

Elemente eines Konzepts der SAB ¹

Von Andreas Manz

1994 war ich als externer Berater Mitglied der Konzeptgruppe, die ein Konzept für die seit 1989 bestehende Sucht- und AIDS-Beratungsstelle ausarbeitete. Das nachfolgende Papier habe ich, z.T. in Zusammenarbeit mit dem Leiter der SAB, Dr. Urs Hafner, als Grundlage für die Konzeptgruppe geschrieben.

Rahmenanforderungen an einen SAB-Auftrag ²

1. Die SAB erfüllt einen konkreten Versorgungsauftrag zur Betreuung suchtkranker Menschen vornehmlich im illegalen Bereich für die Bevölkerung des Kantons und der umliegenden Teilregionen.
2. Jeder, der um Hilfe nachfragt, erhält Hilfe in der notwendigen Frist, entweder durch die SAB selber oder durch sie vermittelt. Dies gilt für
 - die Betroffenen selber;
 - für deren Angehörige;
 - für Institutionen, Spitäler, Schulen, Sozialdienste, Gefängnisse, Polizei etc.;
 - für Hausärzte, Psychotherapeuten etc.
3. Die Hilfe der SAB soll individuell in der notwendigen Langfristigkeit, dem nötigen Umfang und der genügenden Ausdauer gewährleistet sein.
4. Die Hilfe der SAB soll stärkstmöglich in Personalkonstanz gewährleistet sein.
5. Die Instrumente der Hilfe tragen den Besonderheiten der Suchtpathologie Rechnung und unterscheiden sich dadurch von anderen Hilfeleistungen in der Sozialpsychiatrie und Sozialhilfe.
6. Die SAB hat den Auftrag, die ambulante Suchthilfe soweit zu verbessern, als dies mit vertretbaren Mitteln möglich ist. Damit soll so vielen suchtkranken Menschen im Kanton wie dies mit vertretbaren Mitteln möglich ist, Hilfe zukommen.
7. Die SAB kümmert sich um Ausbildung und Schulung von Fachkräften, die später in anderen Institutionen oder in freier Praxis ihr Wissen der Suchthilfe zukommen lassen können.³

¹ Die hier niedergelegten Vorgesandten zu einem Konzept der SAB habe ich 1994 z.T. in Zusammenarbeit mit Dr. Urs Hafner, dem Leiter der SAB, geschrieben und als Grundgerüst der Konzeptgruppe vorgelegt.

² Diesen Teil verfasste ich am 07.11.94.

³ Dies steht in Konkurrenz zur Forderung 3 und 4

Vier Feststellungen als Hintergrund des Anforderungskatalogs

1. Suchthilfe kann so angelegt sein, dass ein Scheitern der Hilfe durch das System stark begünstigt oder erschwert wird. Ein Scheitern der Hilfe birgt die Gefahr der Chronifizierung mit sich.
2. Die Suchtpathologie (wie auch andere schwere psychosoziale Pathologien) hat in hohem Masse die Tendenz, das Scheitern der Hilfe herauszufordern. Die Selbststeuerungskräfte in Richtung "Gesundheit" sind höchst ambivalent. Die Hilfe muss daher Instrumente bereitstellen, die ein Mitagieren mit dieser Ambivalenz der Betroffenen minimiert.
3. Die Sucht ist Ursache (und Folge) vieler anderer psychosozialer Störungen in der Umgebung. Sie ist für den Betroffenen potentiell tödlich (mit oder ohne Marginalisationsmechanismen der Drogen-Prohibition).
4. Interventionen im näheren Umfeld einer süchtigen Person verfolgen neben einem therapeutischen auch ein präventives Ziel zur Minimierung der Sekundärfolgen bei Angehörigen (z.B. Kindern).

Konsequenzen, die aus der Bejahung der Rahmenanforderung zu ziehen sind

Versorgungsauftrag: Der Versorgungsauftrag verpflichtet den Leiter der SAB, die Instrumente, die zu einer optimalen Versorgung erforderlich sind, zu definieren und die Mittel zu entwickeln, die dazu benötigt werden. Der Versorgungsauftrag verpflichtet die Träger der SAB, alle wesentlichen Leistungen zu finanzieren, die zur Bewältigung des Auftrags erforderlich sind.

Langfristigkeit: Die Langfristigkeit der Betreuung erfordert Mechanismen der Institutionsentwicklung, die das zahlenmässige Überlaufen der Institution in eine kontinuierliche Ausweitung der Leistung umsetzen und nicht zum Unterbruch der im Moment gerade schwierig verlaufenden Fälle führt.

Personalkonstanz, Ausbildungsaufgaben: Diese zwei Ziele konkurrenzieren sich. Rotationsstellen sind neben Dauerstellen zu kombinieren. Die Rotationsstellen sind darauf ausgerichtet, dass Personen, die später in anderen Institutionen oder in einer eigenen Praxis tätig sein werden, ausgebildet werden können. Die Dauerstellen dienen zur Verfestigung der SAB-Kontinuität.

Die Instrumente der ambulanten Suchthilfe für eine Optimierung der Versorgung

Da es sich bei der Suchtpathologie um eine Störung handelt, die sich in ihrer Hilfeanforderung stark ambivalent verhält, kann sich die Hilfe nicht damit begnügen, lediglich für diejenigen Menschen, die um Hilfe nachsuchen, Hilfestellungen zur Verfügung zu stellen. Sie kann sich auch nicht damit begnügen, die Hilfe nur dann auf-

recht zu erhalten, solange die Hilfsangebote benutzt werden. Die Hilfe muss auch versuchen, die widerständigen und die davonlaufenden suchtkranken Menschen zu erreichen und ihnen die benötigten Hilfestellungen zukommen zu lassen⁴. Die wesentlichen Stichworte sind dabei: Früherfassungsmodalitäten und Einbeziehung der familiären Umgebung in die Therapie.

Früherfassung (Sekundärprävention)

Süchtige Personen fallen meist viel früher durch indirekte Manifestationen ihrer Sucht auf, als dass sie oder die familiäre Umgebung direkt um Hilfe nachsuchen. Orte, wo diese Frühmanifestationen auftauchen, sind:

- Schule: Schulschwierigkeiten, vor allem in Berufsschulen und Abschlussklassen, Schwierigkeiten von Kinder suchtkranker Eltern;
- Berufslehre: Schwierigkeiten an der Lehrstelle;
- Somatisches Spital und Hausärzte: Somatische Zwischenfälle oder Unfälle;
- Fürsorge, Amtsvormundschaften: Soziale Stützungsmaßnahmen;
- Polizei, Justiz: Personenkontrollen, Kleindelikte.

(Die Liste bedarf weiterer Ergänzungen).

Es stellt eine zentrale Aufgabe der SAB dar, mit all diesen Manifestationsorten Modalitäten der Früherfassung zu vereinbaren und durchzuführen. Die ersten Schritte werden wohl sinnvollerweise stets an den Manifestationsorten⁵ und in enger Zusammenarbeit mit den Früherfassern unter raschem Einbezug der familiären Umgebung durchgeführt. Die Intervention muss gut vorbereitet und abgesprochen sein. An gewissen Orten (Spital, Polizei) muss die Hilfe sehr rasch erfolgen können und sogar im Sinne eines Notfalldienstes strukturiert sein⁶.

Ein solch ausgedehnter Früherfassungsauftrag kann die SAB nicht alleine bewältigen. Sie benötigt eine verbindliche Kooperation mit den Alkoholberatungsstellen (Notfalldienst, Krisenintervention, Ausarbeitung der Zusammenarbeitsmodalitäten) und dem KJPD⁷ (Schule). Anfänglich wird die Schulung der Früherfasser in Betrieben, Schulen, Spitälern, Arztpraxen, Polizeidiensten etc. viel Zeit beanspruchen. Es ist anzunehmen, dass sich die Modalitäten mit der Zeit einspielen und der Schulungsaufwand stark abnimmt. Dies setzt aber voraus, dass vonseiten der Suchtberatungsstellen der „Service“ meistens funktioniert und die Berater mit Konsequenz und Ausdauer an die Fallbearbeitung gehen. Somit werden die Früherfasser erleben, dass sich die Zusammenarbeit lohnt.

⁴ Diese Maxime redet aber nicht einer Zwangsbehandlung von Suchtkranken das Wort.

⁵ Z.B. in der Hausarztpraxis.

⁶ In einer Krise ist das Suchtsystem meist maximal aufgeweicht. Eine Intervention kann dann unter besonders günstigen Voraussetzungen stattfinden. Das System stabilisiert sich aber meist sehr rasch, so dass die Intervention unter Umständen sehr rasch erfolgen muss, ansonsten sie nicht mehr wirken kann.

⁷ KJPD = **K**inder- und **J**ugendpsychiatrischer **D**ienst.

Einbezug der familiären Umgebung

Der Einbezug der familiären Umgebung ist nicht bloss eine unter vielen therapeutischen Methoden. Sie ist für die ambulante Arbeit mit floriden Suchtleiden unentbehrlich. Die therapeutische Arbeit benötigt einen einigermaßen stabilen Therapiekontrakt. Da der Suchtkranke selbst über die Zeit meist als Erster starke Widerstände aufbaut, unzuverlässig ist und grosse Übung im Wegdiffundieren aus einer Beziehung hat, muss der Kontrakt vor allem zur familiären Umgebung resp. zu Teilen davon aufgebaut werden. Die familiäre Umgebung stellt gewissermassen der Garant der therapeutischen Arbeit dar. Die rasch zu schaffenden zeitlichen und teilweise auch inhaltlichen Verbindlichkeiten sind oft die *Conditio sine qua non* der ambulanten Suchtarbeit, ohne die mit den in einer floriden Sucht stehenden Menschen keine genügende Beziehung und Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann. Die familiäre Umgebung ist bei der Krisenintervention, der Bearbeitung einer Hilfeanforderung durch einen Früherfasser oder bei spontanen Hilfesuchenden raschmöglichst beizuziehen. Die familiäre Umgebung spielt bei der Einleitung einer Entzugsphase, bei der Erarbeitung von Abstinenzstrategien und bei Rückfällen eine entscheidende Rolle.

Konsequenzen für die Organisationsentwicklung

Die Mitarbeiter müssen fundiert in der Führung von Familiengesprächen ausgebildet und/oder eingearbeitet werden. Die Mitarbeiter müssen mit allen Altersklassen und sozialen Schichten reden können und von diesen ernst genommen werden können (Problematik von zu jungen Mitarbeitern).

Die SAB benötigt eine Struktur, die auf langfristige Betreuung wie auch auf rasches Reagieren ausgerichtet ist. Für Notfalldienst, Krisenintervention und den Kontakt zu den Früherfassern ist die SAB in einen Verbund aller Suchtberatungsstellen einzubinden.

Analyse der wesentlichen Mangelercheinungen der SAB

Als wesentliche Mängel in der Erfüllung der Arbeit werden folgende Themen genannt:

- Pikettdienst, Notfalldienst, Krisenintervention
- Therapie und Betreuungskonstanz
- Kontrollen von ambulanten Massnahmen, Substitutionsprogrammen, FUB
- Gefängnisbetreuung
- Nachsorge
- Erreichbarkeit von Jugendlichen (15 - 18jährig)

Die Mangelercheinungen widerspiegeln eine bisher noch geringe Gewichtung obiger Grundanlagen:

Thema Ausweitungslogistik beim Überlaufen der Institution

- Therapie und Betreuungskonstanz
- Kontrollen von ambulanten Massnahmen, Substitutionsprogrammen, FUB
- Gefängnisbetreuung
- Nachsorge

Thema Kooperation mit Alkoholberatungsstellen und KJPD

- Pikettdienst, Notfalldienst, Krisenintervention
- Erreichbarkeit von Jugendlichen (15 - 18jährig)

Thema konsequenter Einbezug der familiären Umgebung

- Pikettdienst, Notfalldienst, Krisenintervention
- Therapie und Betreuungskonstanz
- Kontrollen von ambulanten Massnahmen, Substitutionsprogrammen, FUB
- Gefängnisbetreuung
- Nachsorge
- Erreichbarkeit von Jugendlichen (15 - 18jährig)

Die Qualität der ambulanten Suchthilfe steht und fällt mit der Lückenlosigkeit der Leistungsfähigkeit der Beratungsstelle und des Verbundsystems. Werden einzelne Teile nur mangelhaft oder gar nicht abgedeckt (wegen Personalmangel, fachlicher Inkompetenz, fehlende Kooperationslogistik, persönlichen Genügsamkeiten etc.), so sinkt die Erfolgsbilanz überproportional und fördert die Ansicht, dass Süchtigen nicht wirklich zu helfen sei.

Eine dynamisch erweiterbare Therapieabteilung bei der SAB

1. Grundlagen

- Für die Bezahlung der Behandlung von kranken Menschen sind in erster Linie die Krankenkassen zuständig.
- Staatliche Budgetrituale hemmen eine dynamisch ausbaubare Therapiestelle.

Behauptung:

Um den Hilfeandrang zu bewältigen, praktizieren Beratungsstellen folgende Fehlleistungen:

- Sie setzen ihre Schwelle hoch, indem sie sich ungenügend vernetzen oder sich ungenügend ansprechbar zeigen.
- Sie formulieren Behandlungsziele und Betreuungsmethoden, die mehr ihrer Überlastung denn realistischer Fallbeurteilungen entspringen.
- Sie lassen Therapien in mühsamen Phasen versanden, statt nachzuhaken und auszuharren.
- Investitionen zur Erlangung von Abstinenz oder für eine drastische Reduktion von Rückfällen sind kräfteökonomisch sinnvoller als abstinenzunabhängige Interventionen auf der Arbeits- und Wohnungsebene oder auf der Verbesserung der psychischen Befindlichkeit ohne Kombination mit dem Ziel der Abstinenz⁸.

2. Zur Stellenorganisation (siehe Tabelle)

- Der Eigenfinanzierungsgrad jedes Mitarbeiters muss möglichst gross sein und im Idealfall gegen 100% tendieren⁹. Damit wird das zu budgetierende Defizit pro Mitarbeiter relativ klein. Reserven oder Budgetüberschreitungen können somit auch im staatlichen Rahmen leichter verantwortet werden.
- Es wird stets dann eine neue Stelle geschaffen, wenn die letztgeschaffene zur Hälfte bis 2/3 ausgelastet ist.
- Psychologen und Ärzte können sich leicht in die freie Praxis absetzen und ihre Suchtpatienten/-familien mitnehmen. Sie sollen durch Fallbesprechungssitzungen locker an die SAB angebunden bleiben.
- Die SAB unterhält eine Pooltherapeutengruppe rund um ihre Institution, die bereits Erfahrungen in Suchttherapie hat und Drogensüchtige in Therapie nimmt. Die ge-

⁸ siehe dazu auch R. Schneider: Wirkfaktoren in der Therapie

H.J. Jost: Erfolgsprognosen einer psychosozialen Abhängigkeitstherapie

⁹ Dazu gilt die Vorgabe, dass jeder Mitarbeiter im Durchschnitt 60 % seiner Arbeitszeit den Klienten widmen soll, also einem Klient gegenüber sitzt oder mit ihm telefoniert oder mit seinem Umfeld in Kontakt steht. Nur 40 % sind für administrative Arbeiten, Weiterbildung und Sitzungen reserviert. Dass dieser Wert realisierbar ist, hat die MUSUB in Basel bewiesen. Die **Multikulturelle Suchtberatungsstelle Beider Basel** arbeitet dennoch hoch vernetzt und mit einem guten fachlichen Standard.

meinsamen Fallbesprechungen können abgegolten werden¹⁰. Die Patientenübernahme wird erleichtert. Die Pooltherapeuten nehmen an einem gemeinsamen Notfalldienst teil (gegen eine pauschale Pikettenschädigung, s.u.).

- Die Arbeit am Patienten pro Mitarbeiter wird beinahe verdoppelt. Die Erreichbarkeitsschwelle von den Drogensüchtigen wird durch intensive Kontakte zu den Früherfassern (siehe weiter oben) mittels der konkreten Zusammenarbeit am Einzelfall minimiert. Der Zusammenarbeitsmodus wird generell festgelegt. Die Erfahrungen werden publiziert.

3. Der Suchtnotfalldienst

- In den Pikettdienst teilen sich die SAB-Mitarbeiter, Mitarbeiter der Alkoholberatungsstellen und die selbständigen Pooltherapeuten.
- Der Notfalldienst ist über eine einheitliche Nummer 24 Stunden pro Tag erreichbar.
- Die Pikettenschädigung (ohne Verrechnung des Einsatzes) beträgt Fr. 1'000.-- pro Woche. Die Kosten dieses Notfalldienstes belaufen sich demgemäss auf Fr. 52'000.-- pro Jahr. Dieser Betrag ist in das SAB-Budget zu integrieren.
- Das Ziel des Suchtnotfalldienstes ist nicht in erster Linie eine Verbesserung der momentanen Notfallversorgung der Patienten, sondern eine Verbesserung der Rekrutierung von Langzeitbetreuung/-therapien. Ein Suchtsystem ist in einer Krisensituation aufgeweicht und besonders für auch längerfristig angelegte Interventionen erreichbar. Die Situation sollte genutzt werden.

4. Zur Schwelligkeit der Suchtberatungsstelle

Wenn die SAB vor allem im Sektor ambulante Langzeitbetreuung/-therapien eigendynamisch verstärkt werden sollte, so könnte man annehmen, dass damit die vielbeschworene Schwelle hochgehen würde. Meiner Auffassung nach sinkt die Hemmschwelle, die Dienste der SAB zu beanspruchen, wenn die SAB stets da ist, wenn sie von jemandem gebraucht wird und wenn die SAB für jeden „Sozialpartner“ (Früherfasser) Interventions- und Zusammenarbeitskonzepte ausarbeitet, die sich in der Praxis erproben können. Wenn die SAB zudem noch einen Suchtnotfalldienst auf die Beine stellt, so werden kaum verführende Strategien zur Erfassung der Süchtigen (Ersatzstoffe) notwendig sein, um Therapien einzuleiten. Die Abgabe von Drogenersatzmitteln kann in diesem Falle wieder den Stellenwert eines Politikums zurückerhalten und sich im grossen Ganzen davon verabschieden, eine besonders geeignete therapeutische Methode in der Hilfe für Abhängige zu sein.

¹⁰ Hier hat seit dem Verfassen dieses Papiers sich die Situation insofern verbessert, weil die neue gesamtschweizerische Tarifordnung Tarmed solche sozialpsychiatrischen Sitzungen ohne Patient abgilt.

Kompetenzverteilung in der Führung der SAB ¹¹

Die SAB wird von einem Leitenden Arzt geführt. Dieser leitet seinen Fachbereich in eigener Verantwortung und ist administrativ dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst unterstellt. Die Kompetenzverteilung zwischen Chefarzt KJPD und Leitendem Arzt SAB sieht folgendermassen aus:

1. Vertretung nach oben und aussen

Der Leiter der SAB vertritt seine Dienststelle nach oben und aussen in eigener Regie, orientiert den Chefarzt KJPD periodisch über seine Vorhaben, muss aber von diesem keine Weisungen entgegen nehmen. Der Chefarzt KJPD unterstützt seinerseits im Rahmen seiner Möglichkeiten die Vorhaben des Leitenden Arztes SAB.

2. Vertretung in den Organen der KPD

Der Leitende Arzt SAB ist grundsätzlich nicht Mitglied der Chefärztekonzferenz, wird aber dann zur Beratung hinzugezogen, wenn es sich um Angelegenheiten der SAB handelt. In diesen Angelegenheiten vertritt er seine Anliegen selbständig und hat bei diesen Geschäften eine gleichberechtigte Stimme in der Chefärztekonzferenz.

3. Planung (Ziele, Leistungsangebot, Bau- und Raumfragen)

Die notwendigen Planungsarbeiten werden vom Leitenden Arzt SAB selbständig vorgenommen, in direktem Kontakt mit dem Klinikverwalter. Der Chefarzt KJPD wird über die Geschäfte informiert.

4. Therapeutische Grundsätze

Für die therapeutischen Leitlinien und Grundsätze ist der Leiter SAB selbst verantwortlich und muss keine Weisungen vom Chefarzt KJPD oder von der Chefärztekonzferenz entgegennehmen. Er informiert den Chefarzt KJPD über seine Grundsätze.

5. Innere Strukturen (Organisation)

Die innere Strukturierung der Dienststelle SAB obliegt dem Leiter SAB.

6. Personelles

In Zusammenarbeit mit dem Personalchef KPD ist der Leitende Arzt SAB eigenverantwortlich für Rekrutierung, Auswahl, Qualifikation und Entlassung seiner Mitarbeiter.

7. Leitlinien der Ausbildungsfunktionen

¹¹ Diesen Teil habe ich am 17.10.94 verfasst

Die Ausbildung der Mitarbeiter erfolgt in gemeinsamer Verantwortung zwischen Leitendem Arzt SAB und Chefarzt KJPD. Eine gemeinsame Mitarbeiterschulung ist überall dort anzustreben, wo dies möglich ist.

8. Budgetierung

Die Budgetierung der SAB erfolgt von dessen Leitendem Arzt in Zusammenarbeit mit dem Verwalter KPD in eigener Verantwortung. Der Chefarzt KJPD wird davon informiert.

9. Administrative Abläufe

Die Abrechnung erfolgt direkt von der SAB über die Verwaltung der Kantonalen Psychiatrischen Dienste und wird dort als eigene Dienststelle ausserhalb der KJPD geführt.

Zusammenfassung

Grundsätzlich agiert der Leiter der SAB in ähnlicher Autonomie wie ein Chefarzt, hat aber nicht dessen Rang und Salär, da es sich bei der SAB um ein thematisch eng begrenztes Feld handelt. Sie ist dem KJPD administrativ unterstellt, um die Einbindung in die KPD zu definieren und um die grundsätzliche Vertretung in der Chefärztekonzferenz zu regeln. Trotzdem agiert der Leitende Arzt der SAB grundsätzlich selbstständig. Die Unterstellung soll nicht zu gegenseitigem Arbeitsaufwand und Behinderung führen.

Konzept der Sucht- und AIDS-Beratungsstelle Baselland

Nach diesen Vorgesandten ergibt sich daraus folgende Konzeptstruktur. Einzelne Kapitel habe ich mit vorhandenen Materialien gefüllt, zu einigen haben Urs Hafner und ich schon Inhalte diskutiert. Diese habe ich formuliert und in die jeweiligen Kapitel eingefügt. Viele Kapitel sind aber noch leer.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
 - 1.1 Der Kontext des Auftrags
 - 1.2 Der Auftrag an die Konzeptgruppe
 - 1.3 Der Vorentscheid betreffend die Unterstellung
 - 1.4 Die Zusammensetzung und Arbeit der Kommission
2. Kurze Geschichte der SAB
 - 2.1 Die Entstehungssituation
 - 2.2 Der ursprüngliche Auftrag und das erste Konzept
 - 2.3 Die offenen Fragen der organisatorischen Unterstellung
 - 2.4 Die SAB in der Folgeplanung Psychiatrie
 - 2.5 Die Entwicklung der Stelle
3. Analyse der gegenwärtigen Funktionen und Schwerpunkten der SAB
 - 3.1 Die Drogenszene und die Hilfeszenarie
 - 3.2 Die Verknappung der finanziellen Ressourcen
 - 3.3 Die übernommenen Funktionen und deren Vernetzung
 - 3.4 Die Zusammenarbeit und Abgrenzungslinien mit den Partnern in der Drogenhilfe
 - 3.5 Die heutigen Stärken der SAB
 - 3.6 Die anstehenden Aufgaben der SAB
 - 3.7 Die ungelösten Probleme der SAB (die Lücken der SAB)
 - 3.8 Regelung von Richtlinien und Kompetenzen in der Drogenarbeit
4. Die konzeptionelle Grundlage der SAB
 - 4.1 Der Auftrag
 - 4.2 Das therapeutische Leitbild
 - 4.2.1 Grundlegende Auffassung von Sucht und Drogenmissbrauch
 - 4.2.2 Das sozialpsychiatrische Selbstverständnis der SAB
 - 4.2.3 Arbeitsprinzipien und Ziele (Abstinenzfrage u.a.)
 - 4.3 Der Namen der Stelle
5. Die künftige Entwicklung der Funktionen
 - 5.1 Die klientenbezogene Arbeit
 - 5.2 Die Projektarbeit
 - 5.3 Der Kontakt mit Behörden
 - 5.4 Die Öffentlichkeitsarbeit
 - 5.5 Die Bildungsarbeit (Weiterbildung und Fortbildung)
6. Die künftige Entwicklung der Strukturen
 - 6.1 Die Betriebsphilosophie
 - 6.2 Die Organisation
 - 6.2.1 Die Regelung der Unterstellung und den KJPD
 - 6.2.2 Die Grobstruktur der Binnenorganisation
 - 6.2.3 Der Stellenplan
 - 6.3 Die Finanzstrukturen und Finanzierungsziele

1. Einleitung

Zurückhaltenden Schätzungen zufolge müssen wir davon ausgehen, dass 3 - 4 % der Baselbieter Bevölkerung unter einer manifesten Suchtkrankheit leidet und dass von diesem Leiden direkt und indirekt ca. 40'000 Menschen betroffen sind. Suchtkrankheiten spielen in der Entstehung von psychischen Krankheiten und Problemen resp. sozialen Missständen eine grosse Rolle. Suchtkranke sind sehr zentral an der Kriminalität und an Verkehrsunfällen beteiligt. Die Bevölkerung unseres Kantons hat daher ein vitales Interesse, Suchtkranke möglichst frühzeitig zu erfassen und ihnen eine gut ausgebaute Behandlung anbieten zu können. Wünschenswert wäre auch, wenn das Entstehen von Suchtkrankheiten mindestens teilweise eingeschränkt werden könnte.

In den letzten Jahrzehnten sind im Kanton viele Anstrengungen unternommen worden, Süchtige besser behandeln zu können, Angehörigen beizustehen und die Folgen von Suchtkrankheiten zu minimieren. Zum Teil haben sich klare Vorstellungen, wie Süchtigen geholfen werden kann, entwickelt. Da Süchte nach wie vor im Kanton und anderswo ein grosses Problem darstellen, sind zusätzliche Anstrengungen notwendig, damit die Suchthilfe noch effizienter gestaltet werden kann und den Süchtigen die notwendige Hilfe möglichst frühzeitig und umfassend erreichen kann.

Die Suchthilfe ist bis heute in den meisten spezialisierten Institutionen in zwei Betreuungslinien aufgeteilt, diejenige für die Behandlung der Alkohol- und Medikamentensucht und diejenige für die Therapie der Drogensucht. Diese Aufteilung ist an sich nicht zwingend und weitgehend historisch bedingt. Eine Neuaufteilung nach Altersstrukturen wird in Zukunft zu prüfen sein.

In unserem Kanton leben heute vermutlich etwa 1'000 bis 1'500 drogensüchtige Menschen, die einer Betreuung bedürfen. Diese und ihre Angehörigen stellen in erster Linie das Zielklientel der nachfolgend konzipierten SAB dar.

1.1. Der Kontext des Auftrages

Die SAB wurde 1988 aufgrund der aufgelaufenen Notlage mit einer mangelhaften Betreuung von Methadonpatienten und unter dem Eindruck der sich akzentuierenden AIDS-Durchseuchung unter Süchtigen vom Kanton geschaffen. Es konnte keine Energie darauf verwendet werden, einen langsamen Organisationsaufbau zu praktizieren. Die Arbeit drängte zu stark. So konnte auch kein Konzept erarbeitet werden und man musste sich mit einer Absichtserklärung zu einem SAB-Konzept begnügen¹².

Auch die Einordnung der SAB in die Kantonalen Psychiatrischen Dienste konnte nicht definitiv vorgenommen werden. Die SAB blieb bis zum heutigen Tag eine vierte assoziierte Sparte der KPD, der Leiter der SAB wurde zur Chefärztekonzferenz eingeladen, behielt aber den Rang eines Leitenden Arztes mit beratender Stimme.

¹² Urs Hafner 1988: Absichtserklärung zu einem SAB-Konzept, 7. April 1988

Nach 6-jähriger Arbeit erschien es nun an der Zeit zu sein, eine erste Bilanz zu ziehen und vorhandene provisorische Regelungen zu überarbeiten. Dazu gehört auch die Verabschiedung eines Konzepts, das die groben Züge des Auftrags, der Arbeit, der Organisation und der Finanzierung umschreibt.

1.2. Der Auftrag an die Konzeptgruppe

Am 24.08.94 erteilte der Vorsteher der Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion der Chefärztekonzferenz der Kantonalen Psychiatrischen Dienste mit folgenden Vorgaben einen Auftrag, ein Konzept für die SAB zu erstellen. *„Ich will als Vorgabe, dass Ihr Bericht die Position der SAB in den KPD regelt und eine klare Unterstellung unter einen Chefarzt bringt. Ferner soll der Arbeitsauftrag für die Beratungsstelle ausformuliert sein: die sozialpsychiatrischen Ziele sind festzulegen. Die Zuständigkeit zur Erarbeitung von Richtlinien (z.B. Methadon-Richtlinien für Ärzte und Apotheker, Richtlinien für UP's oder Methadonverträge) soll geregelt sein. Die Abgrenzung von anderen psychiatrischen Diensten und die Zusammenarbeit mit anderen Ämtern und privaten Organisationen in der Drogenarbeit bedürfen ebenso der Regelung wie die Anstellungspolitik der SAB. Als Grundsatz für die Planung möchte ich festhalten, dass ein weiteres Ansteigen des Betriebsdefizits auch bei ansteigendem Arbeitsvolumen nicht vorkommen darf. Organisationsformen und Arbeitsstrukturen sind diesem Grundsatz unterzuordnen“.*

Folgende Themen wurden demnach vorgegeben:

- Unterstellung der SAB unter einen bestehenden Chefarzt
- Formulierung des Arbeitsauftrags für die SAB
- Festlegung der sozialpsychiatrischen Ziele
- Regelung der Zuständigkeit für die Erarbeitung von Richtlinien
- Definition der Abgrenzung von anderen psychiatrischen Diensten
- Konzipierung der Zusammenarbeit mit anderen Ämtern und privaten Organisationen in der Drogenarbeit
- Regelung der Anstellungs- und Personalpolitik der SAB

Die Chefärztekommision DER KPD erteilte einer Arbeitsgruppe am 26.09.94 die Aufgabe, bis Mitte Dezember ein entsprechendes Konzept für die SAB zu verfassen. Das Konzept solle folgende Themen behandeln:

- Vorschlag zur definitiven Unterstellung, Kompetenzausscheidung zwischen Chefarzt und Leitendem Arzt SAB
- Ziel- und Aufgabenkatalog mit Schwerpunkten
- Bezeichnung der Abgrenzung und Überschneidungen mit anderen Institutionen
- Formulierung der Betriebsphilosophie mit Hinweisen zur Personalpolitik

- Skizzierung der Grundzüge der inneren Organisation der Stelle
- Finanzierungsstruktur

Das Konzept solle der Tatsache Rechnung tragen, dass die Szene, die Bedürfnisse in der Drogenhilfe und das drogenpolitische Umfeld einem raschen Wandel unterliegen. Flexibilität, Kreativität und Zuverlässigkeit der Strukturen wurden zugleich gefordert.

1.3. Der Vorentscheid betreffend die Unterstellung

1.4. Die Zusammensetzung und Arbeit der Kommission

Die Arbeitsgruppe wurde von Dr. Cahn geleitet und sah sich von Mitte Oktober bis Mitte Dezember 1994 zu insgesamt 8 Sitzungen. Sie war aufgeteilt in eine Kerngruppe und eine erweiterten Gruppe. Es gehörten ihr an:

Kerngruppe

- Dr. Th. Cahn (Vorsitz)
- Dr. E. Isler (Chefarzt KJPD)
- Dr. U. Hafner (Leitender Arzt SAB)
- Frau H. Bechtold (Sozialarbeiterin SAB)
- Dr. A. Manz (externer Experte)

Erweiterte Gruppe

- R. Müller (Verwalter KPD)
- Dr. D. Schorr (Kantonsarzt)
- Frau Dr. M. von Moos (Oberärztin EPD)

2. Kurze Geschichte der SAB

2.1. Die Entstehungssituation

2.2. Der ursprüngliche Auftrag und das erste Konzept

2.3. Die offenen Fragen der organisatorischen Unterstellung

2.4. Die SAB in der Folgeplanung Psychiatrie

2.5. Die Entwicklung der Stelle

3. Analyse der gegenwärtigen Funktionen und Schwerpunkten der SAB

3.1. Die Drogenszene und die Hilfeszenarie

3.2. Die Verknappung der finanziellen Ressourcen

3.3. Die übernommenen Funktionen und deren Vernetzung

3.4. Die Zusammenarbeit und Abgrenzungslinien mit den Partnern in der Drogenhilfe

Die SAB unterhält mit zahlreichen Institutionen eine enge Zusammenarbeit. Nachstehende Vorstellungen und Abgrenzungslinien prägen diese Zusammenarbeit:

- Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst:
- Externe Psychiatrische Dienste:
- Kantonale Psychiatrische Klinik:
- Hausärzte:
- Apotheken:
- Psychiater/Psychotherapeuten in freier Praxis:
- Sozialdienste, Fürsorgebehörden, Amtsvormundschaften:
- Polizei:
- Justiz (Statthalterämter, Bezirksgefängnisse, Gerichte, Jugendanwaltschaft):
- Alkoholberatungsstellen, Blaues Kreuz:
- Judro:
- Spitäler:
- Therapeutische Gemeinschaften und Arxhof:
- Jugendheime:
- Jugendhäuser der Gemeinden:
- Gassenzimmer:
- nachgehende Drogenarbeit Baselland:
- Arbeitsämter:
- Invalidenversicherung:
- geschützte Arbeitsstellen (Overall, Igam, Werkstar)
- Drop-In:
- Badal:
- Psychiatrische Universitätsklinik (PUK):
- Psychiatrische Universitätspoliklinik (PUP):
- Step-Out:
- Selbsthilfegruppen (NA, AA, EA):

3.5. Die heutigen Stärken der SAB

3.6. Die anstehenden Aufgaben der SAB

3.7. Die ungelösten Probleme der SAB (die Lücken der SAB)

3.8. Regelung von Richtlinien und Kompetenzen in der Drogenarbeit

4. Die konzeptionelle Grundlage der SAB

4.1. Der Auftrag

- Die SAB ist vom Regierungsrat beauftragt, als Suchtberatungsstelle mit allen sinnvollen Mitteln möglichst vielen Menschen, die unter einer Drogensucht leiden (Betroffene, Angehörige und weitere soziale Umgebung), therapeutische Hilfe zukommen zu lassen. Der Regierungsrat ist dafür besorgt, in angemessener Aufteilung mit den übrigen Leistungsträgern¹³ die dazu erforderlichen materiellen Ressourcen bereitzustellen.
- Die SAB stellt die kantonale Fachstelle für Drogenfragen dar. Sie wird als solche bei allen relevanten Entscheidungen als Fachinstanz hinzugezogen.
- In den Fragen, die die Suchthilfe legaler Drogen (Alkohol, Medikamente) betrifft, übernimmt die SAB diese Aufgabe in Zusammenarbeit mit der Konferenz der Suchtberatungsstellen des Kantons Basel-Landschaft.
- Die SAB deckt alle ambulanten Dimensionen der Drogenberatung und -therapie ab, von den Motivationskontakten und Kriseninterventionen bis hin zur Nachsorge.

4.2. Das therapeutische Leitbild

4.2.1 Grundlegende Auffassung von Sucht und Drogenmissbrauch

Folgende Feststellungen über die Sucht leiten in grundsätzlicher Weise die Arbeit der SAB:

- Die Substanzenabhängigkeit ist eine Störung der psychischen und physischen Gesundheit, hervorgerufen durch Kontrollverlust über Quantum, Art, Frequenz einer Drogeneinnahme, mit Beeinträchtigung des sozialen Sinns des Patienten und seiner Bezugsgruppe. Genesung von Substanzenabhängigkeit erfordert meist eine Veränderung sowohl im Patienten wie in seiner Bezugsgruppe.¹⁴
- Abhängigkeit von Suchtmitteln bringt den Menschen früher oder später an den Rand der Gesellschaft und sehr oft in die Delinquenz (dies gilt auch für legale Dro-

¹³ Krankenversicherung, Gemeinden, Sozialversicherungen

¹⁴ Leicht modifiziertes Zitat aus „Anhang III,5 der Folgeplanung zum Psychatriekonzept Basel-Landschaft“ 1991

gen: Alkohol!). Umgekehrt ist der massive Konsum von Alkohol und Drogen besonders häufig bei sozialen Gruppen, die schlecht integriert sind, festzustellen. Daher hat sich die Psychiatrie der Sucht unweigerlich und zentral auch mit Problemen von Randgruppen und Delinquenz auseinanderzusetzen.¹⁵

- In entwicklungspsychologischer Hinsicht erachten wir Sucht als frühkindliche Störung. Suchtmittelmissbrauch ist eine funktionale Antwort auf eine spannungsreiche, widersprüchliche Lebenssituation, in der die gewohnheitsmässige Einnahme der Suchtmittel (im Sinne einer Selbstmedikation) als Lösungsversuch betrieben wird. Der Sucht wohnen selbstaggressive und selbstzerstörerische Motive inne, welche oft starke Suizidtendenzen beinhalten.¹⁶
- Es gibt zwar keine einheitliche „Suchtpersönlichkeit“. Diejenigen Süchtigen, die vor allem unsere Hilfe benötigen, zeigen hingegen einige meist wiederkehrende gemeinsame Verhaltensweisen, die in typischer Weise den Umgang mit der Hilfe prägen. Sie sind für ein Hilfesystem deshalb von hoher Bedeutung, da die Hilfe Antworten auf diese spezifischen Eigenheiten erbringen muss. Einige dieser Eigenheiten der süchtigen Verhaltensweisen sind die Folgenden:
 - *ambivalente Motivationslage und Einstellung zur Hilfe*: Manchmal möchte der Süchtige ganz entschieden sein Leben und sein Verhalten ändern. Er bringt aber meist nicht ohne weiteres die dazu erforderliche innere Konstanz der Motivation auf. Daher hat er die Tendenz, aus früheren Vereinbarungen davonzulaufen, Entscheidungen zu unterlaufen oder zu revidieren. Die Hilfe muss die wechselhafte Konstanz in der gefühlsgesteuerten Motivation des Süchtigen auffangen und mit geeigneten Mitteln¹⁷ stets neu fokussieren.
 - *gespaltene Motivationslage und Einstellung*: Zwar erlebt der Süchtige (oder sieht es sogar ein), dass er sein Leben und gewisse Umgangsstile darin ändern muss. Er möchte aber gleichzeitig die Änderung, ohne sich zu ändern, durchführen. Dieses Phänomen ist uns allen gemein. Beim Süchtigen sind die zwei Teile aber meist so voneinander abgetrennt, dass es dem Süchtigen lange Zeit schwer fällt, seine totale Zweigleisigkeit überhaupt zu realisieren und die Undurchführbarkeit dieses inneren „Veränderungskonzeptes“ anzuerkennen (Münchhausen-Syndrom¹⁸).
- Die Sucht wird als frühkindliche Störung angesehen. Der Störungskern kann auch mit psychotherapeutischen Mitteln nicht genuin beeinflusst werden. Die Suchttherapie verläuft daher auf zwei und mehreren Gleisen: Zum einen muss sie dem Süchtigen langfristige Strategien zur Erlangung und Bewahrung von Abstinenz in die Hände legen. Dies stellt in erster Linie eine pädagogische Arbeit dar, die am

¹⁵ Zitat aus "Folgeplanung zum Psychiatriekonzept Basel-Landschaft" 1991 S. 29

¹⁶ In Anlehnung an das Feinkonzept der AEA Arxhof 1992 Seite 7

¹⁷ Einbezug der Familie, Thematisierung der suchtvorsachenden Fehlleistungen, Integration der Gratifikationsstellen in die Beratung etc.

¹⁸ Wir erleben gegenwärtig auf breiter Ebene Varianten dieses Münchhausen-Syndroms, indem die heutigen Eckpfeiler der Drogensuchthilfe in der Abgabe von Suchtmitteln bestehen. Der Süchtige glaubt gerne, dass er einen Weg aus seinem Schlamassel finden kann, auch wenn er heute und morgen noch nicht auf die Einnahme der Abhängigkeitsmittel verzichtet. (Morgen, morgen ...)

besten unter Mithilfe von Selbsthilfegruppen geleistet werden kann. Zum anderen ist zur Bearbeitung der Entwicklungsdefizite und traumatischen Erlebnisse im Kindes-, Jugendlichen- und Erwachsenenalter langjährige Psychotherapie notwendig. Zum Dritten müssen allermeist auch soziale Probleme¹⁹ gelöst werden. Die Beratungsstelle stützt und fördert die Selbsthilfegruppen, die zur Abstinenzfähigkeit den wichtigsten Beitrag leisten und längerfristig das beste Netzwerk bieten können.

- Eine langfristige verbindliche Beziehung mit einem süchtigen Menschen bringt es meist zwangsläufig mit sich, dass der Beziehungspartner in die Ambivalenz und Gespaltenheit, die das Klima um den Süchtigen prägen, mit hineingezogen wird. Angehörige wie Helfer sind diesem Phänomen ausgesetzt²⁰. Dies führt dazu, dass die Beziehung von extremen Positionen durchsetzt wird (unangebrachte Strenge und Verurteilung oder übergrösse Fürsorge und „nochmals eine Chance geben“ etc.). Diese Beziehungseigenheit hat auf den Süchtigen ihrerseits starke suchterhaltende Auswirkungen. Daher muss diese Beziehungsdynamik stets aufs Neue erkannt und unterbrochen werden. Dieses Phänomen bringt mit sich, dass Angehörige eines Süchtigen immer auch Beratung benötigen und dass die Helfer ohne Supervision sich unbemerkt in der helfenden Beziehung verstricken und schwerer einen Ausweg daraus finden.
- Die Suchtpathologie (wie auch andere schwere psychosoziale Pathologien) hat in hohem Masse die Tendenz, das Scheitern der Hilfe herauszufordern. Die Selbststeuerungskräfte in Richtung "Gesundung" sind höchst ambivalent. Die Hilfe muss daher Instrumente bereitstellen, die ein Mitagieren mit dieser Ambivalenz der Betroffenen minimieren. Das Wesentlichste dieser Instrumente ist das Definieren einer familiären oder sozialen Umgebung als primären Vertragspartner im anlaufenden Beratungsprozess, der vom Süchtigen vorerst nur selten in eigener Regie in genügender Konstanz und Verbindlichkeit gestaltet werden kann. Dadurch werden vorerst in erster Linie Vorkehrungen für den Fall eines drohenden Therapieabbruchs getroffen.
- Die Sucht hat meistens einen zyklischen Verlauf. Verschiedene Phasen (Einstieg/Rückfall, Konsumkonstanz, Katastrophe, Reduktion/Entzug, Abstinenz) werden mehrmals wiederholt.

4.2.2 Das sozialpsychiatrische Selbstverständnis der SAB

- Die Suchtberatungsstelle versteht sich als Drehscheibe für eine kontinuierliche Begleitung des Süchtigen im zyklischen Verlauf seiner Sucht. Sie nutzt dazu ihre Vernetzung mit den Partnern der Suchthilfe²¹, um den Süchtigen phasenadäquat

¹⁹ Wohnen, Arbeit, Finanzen

²⁰ Für dieses Phänomen der eigenen Gefangenheit in die atmosphärischen Gegebenheiten eines Süchtigen wird oft der Begriff der Co-Sucht verwendet. Wir glauben, dass dieser Begriff keine eigenständige Krankheit oder persönliche Pathologie darstellt. Sie wird als unausweichliche Dynamik verstanden, die von Abspaltung, Ambivalenz und Verwirrung des Süchtigen ausgeht.

²¹ Entzugskliniken, Therapeutische Gemeinschaften, Hausärzte, Apotheken, Gemeindesozialdienste, Vormundschaftswesen, Polizei und Gerichte etc.

mit den richtigen Zusatzhilfen in Verbindung zu bringen. Die Kontinuität der Beziehung erfordert eine starke Einbindung des relevanten Beziehungsfeldes des Süchtigen (meist der Familie) in die therapeutische Arbeit.

- Die Suchtberatungsstelle unterhält ein dichtes und verbindliches Hilfenetz zu den gesellschaftlichen Institutionen²², in denen Süchtige meist als erste auffallen (Früherfassung = Sekundärprävention). In diesem Teil der Arbeit versucht die Suchtberatungsstelle, den Süchtigen aktiv dort abzuholen, wo er seine Symptomatik platziert²³. Zur Verbesserung der Einsatzfähigkeit der Suchtberatungsstelle unterhält diese einen 24-Stunden Notfalldienst²⁴.
- Konsequenzen auf der organisatorischen Ebene: Damit die SAB ihrer Aufgabe als Drehscheibe und Begleiterin langjähriger Therapieprozesse sowie der Früherfassung an allen Manifestationsorten unserer Gesellschaft nachkommen kann, wird längerfristig eine dynamische Ausbaubarkeit der Beratungsstelle benötigt. Es stellt daher ein mittelfristiges Ziel der SAB dar, gemeinsam mit anderen Leistungsträgern (Ärztenschaft, Krankenversicherung) eine Ausbaulogistik zu entwickeln, damit die vorhandenen Leistungsdefizite im langfristig angelegten Therapiesektor aufgeholt werden können.

4.2.3 Arbeitsprinzipien und Ziele (Abstinenzfrage u.a.)

- Die Betreuung und Therapie eines süchtigen Menschen stellt einen längeren Prozess mit oft unregelmäßigem Verlauf dar. In diesem Prozess spielen Interventionen zur Verbesserung der sozialen Integration (Arbeit, Wohnen, Freizeit), aber auch zur Konfrontation mit dem abgewehrten realen Geschehen (Bewusstmachung der Folgen der Sucht) eine wichtige Rolle. Die Bewahrung von erreichten Verbesserungen auf der sozialen und individuellen Ebene ist an die Erlangung von Abstinenz gekoppelt. Fortschritte ohne begleitende Abstinenz zerbröckeln allermeist im Laufe der Zeit (Sisyphusarbeit). Die Entwicklung einer abstinenten Lebenshaltung spielt daher mit zunehmendem Prozess eine zentrale Rolle. Die Abstinenz ist mit geeigneten Methoden bei etwa der Hälfte aller Prozesse erreichbar.
- Der Einstieg in den Betreuungsprozess mit einem Drogenabhängigen und seiner Familie kann unter Umständen über eine vorübergehende Abgabe eines Opiateratzmittels erfolgen.
- Die Beratung und Therapie verläuft über einen in Stufen angelegten Lernprozess des Systems. Darin werden individuell die zu erreichenden Teilziele in Etappen in Richtung Entwicklung des Betroffenen formuliert. Das begleitende Scheitern wird analysiert und die daraus folgenden Konsequenzen abgeleitet. Das System hat meistens die Tendenz, gleiche Prozesse auch dann zu wiederholen, wenn deren Unfruchtbarkeit längstens erlebt und nachgewiesen worden ist. In der Beratung

²² Gewerbeschule, Lehr- und Arbeitsstellen, Spitäler, Hausärzte, Sozialdienste und Fürsorgebehörden, Vormundschaften, Polizei, Justiz.

²³ Dazu ist gegenwärtig eine Arbeitsgruppe an der Ausarbeitung eines entsprechenden Interventionskonzeptes.

²⁴ Wird 1995 als Leistungsausweitung eingeführt.

wird darauf gedrungen, dass das System sein eigenes Scheitern nicht unendlich perpetuiert, sondern Auswertungen vornimmt und „nüchterne“ Schlussfolgerungen zieht und versucht, diese durchzuführen.

4.3. Der Namen der Stelle

Vorschläge:

SAB: Suchtambulatorium Baselland

BSR: Beratungsstelle für Sucht und Randgruppen

SRD: Sucht- und Randgruppendienst

5. Die künftige Entwicklung der Funktionen

5.1. Die klientenbezogene Arbeit

- In erster Linie wird es in den nächsten Jahren darum gehen, Mittel und Wege zu finden, wie die Einzelfallhilfe die Süchtigen in einem möglichst frühen Stadium ihrer Sucht erreichen kann. Es sollen Versuche unternommen werden, die Hilfe an den Süchtigen heranzutragen und ihn überall dort zu erreichen, wo sich seine Sucht symptomatisch niederschlägt.
- Wichtigster Schwerpunkt in der klientenbezogenen Arbeit stellt die Pflege der Beziehung dar, die auch über inszenierte Kontaktabbrüche hinweg fort dauern muss und in den Aufbau einer langfristigen Betreuungskontinuität münden soll.
- Nachsorge stellt ein Kontinuum der notwendigen Einzeltherapie dar, die mit dem Abschluss einer stationären Therapie oder eines Substitutionsprogramms nicht beendet ist. Insbesondere sieht es die SAB als ihre Aufgabe an, bei Abbrüchen von stationären Therapien oder dem Scheitern eines Substitutionsprogramms kurzfristig ein Auffangnetz zur Verfügung zu stellen. Der SAB können entsprechende Aufträge jederzeit erteilt werden.

5.2. Die Projektarbeit

5.3. Der Kontakt mit Behörden

Die SAB unterhält mit vielerlei Behörden und Gremien einen engen Kontakt. Die Grundsätze und Abgrenzungslinien sind im Einzelnen folgende:

- Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion:
- Kantonsarzt:
- Drogendelegierter:
- Drogenkommission:

- Sozialarbeiterforum:
- Drogen-Arbeitsgruppen von Gemeinden (Drogenkommission Liestal, SOHO Binningen, u.a.):
- Konferenz der Suchtberatungsstellen:

5.4. Die Öffentlichkeitsarbeit

5.5. Die Bildungsarbeit (Weiterbildung und Fortbildung)

6. Die künftige Entwicklung der Strukturen

6.1. Die Betriebsphilosophie

6.2. Die Organisation

6.2.1. Die Regelung der Unterstellung unter den KJPD

Die SAB wird von einem Leitenden Arzt geführt. Dieser leitet seinen Fachbereich in eigener Verantwortung und ist administrativ dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst unterstellt. Die Kompetenzverteilung zwischen Chefarzt KJPD und Leitendem Arzt SAB sieht folgendermassen aus:

Vertretung nach oben und aussen:

Der Leiter der SAB vertritt seine Dienststelle nach oben und aussen in eigener Regie, orientiert den Chefarzt KJPD periodisch über seine Vorhaben, muss aber von diesem keine Weisungen entgegen nehmen. Der Chefarzt KJPD unterstützt seinerseits im Rahmen seiner Möglichkeiten die Vorhaben des Leitenden Arztes SAB.

Vertretung in den Organen der KPD:

Der Leitende Arzt SAB ist grundsätzlich nicht Mitglied der Chefärztekonzferenz, wird aber dann zur Beratung hinzugezogen, wenn es sich um Angelegenheiten der SAB handelt. In diesen Angelegenheiten vertritt er seine Anliegen selbständig und hat bei diesen Geschäften eine gleichberechtigte Stimme in der Chefärztekonzferenz. Ansonsten ist der Leiter SAB eingeladen, sich mit beratender Stimme in der Chefärztekonzferenz zu engagieren.

Planung (Ziele, Leistungsangebot, Bau- und Raumfragen):

Die notwendigen Planungsarbeiten werden vom Leitenden Arzt SAB selbständig vorgenommen, in direktem Kontakt mit dem Klinikverwalter. Mit dem Chefarzt KJPD werden die Geschäfte abgesprochen und diskutiert.

Therapeutische Grundsätze:

Für die therapeutischen Leitlinien und Grundsätze ist der Leiter SAB selbst verantwortlich und muss keine Weisungen vom Chefarzt KJPD oder von der Chefärztekonz-

ferenz entgegennehmen. Er bespricht Änderungen dieser Grundsätze mit dem Chefarzt KJPD.

Innere Strukturen (Organisation):

Die innere Strukturierung der Dienststelle SAB obliegt dem Leiter SAB.

Personelles:

In Zusammenarbeit mit dem Personalchef KPD ist der Leitende Arzt SAB eigenverantwortlich für Rekrutierung, Auswahl, Qualifikation und Entlassung seiner Mitarbeiter.

Leitlinien der Ausbildungsfunktionen:

Die Ausbildung der Mitarbeiter erfolgt in gemeinsamer Verantwortung zwischen Leitendem Arzt SAB und Chefarzt KJPD. Eine gemeinsame Mitarbeiterschulung ist überall dort anzustreben, wo dies möglich ist.

Budgetierung:

Die Budgetierung der SAB erfolgt von dessen Leitendem Arzt in Zusammenarbeit mit dem Verwalter KPD in eigener Verantwortung. Der Chefarzt KJPD wird davon informiert.

Administrative Abläufe:

Die Abrechnung erfolgt direkt von der SAB über die Verwaltung der Kantonalen Psychiatrischen Dienste und wird dort als eigene Dienststelle ausserhalb der KJPD geführt.

Zusammenfassung:

Grundsätzlich agiert der Leiter der SAB in ähnlicher Autonomie wie ein Chefarzt, hat aber nicht dessen Rang und Salär, da es sich bei der SAB um ein thematisch eng begrenztes Feld handelt. Sie ist dem KJPD administrativ unterstellt, um die Einbindung in die KPD zu definieren und um die grundsätzliche Vertretung in der Chefärztekongferenz zu regeln. Trotzdem agiert der Leitende Arzt der SAB grundsätzlich selbständig. Die Unterstellung soll nicht zu gegenseitigem Arbeitsaufwand und Behinderung führen.

6.2.2. Die Grobstruktur der Binnenorganisation

6.2.3. Der Stellenplan

6.3. Die Finanzstrukturen und Finanzierungsziele