Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 42 (2016)
Heft: 5

Artikel: Suchtbehandlung : Interdisziplinär? Sozialtherapeutisch? Integriert...
Autor: Meury, Walter
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-800361

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 04.08.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Suchtbehandlung: Interdisziplinär? Sozialtherapeutisch? Integriert...

Der Beitrag widmet sich der integrierten Behandlung und bezieht sich dabei auf die mehrjährigen Erfahrungen der Suchthilfe Region Basel. Dazu gehören auch kritische sowie selbstkritische Rückblicke auf die vielen Veränderungen und Entwicklungen, welche die Suchtbehandlung geprägt haben. Es zeigt sich, dass integrierte Versorgung weitaus mehr ist als Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Sie ist ein Weg zur Überwindung von institutionellen und ideologischen Grenzen und vor allem ermöglicht sie es, die KlientInnen und ihre Bedürfnisse noch stärker ins Zentrum der Behandlung zu rücken.

Walter Meury
Sozialpädagoge, Geschäftsführer der Suchthilfe Region Basel, Mülhauserstrasse 113, CH-4056 Basel, Tel. +41 (0)61 383 02 88, walter.meury@suchthilfe.ch, www.suchthilfe.ch

Schlagwörter: Suchthilfe | Sozialtherapie | integrierte Behandlung | Schadensminderung | Interdisziplinarität |

Behandlung und Schadensminderung

Behandlung – und da fängt es schon an kompliziert zu werden – meint in unserem Sprachgebrauch zweierlei. Nämlich zum einen die Behandlung durch jemanden, der oder die einen sogenannten Heilberuf ausübt (kann ambulant oder stationär erfolgen), und/oder die Art und Weise, wie man/frau jemand anderes behandelt bzw. mit ihm/ihr umgeht.
Nun mögen sich die LeserInnen fragen, weshalb ich ausgerechnet mit einer derartigen, aus mancherlei Sicht vielleicht langweiligen Begriffserklärung den Einstieg in einen Artikel über das Thema Behandlung wage. Aber gerade diese Doppeldeutigkeit des Begriffes zeigt meines Erachtens zwei wichtige Aspekte auf. Und beide sind zu beachten, wenn von interdisziplinärer Behandlung, integrierter Versorgung, kohärenter Suchtarbeit oder Ähnlichem gesprochen wird.

Und selbstverständlich – das soll auch schon von Beginn an nicht verschwiegen werden – ist meine persönliche Sicht auf die Dinge in ganz entscheidendem Masse auch dadurch geprägt, dass ich selbst mehr als ein Jahrzehnt in der Schadensminderung tätig war. Dies ist mit einer der Gründe, weshalb ich die zweite Definition von Behandlung, also den Umgang mit jemandem als ebenso wichtig erachte, wie die eigentliche Form der Behandlung. Sei es nun ambulant, stationär, mit Hilfe von Substitution oder anderen Medikamenten. Denn die Art und Weise, wie wir mit PatientInnen und KlientInnen umgehen, hat einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die jeweilige Behandlung und wird in ihrer Bedeutung viel zu oft vernachlässigt.

Fusion: Chance und Grundlage für einen andauernden Entwicklungsprozess

Ebenso sehr und dies ist für mich von noch viel grösserer Bedeutung, sind meine Äusserungen zum Thema geprägt von den mittlerweile 18 Jahren Arbeit und Erfahrung in der Suchthilfe Region Basel SRB. Einer Stiftung bzw. Trägerschaft, deren Besonderheit darin besteht, dass seit 1998 – als Resultat einer geglückten Fusion – die Schadensminderung, ambulante Beratung und Behandlung, stationäre und teilstationäre Behandlung, eine Entzugsklinik und auch die Nachsorge unter einem Dach vereint sind. Und weil Grösse, Struktur und Zusammensetzung einer Organisation der Suchthilfe oder eines entsprechenden Kooperationsverbundes für die Behandlung zunehmend an Bedeutung gewinnen, werde ich darauf etwas detaillierter eingehen.

Als dieses Trägerschaftskonstrukt ins Leben gerufen wurde, dachte auch bei uns noch kaum jemand an eine integrierte Versorgung. Es waren vielmehr ökonomische Kriterien, welche zunächst eine grosse Rolle spielten. Aber auch fachliche Überlegungen und entsprechende Erwartungen mit dem Ziel einer verbesserten Zusammenarbeit waren schon damals vorhanden. Offen gesagt waren aber die meisten von uns zunächst ziemlich skeptisch, ob diese Fusion abgesehen von den ökonomischen Auswirkungen auch weiterführende und wirklich bedeutende Synergieeffekte für die Arbeit in den doch sehr unterschiedlichen Angeboten und Einrichtungen bringen würde. Und tatsächlich haben wir anfangs grossen Wert darauf gelegt, primär unsere unterschiedlichen Konzepte und deren Fortbestand zu rechtfertigen. Und wir haben in den folgenden Jahren auch all die jeweils aktuellen Diskussionen und Auseinandersetzungen über Abstinenzorientierung, Substitution, Medizinalisierung,

kontrollierten Konsum etc. auch intern teils aufs heftigste ausgetragen. Mit fortschreitendem Zusammenwachsen haben wir aber auch festgestellt, wie wertvoll es ist, dank dem gemeinsamen Organisationsrahmen laufend mit vertieften Einblicken in andere Arbeitsgebiete und mit unterschiedlichen Haltungen und Wertvorstellungen in der Suchtarbeit konfrontiert zu werden.

Recht auf Mitbestimmung

Gerade unterschiedliche Haltungen gegenüber PatientInnen und KlientInnen sind in den verschiedenen Fachdisziplinen der Suchtarbeit nicht nur eine Realität, sondern auch permanenter Anlass für Diskussionen. Wie viel Akzeptanz ist möglich und vielleicht auch notwendig? Dürfen wir davon ausgehen, dass unsere TherapeutInnen, ÄrztInnen, Beratende, Betreuende etc. wissen, was gut ist für die zu behandelnden Personen, und welches Gewicht soll deren Recht auf Mitbestimmung und deren Erfahrung in der Behandlung haben?

Der permanente Austausch und die Möglichkeit, regelmässig mehr über die Arbeitsweise und den Umgang der anderen mit oft denselben KlientInnen zu erfahren, haben deshalb nicht nur unsere persönlichen Ansichten und Haltungen verändert, sondern zunehmend auch massgeblichen Einfluss auf die Weiterentwicklung all unserer Angebote gehabt.

Und mittlerweile bin ich gemeinsam mit allen anderen in der Suchthilfe Region Basel tätigen Menschen der Überzeugung, dass gerade der Prozess, den diese Fusion ausgelöst hat, etwas vom Wertvollsten ist, was uns überhaupt passieren konnte.

Medikamente und Substitution in der Behandlung – ein kritischer Blick zurück

Als erstes möchte ich mich dem Thema Substitution und Sozialtherapie zuwenden, weil daran einiges von dem aufgezeigt werden kann, was möglich ist und ermöglicht werden sollte.

In den 1990er Jahren wurde noch vehement die Haltung vertreten, dass beides unmöglich miteinander zu verbinden wäre. Unter dem wachsenden Finanzierungs- und Belegungsdruck begannen dann aber erste Sozialtherapeutische Einrichtungen damit, ihre Konzepte und Aufnahmekriterien den veränderten Bedingungen und Erwartungen anzupassen. Die jahrelang gepriesene Forderung nach totaler Abstinenz konnte endlich in Frage gestellt werden und es entstand Raum für differenziertere und deutlich stärker an den Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtete Behandlungsformen.

An dieser Stelle sollten wir übrigens zumindest rückblickend so ehrlich sein zuzugeben, dass diese Entwicklung an den meisten Orten zunächst keineswegs aus fachlicher Überzeugung stattgefunden hat. Vielmehr war in manchen der Einrichtungen der Belegungsdruck zunächst ausschlaggebend dafür, dass überhaupt Bereitschaft entstand, eine derartige Öffnung und etwas später auch die entsprechende Anpassung der Konzepte vorzunehmen.

Natürlich spielten dabei auch die neuen Behandlungsformen wie Methadonsubstitution und Heroinabgabe eine wichtige Rolle. Aber statt eine gemeinsame fachliche Diskussion zu führen, wurde lange Zeit zwischen Medizin und Sozialtherapie nur darüber gestritten, wer denn nun die richtige Behandlungsform (und die richtige Ideologie) für die Betroffenen bereithalte. Ein gemeinsamer Weg schien undenkbar und auch die Bedürfnisse der PatientInnen kamen eher selten zur Sprache. Selbst die Schadensminderung wurde als Mitverursacherin für die Belegungskrisen sowie für mangelnde Behandlungsmotivation angesehen.

Ich erwähne dieses Beispiel, weil wir in der Suchthilfe Region Basel das Glück hatten, dass erste Diskussionen darüber begannen, nachdem wir immer öfters von unserer Entzugsklinik darauf aufmerksam gemacht worden waren, dass es zunehmend PatientInnen gab, die keine anschliessende Behandlung fanden. Und dies nur, weil es Ihnen nicht gelungen war, die von anderer Seite geforderte Totalabstinenz zu erreichen. Ähnliches wurde aus dem Bereich Schadensminderung berichtet, von DrogenkonsumentInnen, die nicht verstehen konnten, dass sie nur aufgrund einer Substituierung oder Medikation keinen Platz in einer Behandlungseinrichtung finden konnten.

Bei dieser Diskussion profitierten wir viel davon, dass unsere Fachleute aus dem medizinischen Bereich der Arbeit uns auch dabei halfen, Vorurteile abzubauen und unseren Wissensstand zu erweitern. Die Möglichkeit, sich laufend zwischen den verschiedenen Bereichen auszutauschen, persönliche Eindrücke vor Ort zu gewinnen und immer wieder über entsprechende Äusserungen von Betroffenen zu diskutieren, führte dazu, dass wir schliesslich ganz bewusst eines unserer bestehenden Angebote an diese neuen Anforderungen anpassten. Dass das nicht so selbstverständlich und einfach war, wie es heute klingen mag, lässt sich daran erkennen, dass uns seinerzeit von einem Kanton damit gedroht wurde, keine KlientInnen mehr zu entsenden, falls diese Konzeptänderung in die Praxis umgesetzt würde. Die Begründung dafür war, dass ein Behandlungsangebot, welches auch für KlientInnen mit Substitution offenstand, nicht mehr als drogenfrei bezeichnet werden könne und nicht mehr im gewünschten Ausmass dem Ziel der Abstinenz verpflichtet sei. Von den Bedürfnissen der PatientInnen war hier gar nie die Rede. In diesem Beispiel wird auch sichtbar, warum mir die eingangs erwähnte Zweideutigkeit des Begriffes Behandlung als so wichtig erscheint.

Und besonders die Sichtweise der Schadensminderung, ihre Haltung gegenüber und ihr Umgang mit den Betroffenen, welche sich in stärkerem Masse jeweils auch an Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen orientieren, haben diesen Prozess bei uns massgeblich mitbeeinflusst. Andererseits konnte auch die Schadensminderung von solchen Diskussionen profitieren, was sich bspw. in einem besseren Verständnis für therapeutische Ansätze ebenso wie für den Einsatz von Substitution und Medikamenten im Rahmen von Behandlungen zeigt.

Begegnungen können wertvoller sein als Befragungen

Aber es genügt nicht, sich laufend auszutauschen, sich gegenseitig auch mal kritisch zu bewerten oder zu hinterfragen. Viel wichtiger scheinen mir die Erfahrungen zu sein, welche unsere MitarbeiterInnen machen, wenn sie in verschiedenen unserer Angebote tätig sind und auf diesem Wege auch die unterschiedlichen Haltungen und Ansprüche gegenüber den Klientinnen erleben und erfahren dürfen.

In der Suchthilfe Region Basel gibt es heute eine Vielzahl an Mitarbeitenden, welche nebst ihrem Hauptarbeitsplatz auch noch in einzelnen anderen Einrichtungen tätig sind. Dadurch kann es sich ergeben, dass z.B. KlientInnen, welche den Entzug oder die Therapie nicht geschafft haben, in einer Kontakt- und Anlaufstelle auf ein ihnen aus den erwähnten Einrichtungen bekanntes Gesicht treffen. Und dabei passiert häufig etwas Besonderes, indem sich die Betroffenen nämlich manchmal anfänglich schämen, aber noch öfter auch endlich Gelegenheit haben, sich und ihr Scheitern zu erklären. Nicht wenige fragen vorsichtig nach, ob sie wohl überhaupt noch eine Chance erhielten und/oder zu welchen Bedingungen ein erneuter Anlauf möglich wäre. Derartiges Wissen und solche Gespräche oder auch Meinungsäusserungen können nicht in der gleichen Qualität durch Befragungen erzielt werden, dazu braucht es Begegnungen. Und auf diesem Wege entsteht ein mehrfacher Nutzen für beide Seiten.

Natürlich ist damit auch eine grosse Herausforderung für die

MitarbeiterInnen verbunden, welche sich je nach Einsatzort einem anderen Konzept verpflichten müssen, was nicht immer ganz einfach ist. Dazu zwei Beispiele aus der Praxis:

Entzugsmitarbeitende welche zuweilen in der K+A tätig sind müssen damit rechnen, dass Sie eventuell einen Partner/eine Partnerin eines gleichzeitig in der Entzugsklinik untergebrachten Patienten antreffen. Und da die K+A dem betroffenen Konsumenten einen geschützten Rahmen bietet darf diese Information selbstverständlich nicht weitergegeben werden.
Oder eine Sozialarbeiterin trifft in der K+A einen Klienten, der soeben Drogen erworben hat und ansonsten im Beratungszentrum seine Rente verwalten lässt. Solche Begegnungen können schwierig sein und der richtige Umgang mit dem in diesem Zusammenhang erworbenen Wissen stellt eine grosse Herausforderung dar.
Aber ich kann Ihnen an dieser Stelle auch versichern, dass unsere Erfahrungen damit durchwegs positiv sind und die KlientInnen übrigens vielfach deutlich weniger Mühe bekunden, mit solchen Situation umzugehen.
Und vor allem entstehen neue Einsichten in die individuelle Problematik der einzelnen KlientInnen, es findet eine vertiefte Auseinandersetzung mit konzeptionellen Fragen statt und es entsteht ein Wissenstransfer, der dazu beitragen kann, Angebote und ihre konzeptionelle Ausrichtung immer wieder zu hinterfragen, zu erneuern oder zu bestärken.

Abstimmung der Angebote – Integrierte Behandlung ist mehr als Vernetzung

Ein anderes gutes Beispiel mit dem wir uns zurzeit wieder intensiv auseinandersetzen, betrifft den Entzug und die anschliessende ambulante oder stationäre Behandlung.

In der Suchthilfe Region Basel sind wir der Ansicht, dass der Entzug so gestaltet sein sollte, dass die PatientInnen möglichst optimal auf eine anschliessende, ambulante oder stationäre Behandlung vorbereitet sind. Gleiches gilt aber auch im Umkehrsinne, denn die nachbehandelnden Angebote sollten selbstverständlich auch dahingehend ausgerichtet sein, dass sie den Behandlungsbedürfnissen der aus dem Entzug kommenden Personen möglichst gut entsprechen können. Um solches umzusetzen und wirklich praktischen Nutzen daraus zu ziehen, braucht es Transparenz, Zusammenarbeit, die Möglichkeit, vertiefte Einblicke zu gewinnen und persönliche Erfahrungen zu machen. Und ich verwende ganz bewusst nicht das Wort Vernetzung, denn die Summe dessen, was ich hier aufgeführt habe, ist meiner Ansicht nach deutlich mehr, als Vernetzung alleine zu leisten vermag.
Es braucht aber nicht immer eine grosse Fusion von verschiedenen Einrichtungen oder Anbietenden. Auch verbindliche Kooperationen oder das bewusste gegenseitige Aufeinander-Abstimmen von Behandlungsangeboten können den Weg dazu ebnen.
Das funktioniert aber selbstverständlich nicht für alle PatientInnen und es gehört natürlich zu den Herausforderungen, auch hier darauf zu achten, dass eine bestmögliche fachliche Indikation im Zweifelsfalle Vorrang hat und somit nicht jeder und jede automatisch auch das entsprechende, interne Therapieangebot nutzen muss. Die Erfahrungen in der Suchthilfe Region Basel haben auch gezeigt, dass hier eine grosse Angst besteht, welche sich aber meist als unbegründet erweist. Im Gegenteil, gerade diese Angst hat bei uns lange dazu geführt, dass interne Platzierungen mehr als jede andere Behandlungsvariante übermässig hinterfragt und im Zweifelsfalle eher ausgelassen wurden.

Installierung von Matrixfunktionen

Um das Ganze noch etwas zu verdeutlichen und besser zu veranschaulichen, will ich hier noch einen kurzen Ausschnitt aus einem Bericht unseres therapeutischen Leiters zitieren, welcher in den vergangenen Monaten nochmals einen Schritt weitergegangen ist und damit begonnen hat, Matrixfunktionen zu installieren. Das bedeutet für die Mitarbeitenden, dass sie zum einen auf Ebene der strukturellen Führung einen direkten Vorgesetzten haben. Andererseits sind sie jedoch im Rahmen der Behandlung von KlientInnen auch anderen Einrichtungen sowie deren Vorgesetzten verpflichtet. Oder anders gesagt: TherapeutInnen, Sozialarbeitende, Betreuende etc. sind auch in anderen als ihren angestammten Institutionen für Teile der Behandlung der jeweiligen KlientInnen zuständig.
Einzelne KlientInnen haben somit angebotsübergreifend für sie zuständige Bezugspersonen, bspw. in den Bereichen Sozialarbeit, Psychotherapie, Beruf etc.

«Eine besonders spannende Entwicklung hat in den vergangen zwei Jahren bei unseren therapeutischen Angeboten stattgefunden. Im September 2015 fand der erste gemeinsame Teamtag des Bereiches Therapie der SRB statt. Hierbei wurde in fachspezifischen Arbeitsgruppen institutionsübergreifend an der Entwicklung von Matrixfunktionen gearbeitet. Arbeitsfelder und Stellvertretungsfunktionen wurden ausgearbeitet. Die bereits vorgängig definierten Subteams Psychotherapie, Agogik und Sozialarbeit wurden implementiert und treffen sich seither regelmässig zu gemeinsamen Sitzungen. Im Bereich der Psychotherapie wurden gemeinsame Standards für Diagnostik und die entsprechenden Tools festgelegt. Auch die suchttherapeutische Haltung wurde diskutiert und ist mittlerweile zu einer gemeinsamen Philosophie gewachsen.
Der schon seit einiger Zeit bestehende Fragebogen zur Selbsteinschätzung der Befindlichkeit der KlientInnen wird nun in allen drei Einrichtungen (stationäre Therapie, Reintegration und Familienplatzierung) angewandt. Ein entsprechendes Konzept beschreibt die Vorgehensweise und Häufigkeit der Anwendung. Dieser Standard ermöglicht einen Vergleich bzw. die Beobachtung und Dokumentation der Entwicklung der KlientInnen über die einzelnen Einrichtungen hinaus. In einem folgenden Schritt ist nun geplant, auch die Suchtdiagnostik und andere Testverfahren (Abstinenzzuversicht, Persönlichkeitsstörungen usw.) zu vereinheitlichen.
Bei Timeoutsituationen werden KlientInnen im Regelfall vom TherapeutInnenteam der entsendenden Institution begleitet. Bei einem Therapieübertritt von einer Institution des Bereichs Therapie der SRB in eine andere (z.B. von der stationären Therapie in die teilstationäre Adaptionsphase) wird im Einzelfall entschieden, welche MitarbeiterInnen die zu behandelnde Person betreuen werden.

Im Herbst 2015 fand erstmals eine gemeinsame Retraite der beiden Institutionen Stadtlärm (teilstationäre Reintegration) und Spektrum (Familienplatzierung) statt. Hier wurden die Weichen für eine engere Zusammenarbeit der MitarbeiterInnen gestellt. Die Psychologin des Spektrums unterstützt das Stadtlärmteam psychotherapeutisch in der Einzel- und Gruppenarbeit mit 20 Stellenprozenten, entsprechend wurden ihre Stellenprozente im Spektrum reduziert. Der für die Arbeitsintegration zuständige Sozialpädagoge ist mit jeweils 40% im Spektrum wie auch im Stadtlärm tätig. Die wöchentlichen Teamsitzungen sind für eine Stunde überschneidend zusammengelegt und die Fallsupervisionen finden gemeinsam statt. Der für die KlientInnen und Gastfamilien bestehende 24-Stunden-Pikettdienst wird nun für beide Einrichtungen von einem/einer MitarbeiterIn übernommen. Im Laufe des Jahres soll auch der Pikettdienst der Villa (stationäre Therapie) mit eingebunden werden. Die Matrixorganisation wird im Sommer ausgewertet und weiterentwickelt.

Der Bereich Therapie hat sich somit weiter in Richtung integrierte Behandlung entwickelt. Das heisst, dass bei Infogesprächen mit KlientInnen und/oder Zuweisern und Indikationsstellen immer alle drei Institutionen miterwähnt werden und der «Kundennutzen» der engen Zusammenarbeit im Sinne einer integrierten Suchtbehandlung hervorgehoben wird. In den einzelnen Konzepten und im öffentlichen Auftritt muss dies in Zukunft ebenfalls besser positioniert werden.»[1]

An dieser Stelle darf auch nicht unerwähnt bleiben, dass eines der ganz konkreten Resultate dieser Vorgehensweise darin besteht, dass die Zahl der Behandlungsabbrüche mittlerweile nochmals markant reduziert werden konnte. Denn eine solche Vorgehensweise ermöglicht auch einen besseren Umgang mit Rückfällen, welche wir, wenn immer möglich, als Bestandteil einer Behandlung ansehen.

Integrierte Behandlung ist auch Führungsaufgabe

Interessant ist auch ein Blick auf die Traktandenlisten sowie die Inhalte und Themen unserer Leitungssitzungen oder des Qualitätszirkels.
Wenn wir vor 5 oder 10 Jahren noch in erster Linie über die Arbeit unserer Einrichtungen, Personalfragen und Sachthemen diskutiert haben, so sind es heute viel häufiger einzelne KlientInnen, deren Behandlungsverläufe und die damit zusammenhängenden speziellen Problemstellungen, die besprochen werden. Und vor allem heisst das, dass integrierte Behandlung auch eine Führungsaufgabe ist, bei welcher der Steuerung besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden muss – eine Steuerung und Abstimmung der Angebote, welche sich in hohem Masse an einzelnen KlientInnen und Behandlungsverläufen orientiert.

Mit anderen Worten: unser zentrales Thema ist immer öfter die Behandlung – als Ganzes, in Bezug auf einzelne Fälle oder Menschen sowie bezüglich der Angebote und Möglichkeiten in den verschiedenen Einrichtungen. Und dadurch ist integrierte Behandlung für uns schon fast die logische Konsequenz aus den gemachten Erfahrungen.

Ich freue mich deshalb darüber, dass mittlerweile vielerorts vermehrt von integrierter Versorgung gesprochen wird und gerade über solche Aspekte, welche ich hier aufgeführt habe, intensiver nachgedacht wird. Denn integrierte Versorgung ist meines Erachtens mehr als interdisziplinäre Zusammenarbeit, weil Sie uns nämlich in noch höherem Masse dazu verpflichtet, über bestehende Institutionsgrenzen hinweg die bestmöglichen Behandlungsformen zu schaffen und laufend weiterzuentwickeln.

Integrierte Behandlung heisst also, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit in Bezug auf eine Klientin oder einen Klienten über die Grenzen von Einrichtungen hin integriert und abgestimmt wird.

Professionelle und qualitativ hochstehende Behandlung von suchterkrankten Menschen, insbesondere dann, wenn es um Substanzabhängigkeit geht, muss auf einer umfassenden Sichtweise auf die betroffenen Individuen und deren Bedürfnisse gründen. Deshalb sind auch die beiden Fragen, wie wir behandeln und mit was wir behandeln, von grosser und gleichwertiger Bedeutung.

Daraus folgt, dass einzelne Schritte bzw. Abschnitte in der Behandlung zum einen noch stärker aufeinander abgestimmt werden sollten, und es bedeutet zum andern, dass wir uns gerade als MitarbeiterInnen in einzelnen Institutionen und Angeboten laufend ernsthaft auch für die Erfahrungen aus anderen Angebotsteilen oder Fachgebieten interessieren müssen.

Die Bedeutung von Strukturen und Trägerschaften

Zum Schluss möchte ich, wegen der bereits mehrfach erwähnten positiven Erfahrungen, nochmals auf die Strukturen und Trägerschaften zurückkommen.

Auch in der Suchtarbeit ist ein wenig veränderter, traditioneller Föderalismus festzustellen, der meines Erachtens für die Behandlung der Betroffenen wie auch für die Finanzierung der einzelnen Angebote kaum positive Auswirkungen hat. Nach wie vor registriere ich einen meist leisen Konkurrenzkampf (gerade bei den Behandlungseinrichtungen), an welchem sich nebst den klassischen Anbietern von Drogentherapien seit einiger Zeit auch Kliniken und medizinische Ambulatorien beteiligen. Lauter sind die Stimmen, wenn es darum geht, sich über die Konkurrenz zu beschweren, oder wenn wie im Falle einer Aargauer Einrichtung der Schritt gewagt wird, auf KVG-Finanzierung umzustellen und damit den vermeintlichen Wechsel zur häufig immer noch ungeliebten Medizinalisierung zu vollziehen.

Profiteure davon sind in erster Linie Kantone und Gemeinden bzw. die Kostenträger, welche sich in diesem offenen Markt auch heute noch gerne primär den günstigsten Anbieter aussuchen. Ebenso gerne wird dann mit Verweis auf das Ende der Behandlung darauf verzichtet, den Betroffenen Anschlussprogramme im Bereich der Adaptionsphase wie z. B. Aussenwohngruppen oder auch Nachsorge zu ermöglichen.

Wenn aber weiterhin alle an ihren Einzelangeboten, ihrer Individualität und teils auch ihren Ideologien und den bestehenden Strukturen festhalten, dürfte es auch zukünftig schwierig sein, dem Anspruch einer integrierten Versorgung gerecht zu werden. Hier sehe ich deshalb auch eine der grössten Herausforderungen für alle Beteiligten.

Fachliche Überzeugung an Stelle von marktwirtschaftlichen Zwängen

Um die Behandlung von suchterkrankten Menschen zu verbessern, müssen wir es schaffen, dass medizinische und sozialtherapeutische Angebote noch stärker aufeinander zugehen, ihre Angebote besser aufeinander abstimmen und zu einer Haltung gelangen, die geprägt ist von der Einsicht, dass es beides braucht. Eine medizinische und psychiatrische Versorgung ebenso wie sozialtherapeutische und entwicklungsorientierte Angebote bis hin zu den Nachsorgeinstrumenten, welche letztlich dazu beitragen, Erfolge und damit auch finanzielle Investitionen längerfristig zu sichern. Und einiges davon könnte wesentlich besser gelingen, wenn noch mehr Einrichtungen den Schritt wagen, näher aufeinander zuzugehen, vielleicht auch eine gemeinsame Zukunft in Betracht zu ziehen und so einer integrierten Suchtbehandlung zum Durchbruch zu verhelfen.

Integrierte Versorgung oder Behandlung und die strukturellen Veränderungen auf dem Wege dazu sollten deshalb nicht in erster Linie aus Kostengründen und auf Druck von Behörden realisiert werden. Vielmehr muss es das Resultat unserer eigenen Überzeugung sein, damit diesmal vermehrt fachliche Kriterien und die PatientInnen im Zentrum stehen.

Solches trägt übrigens auch dazu bei, Arbeitsplätze zu erhalten und diese für unsere Mitarbeitenden interessanter zu gestalten.

Lernen aus den Erfahrungen der Vergangenheit

Erinnern wir uns an das «Therapiesterben» um den Jahrtausendwechsel herum, denn damals ist etwas durchaus Vergleichbares geschehen. Die Kantone haben den Markt spielen lassen, haben teilweise mit Instrumenten der Finanzierung gesteuert und die eigentlich betroffenen Institutionen haben es nicht geschafft, die Entwicklung selbst in die Hand zu nehmen. Übrig geblieben sind keineswegs nur die qualitativ Besten, sondern vielmehr diejenigen mit dem längsten (finanziellen) Atem. Aber einige der grösseren Trägerschaften in der Schweiz haben es aufgrund ihrer Grösse (und den damit einhergehenden Möglichkeiten) geschafft, auch Angebote weiterzuführen, die trotz vorübergehend schlechter Auslastung und Finanzierungsproblemen fachlich überzeugend waren und sind. Aufgrund ihrer Grösse hätten sie es alleine kaum geschafft, den Weg in die Zukunft zu finden.

Um es noch deutlicher zu sagen: Ja, ich befürworte sinnvolle Fusionen, vermehrte Kooperationen und Zusammenschlüsse im gesamten Suchtbereich. Denn im Gegensatz zur Privatwirtschaft muss niemand befürchten, dass es einseitige Gewinner oder Verlierer gibt. Die grossen Gewinner, und dies sollte das Ziel sein, werden die PatientInnen und KlientInnen sein. Die Tätigkeitsfelder unserer MitarbeiterInnen werden zwar anspruchsvoller, aber auch interessanter, und damit verbessern sich ganz nebenbei auch für viele ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt.

Der entstehende Nutzen, und das ist etwas vom Faszinierendsten an der ganzen Sache, ist ein vielfältiger und äussert sich nicht nur im Erfolg für den einzelnen Patienten, die einzelne Patientin, sondern zeigt sich auch in den finanziellen Kennzahlen, beim Ressourcenaufwand und selbst bei der Zufriedenheit der beteiligten MitarbeiterInnen.

Endnoten

1 Auszug aus dem Tätigkeitsbericht 2015 des Therapeutischen Leiters der SRB, Hans Peter Engler.