sicherlich auf berechtigter Kritikgrundlage

8 Die CIKADE war eine private Drogenentzugsstation, die die Entzüge ohne Unterstützung von Medikamenten durchführte, weil sie die Erfahrung gemacht hatte, dass ein Entzug so viel rascher und problemloser durchgeführt werden kann.

9 PUK = Psychiatrische Universitätsklinik.

10 Birrer Martin: "Kostenvergleich Drogenentzug", Basel, Mai 1993

11 Ich habe während 10 Jahren diese Rolle innerhalb des Vereins Drogenhilfe, dem grössten privaten Verein in der regionalen Suchthilfe, ausgeübt.

lanciert wurde und schlussendlich zu einem sehr teuren und fatalen Zusammenbruch der Institution geführt hat. Ich habe in den vergangenen zehn Jahren die staatliche Aufsichtsbehörde oftmals etwas arrogant und fachlich naiv erlebt, wenn Kritik an der Kostenstruktur geübt wurde. Ich konnte den Kritikern selten glauben, dass sie die Aufgabe besser lösen würden.

Auf der anderen Seite sind die Verteuerungen darauf zurückzuführen, dass einige therapeutische Wohngemeinschaften begonnen haben, in mehr oder weniger dichter Weise Familientherapien einzuführen oder den Arbeitssektor in der Institution zu verbessern. Von beiden Themenbereichen weiss man, dass sie eine positive Korrelation zur Senkung der Abbruchrate haben. Institutionen, die parallel zur stationären Therapie eine konsequente Familientherapie durchführen, haben eine deutlich bessere Ausgangslage, Abbrüche zu verhindern. Dies weiss man u.a. aus einem kontrollierten Versuch einer grossen Therapiekette in Amerika, die über Jahre die eine Institution ohne und die andere mit Familientherapie geführt und die Ergebnisse ausgewertet hat¹². Der Erfolgsunterschied war sehr eindrücklich und bewies, was aus der Praxis bestens bekannt ist. Familientherapien sind aber relativ aufwendig und das Personal, das dazu vorhanden ist, muss geschult werden. Dies führt zu einer Verteuerung der Institution auf Mitarbeitererebene. Ebenfalls weiss man, dass eine gut qualifizierte Arbeit während des stationären Therapieaufenthalts für die Drogensüchtigen ein sehr stabilisierender Faktor darstellt. Die staatseigene Institution Arxhof hat auf diesem Sektor ja eine Vorbildsrolle. Sieht man aber die finanziellen Konsequenzen vor Augen, muss man bald einsehen, dass damit mit Sicherheit eine Verteuerung der Institution einhergeht.

Mit Verteuerung wird meistens der Tagessatz anvisiert. Dieses Kostenkriterium ist bekanntermassen ein sehr problematisches, da abgebrochene Therapien die teuersten Therapien darstellen. Eine Kostenrechnung bei den therapeutischen Gemeinschaften, die die Kosten pro geglückten Therapieaufenthalt errechnet, ist mir bis heute nicht bekannt. Dieser Indikator wäre sicherlich viel brauchbarer als derjenige des Tagessatzes. Ich bin auch überzeugt, dass die Institution "Le Patriarche"¹³ bei einer Kosten-Nutzenrechnung, bezogen auf eine erfolgreich abgeschlossene Therapie, bedeutend normaler ausfallen würde als dies im Hinblick auf die Tagessätze erscheint.

Die Kostenfrage hat aber eine viel grundsätzlichere Seite, die wir geneigt sind zu übersehen. Hier möchte ich eine Unterlassung des vorliegenden Drogenarbeitskonzepts anvisieren. Wie Sie als Kantonsarzt wissen, stellt die Sucht vermutlich von der Potenz der Beeinträchtigung der Volksgesundheit eine der gewichtigsten Diagnosen dar. Wie Sie ebenfalls wissen, hat die Behandlung der Sucht eine verhältnismässig gute Prognose, wenn sie durch adäquate Hilfe angegangen wird. In diesen Zusammenhang der volkswirtschaftlichen Kostenrechnung gehört die Diskussion um Kosten der Suchthilfe eingebettet.

12 Kaufmann/Kaufmann: "Familientherapie bei Drogensüchtigen", Lambertus Verlag

13 Le Patriarche ist eine Grossinstitution im Süden von Frankreich und in Spanien, die vom charismatischen Pater ... gegründet wurde. Sie praktiziert eine Mischung aus Selbsthilfeansatz und autoritärer Institutionsführung. Die Tagessätze von Le Patriarche sind deutlich tiefer als die schweizerischer Therapeutischer Gemeinschaften. Dies hat vor allem für Fürsorgebehörden ein hohes Verführungspotential. Diejenigen Zuweiser, die die geringe Erfolgchance einer Zuweisung bei Le Patriarche erlebten, sind entsprechend zurückhaltender geworden. In Le Patriarche gibt es keine Psycho- oder Gruppentherapie.

Zielformulierung der Drogenarbeit und Auftragserteilung

Wie bereits erwähnt, fehlt mir die Klärung der Grundsatzfrage, welche Ziele der Kanton in der Drogenarbeit anvisiert und welche Aufträge daraus abgeleitet werden. Zwei Auffassungen stehen einander gegenüber, ohne dass sie konzeptionell deklariert werden.

- Die eine Auffassung geht davon aus, dass nur diejenigen Personen Hilfe erhalten, die um die Hilfe nachsuchen. Die Institutionen haben sich lediglich mit der Frage zu beschäftigen, wie sie den Personen die Hilfe gewähren, die bei ihnen um Hilfe nachsuchen. Es soll sogar nur denjenigen geholfen werden, die ihr Hilfeersuchen eindeutig stellen. Alles Zweideutige wird als wenig erfolversprechend hinterfragt und abgelehnt.
- Die andere Auffassung von Hilfe basiert auf der Tatsache, dass eine wesentliche Symptomatik der Sucht die Verleugnung darstellt¹⁴ und dass die Hilfe sich nicht damit begnügen kann zu warten, bis in möglichst eindeutiger Weise der Süchtige oder dessen Angehörige um die Hilfe nachsuchen. Die Konzepte müssten so entwickelt werden, dass die sehr verschlüsselten Hilfebotschaften aufgegriffen und umgesetzt resp. entschlüsselt werden können. In diesem zweiten Fall ist die Auftragserteilung umfassender und nimmt bereits in der Auftragserteilung Rücksicht auf die spezifische Pathologie der Sucht, nämlich der ambivalenten Motivation, den verschlüsselten Hilfebotschaften und der Verleugnungsproblematik¹⁵.

Diese Aufgliederung in zwei grundsätzlich voneinander divergierende Hilfedefinitionen und Auftragserteilungsdimensionen erscheint auf den ersten Blick sehr abstrakt. Sie haben aber in der Praxis ganz enorme Konsequenzen. Ich mache keinen Hehl daraus, dass ich ein Anhänger der zweiten Hilfedefinition bin. Meiner Ansicht nach sind der Suchthilfe zwei kapitale Unterlassungssünden vorzuwerfen, wobei die eine mit der Grundkonzeption zusammenhängt, die andere für beide Konzeptionen gilt.

Meiner Ansicht nach besteht die lohnendste Investition in der Suchthilfe darin, an den Orten genügend präsent zu sein, wo die Süchtigen mit ihren Symptomen am häufigsten auffallen und einer Behandlung bedürfen. Es sind dies der Arbeitsplatz, die Notfallstation und die chirurgische Klinik der Spitäler, die Hausarztpraxis und die Polizei- und Gerichtsinstanzen. All diese Institutionen unseres gesellschaftlichen Lebens haben sich häufig mit den Folgen der Sucht zu befassen und müssen Lösungen für die Teilbereiche dieser Folgen finden. Nur in ganz seltenen Fällen kommt es aber dazu, was man immer so gerne anstreben möchte, nämlich zu einer kausalen Therapie. Will man aus der reinen Symptombekämpfung herauskommen wäre es bitter nötig, dass an den Orten, wo eine reine Symptombehandlung der Sucht unternommen wird, auch eine gründliche Ursachentherapie eingefädelt würde. Dazu müsste die Suchthilfe in der Lage sein, innerhalb kürzester Frist den Arbeitgebern, den somatischen Kliniken, den Hausärzten und den polizeilichen und richterlichen Instanzen die Hilfe anzubieten, deren die Personen bedürfen, die bei den jeweiligen Orten auffällig werden. Auch wenn das Postulat immer wieder erhoben wird, so wird doch ganz drastisch verleugnet, dass weder ein Auftrag noch die Mittel dazu vorhan-

¹⁴ Ich erlaube mir, Ihnen auch zu dieser Thematik einen Artikel von mir beizulegen: Andreas Manz 1991b: Zur Psychopathologie der Sucht und Konsequenzen für das therapeutische Handeln.

¹⁵ Dies hat aber nichts mit Zwangstherapie zu tun!

den sind, auch nur annähernd ein solches Angebot in die Tat umsetzen zu können. Und mit diesem Auftrag hat sich ein kantonales Konzept in erster Linie auseinanderzusetzen, ansonsten es wertlos ist.

Die zweite Unterlassungssünde betrifft die Strukturierung der ambulanten Suchtberatungsstellen. Die Struktur ist so angelegt, dass von vornherein Kontakt- und Therapieabbrüche notwendig sind, damit die Institution überhaupt mobil bleibt. Würde jede einmal begonnene Beratung mit allen Mitteln, die zur Verfügung stehen, verfolgt werden und würde immer das getan, was man aus der Theorie und aus der praktischen Erfahrung als am meisten sinnvoll erachtet, hätten die Mitarbeiter dieser Institutionen nach kürzester Zeit einen Nervenzusammenbruch, da sie sich der Arbeit nicht erwehren könnten. Dies liesse sich bestens bei allen Beratungsstellen nachweisen. Ich will als Beispiel die SAB nehmen. Unzweifelhaft hat sich der Kanton Baselland in den letzten Jahren ganz besonders engagiert, eine solche Institution überhaupt aufzubauen. Die SAB hat mittlerweile Hunderte von Methadonprogrammen zu betreuen, ich glaube, es sind gegenwärtig ca. 600. Wie im vorliegenden Drogenarbeitskonzept ausgeführt ist und wie auch Dr. Hafner immer wieder erklärt hat, stehen die Methadonprogramme klar in der Zielrichtung, eine abstinenzorientierte Entwicklung bei dem Süchtigen einzuleiten. Würde Kollege Hafner diese Absicht auch in die Tat umsetzen wollen, wären für die Betreuung der Methadonprogramme ca. 20 gut ausgebildete Fachleute notwendig. Mehr als 30 Programme kann auch eine sehr erfahrende Fachperson unmöglich pro Woche verfolgen. Wie Sie wissen ist die SAB überhaupt nicht in der Lage, dies zu gewährleisten. Die Folge ist, dass in die Konzeptausführung relativ obskure Ideen einfließen, die bei genauerer Betrachtung jede Fachperson als wenig erfolgreich einstufen muss. Es ist ja Dr. Hafner zugute zu halten, dass er in seinem grenzenlosen Optimismus immer daran glaubt, das Unmögliche möglich zu machen. Der Nachteil besteht einfach darin, dass der Suchthilfe ein zweifelhafter Dienst erwiesen wird, da sie im Rufe bleibt, wenig erfolgreich zu sein. Die Süchtigen selber und deren Angehörigen sehen sich in zu häufiger Zahl in ihrer Vorannahme bestätigt, dass nicht zu helfen ist und dass schlussendlich doch alles beim Alten bleibt. Diese Tatsache ist sicherlich nicht gänzlich zu verleugnen. Ich nehme aber an, dass mindestens die Hälfte solcher Beratungen erfolgreich verlaufen könnte, wenn die Beratung alles einsetzen könnte, was erfolgversprechend ist. In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass niemand ernsthaft bestreitet, dass eine Suchttherapie eine sehr langjährige Angelegenheit darstellt und dass die Kontaktabbrüche für die Entwicklung des Süchtigen sehr schädlich sind. Betrachtet man aber die Mehrzahl der Hilfeinstitutionen, so stellt man bald einmal fest, dass die Kontaktabbrüche einerseits dadurch programmiert sind, dass die Mitarbeiter relativ rasch wechseln, dass andererseits die ungut verlaufenden Therapien, die in einem Kontaktabbruch enden, notwendig sind, damit die neuen Anfragen wieder verarbeitet werden können. Wir können uns ja einmal hinsetzen, zu errechnen, welche Menge an Fachpersonal notwendig wäre, damit bei ca. 50% der einmal begonnenen Behandlungen eine fünfjährige konstante Begleitung gewährt werden kann. Bereits bei dieser einfachen Rechnung wird Ihnen bewusst, wie ungeheuerlich schlampig die Suchthilfe konzipiert ist und wie sehr Konzeptworte wie "Behandlungskette" und "Vernetzung" nur ungenügend zu vertuschen vermögen, dass hier ganz grundsätzlich die sich stellenden Probleme schlicht verleugnet und nicht einer Lösung zugeführt werden.

Zusammenfassend will ich damit darauf hinweisen, dass in einem Grundsatzpapier über die Drogenarbeit die Frage der Zieldefinition und der Auftragserteilung unabdingbar abgehandelt werden muss, damit man wenigsten weiss, was eigentlich erreicht werden sollte. Aus dieser definierten Grösse kann dann ermessen werden, wo die Drogenarbeit und die Suchthilfe insgesamt stehen. Diese Frage ist eine viel wichtigere und apropos Finanzen auch viel entscheidendere als die ewige Händelei um Taggeldsätze, die natürlich wichtig ist, aber die keinesfalls die Grundproblematik, in der die Suchthilfe steht, zu erfassen mag.