

Integrierte Suchtberatungsstelle Basel¹

von Andreas Manz

Zur Vorbereitung auf unsere letzte Sitzung vom Dienstag will ich nun doch noch einige Gedanken zu Papier bringen, die mir zum Thema integrierte Suchtberatungsstelle einfallen.

1. Beschreibung der Ausgangslage

Die Alkoholberatung in Basel-Stadt ist (wie anderswo) recht schwachbrüstig ausstaffiert. Gemäss den von uns erhobenen Zahlen wurden im Jahre 2006 lediglich 772 Personen mit Hauptproblem Alkohol beraten. Je nach dem, wie viele Alkohol abhängige Personen in Basel angenommen werden, sind das 6 - 8 % der Notleidenden. Das ist eindeutig zu wenig und es stellt sich die Frage, mit welchen Massnahmen eine deutliche Verbesserung bewirkt werden kann. Bei der zahlenmässigen Umschreibung ist noch nichts darüber ausgesagt, wie intensiv die wenig erfassten Alkoholiker tatsächlich betreut werden, was die Betreuung in deren Biografie bedeutet resp. bewirkt. Bei durchschnittlichen Beratungsstunden von drei bis vier pro Klient und Jahr muss man annehmen, dass die Betreuung auch für die erfassten Alkoholkranken nicht gerade berauschend intensiv ist.

2. Zielformulierung

Unser Ziel muss sein, wenigstens 20 % der Alkoholkranken durch die spezifische Suchtberatung zu erfassen und diesen eine intensive Betreuung zukommen zu lassen. Eine langjährige Suchtkrankheit ist ein ausserordentlich intensives Leiden, das eine grosse Umgebung mit betroffen macht und es ist nicht einzusehen, wieso ein solch schweres Leiden mit so wenig Aufwand adäquat betreut werden könnte. Wir sollten also eine Betreuungsdichte von mindestens zehn Beratungsstunden pro Klient und Jahr anvisieren. Multiplizieren wir die zwei Zahlen und gehen wir davon aus, dass bei den Suchtberatungsstellen vielleicht ein Mitarbeiter etwas mehr seiner Arbeitszeit für die direkte Beratung widmen könnte als dies heute der Fall ist, so brauchen wir für die Zielerreichung immerhin viermal so viel Mitarbeiter, als wir dies heute haben.

3. Wieso eine integrierte Suchtberatungsstelle?

Es stellt sich nun die Frage, ob heute nur jeder vierte Klient, der sich meldet, von der Suchtberatungsstelle angenommen werden kann oder ob gar nicht mehr Leute sich bei den Suchtberatungsstellen melden. Wir wissen, dass in der Tendenz zweiteres der Fall ist und wenn wir die oben gestellten Ziele erreichen wollen, müssen wir auch etwas an der Struktur der Suchtberatung ändern. Die Suchtberatung im Kanton Basel-Stadt ist hoch zersplittert. Wir haben insgesamt zehn Beratungsstellen, die sich zu deren Hauptsache mit der Suchtbehandlung beschäftigen!! Die Beratungsstelle der Gesundheitsdienste ist zudem in sich noch in vier Unterabteilungen aufgesplittert. Eine derart organisierte Suchtberatung kann nie und nimmer eine effiziente und wirksame Vernetzung mit ihrer fachlichen Peripherie unterhalten. Als Peripherie müssen die Hausärzte, die

¹ Diesen Artikel schrieb am 22.06.2007 ich im Rahmen der Angebotsüberprüfung der ambulanten Suchthilfe im Kanton Basel-Stadt.

Spitäler, die Sozialdienste und etwas weiter draussen auch die Arbeitgeber betrachtet werden. Die ambulante Suchthilfe muss für ein solches Unterfangen ihre Kräfte zusammenlegen, unter einer Nummer von der Peripherie angesprochen werden können und mit einer organisatorischen Logistik diese Peripherie systematisch und effizient bedienen. Oberflächlich betrachtet könnte man sagen, dass diese effizientere Vernetzung mit der Peripherie nur die Alkoholberatung betreffe, da ja die Drogenberatungen in viel höherem Grade ihre Klientschaft erfassen könne. Dies ist nur bei oberflächlicher Betrachtung so und überbewertet den Umstand, dass den Drogenberatungsstellen durch ihr Monopol der Suchtmittelabgabe (Methadon, Heroin und anderes) ein Mittel in die Hand gegeben wurde, dass die Klienten vor deren Türe stehen. Damit erreichen sie wenigstens die Opiatabhängigen. Die anderen Drogenmissbraucher (insbesondere Kokain) werden aber ebensowenig erfasst. Bei all den Süchten, wo eine zentrale Abgabe nicht praktiziert wird, sind die Drogenberatungsstellen genauso hilflos und agieren mit einer sehr geringen Klientenerreichbarkeit. Ob die substituierten Klienten wirklich eine etwas weitergehende Behandlung wollen, oder ob die Abgabestelle einfach die Rolle von Denner oder Pick&Pay einnimmt, sei jetzt dahingestellt. (Etwas salopp könnten wir ja auch die Verkäuferinnen des Denners zu den Alkoholberatern zählen.)

4. Welches Gesicht muss eine integrierte Suchtberatungsstelle haben?

Nur eine Suchtberatungsstelle, die wenigstens teilweise ihre Leistung über die Krankenkasse abrechnen kann, wird in dem Masse wachsen können, wie dies sachlich notwendig ist. Diese Behauptung braucht keine grosse Illustration. Vergleichen wir die Dynamik der Drogenberatungsstelle Baselland mit derjenigen des Drop-Ins Basel-Stadt ², so sehen wir deutlich, welchen Faktor die Abrechenbarkeit über die Krankenkasse ausmacht. Die DBL hat heute 22,7 Stellen unter Vertrag, das Drop-In musste eine Reduktion ihrer Mitarbeiter von 6,1 in den 80er Jahren auf 5,4 heute in Kauf nehmen. Auf der andern Seite hat sich das Badal ³, ebenfalls Krankenkassen finanziert, prächtig entwickelt und hatte 2002 16,5 Stellen im Angebot.

Es lässt sich also klar sagen, dass für eine Verbesserung der Suchtberatung, insbesondere der Alkoholberatung, nur eine integrierte Suchtberatungsstelle in Frage kommt und dass diese aus finanziellen und noch weiteren Gründen, ärztlich geleitet sein muss.

5. Welcher Träger kommt dafür in Frage?

Lässt sich die Frage nach der Einheitlichkeit einer Suchtberatungsstelle meiner Ansicht nach klar beantworten, ist die Frage der Trägerschaft sehr viel offener. Wenn schon eine ärztliche Leitung erforderlich ist, wäre ein weiterer Schritt, nämlich die Einbindung der Suchtberatung in die psychiatrische Versorgung, ein weiterer Vorteil. Dies würde bedeuten, dass die psychiatrische Universitätspoliklinik Träger sein sollte. Diese Institution hat aber kaum eine Tradition mit der Suchtberatung und stellt heute die kleinste der zehn Suchtberatungsstellen. Von der Grösse her könnte eine integrierte Suchtberatungsstelle durchaus auch ein eigenes Departement innerhalb des

² Die DBL (Drogenberatungsstelle Baselland) ist ärztlich geleitet und Teil der Kantonalen Psychiatrischen Dienste. Sie rechnet einen Teil ihrer Leistungen über die Krankenkasse ab. Das Drop-In erbringt unendgeltliche Suchtberatung.

³ Heute heisst diese Stelle Zentrum für Sucht. Sie ist eine private Gruppenpraxis, in der v.a. Methadon abgegeben wird.

psychiatrischen Daches sein, so wie dies im Kanton Baselland praktiziert wird. Hier ist mir unklar, wie die basel-städtische Psychiatrie als Ganzes organisiert ist. Erschwerend kommt hier sicherlich hinzu, dass die Psychiatrie universitär ist und es stellt sich mit Fug und Recht die Frage, ob sich eine solche Suchtberatungsstelle die Last eines universitären Apparates aufladen soll. Andererseits ist es seit langem eine fachliche Kritik an der Suchtberatung, dass sie keine universitäre Disziplin darstelle und von verschiedener Seite wurde die Schaffung einer solchen gefordert. Ob es aber realistisch ist, so viele Ziele unter einen Hut zu bringen und ob damit das Fuder nicht restlos überladen würde, ist sicherlich eine berechnete Frage. Es gibt in Basel eine ausserordentliche Professur für Abhängigkeitskrankheiten (ich weiss nicht, ob diese so bezeichnet wird. Gegenwärtiger Inhaber Prof. G. Wiesbeck). Diese ist aber in der UPK platziert und bisher kaum ambulant orientiert.

Mit dem Badal gibt es auf der andern Seite einen privaten Anbieter, der vorgemacht hat, dass sich eine private Initiative durchaus entwickeln kann. Ob aber das Modell auf eine integrierte Suchtberatung ummünzbar ist und ob das Badal das Potenzial hat, vor allem bei den Hausärzten und den Spitälern als einziger und zentraler Partner angesehen und akzeptiert zu werden, muss diskutiert sein.

Ich könnte nicht alle möglichen Varianten durchdiskutieren. Ich erspare mir das, weil ich hier ausser Erwägungen nichts Richtungsweisendes beizutragen habe. Hier ist mir die psychiatrische und suchtinstitutionelle Landschaft im Kanton Basel-Stadt auch zu wenig vertraut.