

Suchthilfe in der Schweiz : gestern, heute und morgen

Autor(en): **Baumberger, Petra / Knocks, Stefanie**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **43 (2017)**

Heft 2-3

PDF erstellt am: **17.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800149>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Suchthilfe in der Schweiz: gestern, heute und morgen

Die Suchthilfe der Schweiz präsentiert sich heute als gut funktionierendes und hochspezialisiertes System. Sie ist aber trotzdem nicht frei von Herausforderungen: Sucht ist in Politik und Öffentlichkeit kein prominentes Thema mehr, Sicherung der Finanzierung der Suchthilfe ist ein wiederkehrendes Thema, und die interdisziplinäre Zusammenarbeit birgt Optimierungspotenzial. Es wird sich zeigen, ob es Politik, Behörden, Fachorganisationen und -verbänden gelingen wird, das System zum Wohl der KlientInnen und PatientInnen weiterzuentwickeln.

Petra Baumberger

lic. phil. hist, MAS Sozialmanagement, Generalsekretärin Fachverband Sucht, Weberstrasse 10, CH-8004 Zürich, Tel. +41 (0)44 266 60 66, baumberger@fachverbandsucht.ch, www.fachverbandsucht.ch

Stefanie Knocks

Dr. rer. soc., Stv. Generalsekretärin Fachverband Sucht, Weberstrasse 10, CH-8004 Zürich, Tel. +41 (0)44 266 60 67, knocks@fachverbandsucht.ch, www.fachverbandsucht.ch

Schlagwörter: Schweiz | Suchthilfe | Suchthilfesystem | Suchtpolitik

Geschichte der Suchthilfe in der Schweiz

«Schnapspest» und Abstinenzbewegungen

Die Geschichte der Suchthilfe¹ war in der Schweiz bis Mitte des 20. Jahrhunderts eine Geschichte der Alkoholprävention. Ihren Anfang nahm sie zu Beginn des 19. Jahrhunderts, als Kartoffelschnaps («Härdöpfeler») in grossen Mengen verfügbar war und harte Arbeits- und Lebensumstände zu einer starken Nachfrage nach einem Mittel führten, das Hunger, Elend und körperliche Abnutzung für eine gewisse Zeit vergessen machte. Dieser sogenannte «Elendalkoholismus» verbreitete sich weit, und Alkoholkonsum wurde zu einer sozialen Frage. War Alkoholismus bisher als mangelnde Willensstärke, fehlende religiöse Demut oder Lasterhaftigkeit der Betroffenen begriffen worden, rückten nun gesellschaftliche Rahmenbedingungen und regulierende Massnahmen ins Zentrum.² Die einflussreichsten AkteurInnen der Alkoholprävention dieser Zeit waren die Abstinenzbewegungen. Ihr Ansatz, die Abstinenz, «kombinierte gleich drei neue Erkenntnisse des 19. Jahrhunderts in Bezug auf den Alkoholkonsum:

- Trunksucht wurde als Krankheit anerkannt
- die Krankheit galt als heilbar
- Abstinenz bzw. Trunksucht bezog sich neu auf alle alkoholischen Getränke und nicht nur auf gebrannte Wasser».³

In dieser Zeit wurde das erste «Bundesgesetz über gebranntes Wasser» erlassen, das am 27. Mai 1887 in Kraft trat.

Heroinwelle und Schadensminderung

Alkohol blieb in der Schweiz bis in die 1970er-Jahre Hauptthema der Suchthilfe und der Suchtpolitik. Erste regulatorische Massnahmen zu Betäubungsmitteln, wie das erste Betäubungsmittelgesetz⁴ von

1924, wurden erst auf internationalen Druck hin geschaffen – ohne, dass eine stossende gesellschaftliche Problematik bestand.⁵ Ende der 1960er-Jahre stieg der Drogenkonsum in der Schweiz an und erfuhr zunehmend öffentliche und politische Aufmerksamkeit. In der Folge wurde das Betäubungsmittelgesetz 1975 revidiert und um Elemente der Säulen Therapie und Prävention ergänzt. Ende der 1980er-Jahre war die Heroinwelle in der Schweiz auf dem Höhepunkt. Offene Drogenszenen, eine starke Zunahme von Todesfällen unter Drogenkonsumierenden und eine hohe HIV-Ansteckungsrate führten zu einer Überprüfung der bisherigen Dreisäulenpolitik (Prävention, Behandlung und Repression) und zu ihrer Erweiterung um die Schadensminderung und Überlebenshilfe. Stationäre Sozialtherapien waren seit den 1970er-Jahren und Kontakt- und Anlaufstellen mit Konsumräumen seit Ende 80er-Jahre eröffnet worden. In dieser Zeit entwickelte sich auch die Zusammenarbeit von Suchthilfe und Polizei. Zur Lösung einer akuten Krise entstanden, besteht die Zusammenarbeit zwischen den Bereichen Repression und Suchthilfe (insb. Schadensminderung) bis heute weiter und findet an zahlreichen Schnittstellen statt.⁶ 1991 beschloss der Bund das erste «Massnahmenpaket Drogen», das es ihm ermöglichte, Massnahmen zur Überlebenshilfe und Schadensminderung zu fördern. Es sollte aber noch bis zur erneuten Teilrevision des Betäubungsmittelgesetzes im Jahr 2008 (Inkrafttreten 2010/2011) dauern, bis die vierte Säule, die Schadensminderung gesetzlich verankert wurde.

Ab Ende der 1980er-Jahre fand die Schadensminderung auch Einzug in die Behandlung von Personen mit Alkoholproblemen. Neben der Abstinenz wurde zunehmend auch «Kontrolliertes Trinken» als Therapieziel formuliert. Damit «können auch bisher nicht erreichte Personen angesprochen werden, insbesondere jene, die aktuell kein Abstinenzziel verfolgen, die – begrenzt – weiter trinken wollen oder für die eine Reduktion im Gegensatz zur Abstinenz ein bevorzugtes Ziel ist, welches leichter erreichbar scheint (Kontrolliertes Trinken kann somit ein realistischeres Zwischenziel als die Abstinenz darstellen)».⁷

Bis in die 1990er-Jahre lag der Fokus der Schweizer Suchtpolitik also auf Alkohol und illegalen Substanzen. «Seit den 1990er-Jahren [ist die Schweiz aber] im Begriff, sich einer ganzheitlichen Suchtpolitik anzunähern, die alle psychotropen Stoffe umfasst und den Aspekt der öffentlichen Gesundheit (Public Health) einschliesst.»⁸ Diese Suchtpolitik umfasst auch die nicht substanzgebundenen Süchte sowie die psychische Gesundheit.

Das Bild des Süchtigen im Wandel: vom Laster zum Kostenfaktor

Wer in der Suchthilfe auf welche Weise aktiv wird, hängt stark vom jeweiligen Menschenbild ab. Auch dieses unterlag im Laufe der Geschichte einem Wandel: «Zunächst einmal gab es das Konzept «Abhängigkeit» noch gar nicht. Wer Probleme mit dem Alkohol hatte, der galt nicht als krank, sondern als charakterschwach und haltlos.»⁹ Auch wenn diese Vorstellung heute überholt und aus der Fachwelt verschwunden ist, ist nicht auszuschliessen, dass das Bild des charakterschwachen Süchtigen in manchen Köpfen immer noch existiert.

Heute ist «Sucht» in der Schweiz grösstenteils aus der öffentlichen und politischen Wahrnehmung verschwunden. Die Gründe liegen zum einen in einem gut funktionierenden Suchthilfesystem und der fehlenden Präsenz von Süchtigen in der Öffentlichkeit. Zum anderen geniessen gesundheitspolitische Themen in der Schweizer Öffentlichkeit und Politik derzeit generell geringes Interesse, da die innenpolitische Aufmerksamkeit stark von der Migrationspolitik absorbiert wird. Wo Sucht dennoch diskutiert wird, schimmert durch, dass sie als Verstoss gegen die gesellschaftlich notwendige Effizienz bewertet wird. Aus Public-Health-Sicht werden Substanzkonsum und Suchtkrankheiten vor allem als Kostenfaktoren wahrgenommen. Die Meinungen darüber, von wem diese Kosten getragen werden sollen, gehen auseinander. Heute werden die Substitutionsbehandlung von Schwerstsüchtigen sowie einige andere suchtttherapeutische Massnahmen wie z.B. der Entzug, Psychotherapien oder die Heroingestützte Behandlung von der Krankenversicherung übernommen. Dieses Modell wird zunehmend in Frage gestellt: Nur gerade 38% der Schweizer Bevölkerung sind für die Finanzierung der Heroingestützten Behandlung durch die Krankenversicherungen,¹⁰ und erste Parlamentarier setzen sich dafür ein, Behandlungskosten auf das Individuum abzuwälzen – bisher ohne Erfolg.¹¹

Die Suchthilfe der Schweiz 2017

Der kurze historische Abriss zeigt, welche Entwicklungen die Entstehung der Suchthilfe in der Schweiz begünstigt und geprägt haben. Den dahinterstehenden AkteurInnen ist es zu verdanken, dass wir heute in der Schweiz auf eine gut funktionierende, umfassende und hochspezialisierte Suchthilfe blicken. Diese gewährleistet, dass alle Personen, die einen problematischen Konsum haben oder suchtkrank sind, Unterstützung finden – sofern sie dies wollen. Dass dies allerdings nicht gleichbedeutend ist mit der optimalen Versorgung der Betroffenen, wird weiter unten gezeigt.

Angebote, Zielgruppen und Strukturen

Angebote

Die Angebote der Schweizer Suchthilfe reichen von Suchtpräventionsstellen über ambulante Suchtberatungsstellen (nicht-medizinisches, psychosoziales Angebot), suchtmmedizinische Ambulatorien, Abteilungen psychiatrischer Kliniken, die auf PatientInnen mit Suchtproblemen spezialisiert sind, spezialisierte Suchtfachkliniken (stationäre Suchttherapie-Einrichtungen, die auf einer kantonalen Spitalliste stehen), sozialtherapeutische stationäre Einrichtungen (nicht-medizinische, sozialtherapeutisch ausgerichtete stationäre Suchttherapie-Einrichtungen, die nicht auf einer kantonalen Spitalliste stehen), Einrichtungen der Schadensminderung und Überlebenshilfe (Heroinabgabe, Kontakt- und Anlaufstellen, die zum Teil über Injektionsräume verfügen, Gassenarbeit usw.), Wohnneinrichtungen, die auf KlientInnen mit Suchtproblemen spezialisiert sind (Wohnheime, begleitetes Wohnen, Familienplätze usw.) bis hin zu Angeboten der Arbeitsintegration, die – teilweise oder ganz – auf KlientInnen mit Suchtproblemen spezialisiert sind.¹² Seit einigen Jahren treten internetgestützte Beratungs- und Therapieangebote zu

diesen Anbietern hinzu. Besonders zu erwähnen ist dabei SafeZone.ch, das schweizerische Online-Beratungsportal zu Suchtfragen für Betroffene und deren Angehörige.¹³ Hinter SafeZone.ch stehen Bund und Kantone, die das Portal gemeinsam tragen. Die Beratungen werden von BeraterInnen aus mehr als 30 verschiedenen Suchtberatungsstellen durchgeführt. Nicht zu vergessen sind zudem zahlreiche Selbsthilfe-Organisationen, welche die Angebote der professionellen Suchthilfe ergänzen. Dies allerdings ohne dass es Kooperationen zwischen den beiden geben würde.¹⁴

Die einzelnen Suchthilfe-Einrichtungen unterscheiden sich in Bezug auf Struktur, Angebot und geographische Ausdehnung stark. Gemeinsam ist ihnen, dass es kaum Organisationen gibt, die in mehr als einem Kanton Standorte haben, und dass es sich bei fast allen von ihnen um private Trägerschaften – meist um Vereine oder Stiftungen – handelt, die über Leistungsaufträge ihres Standortkantons sowie teilweise von Gemeinden verfügen. Eine Ausnahme bilden die Suchtabteilungen der Spitäler und Kliniken, die oft in Besitz der öffentlichen Hand sind.

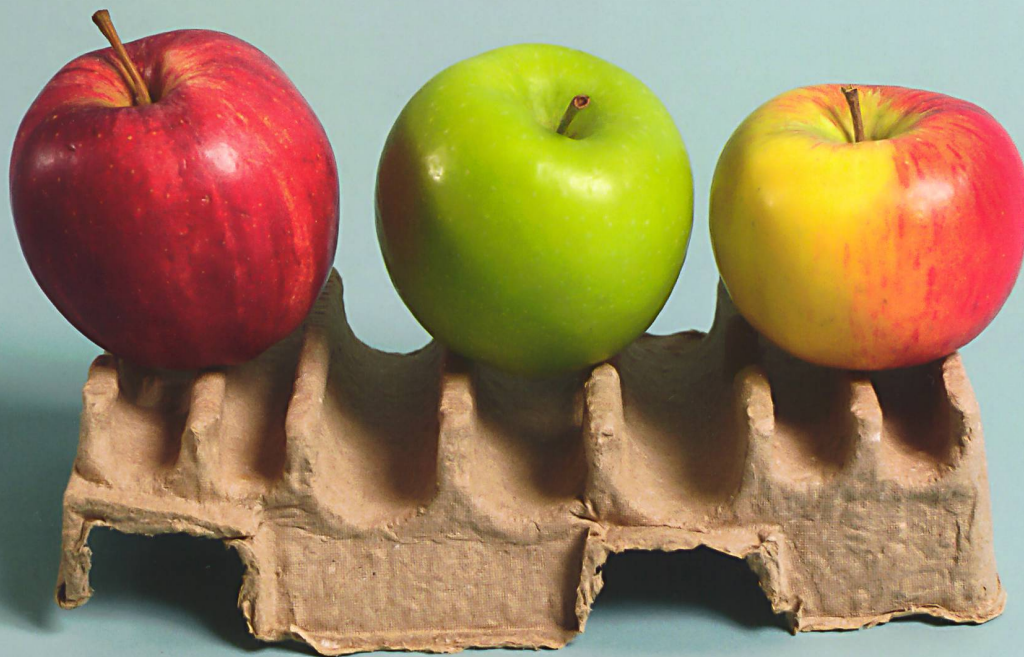
Die «Regelversorger» ergänzen die Palette der Suchthilfe-Organisationen. Es handelt sich um Leistungserbringer, die nicht dem Suchthilfesystem im engeren Sinn, sondern angrenzenden Gesundheits-, Versorgungs- und Hilfesystemen angehören: Hausarztpraxen, Spitäler, Apotheken, sozialarbeiterische Dienste wie z.B. Schuldenberatung, Sozialdienste und IV-Stellen, Schulsozial- und Jugendarbeit, aufsuchende Sozialarbeit, zu deren Klientinnen und Klienten auch Menschen mit Suchtproblemen gehören.^{15,16}

Strukturen

Die Angebotsvielfalt macht es deutlich: In der Schweiz gibt es nicht die eine Struktur der Suchthilfe. Suchthilfe involviert verschiedene Systeme, Strukturen und Disziplinen und fällt in die Zuständigkeit sowohl des Bundes als auch von Kantonen und Gemeinden. Das widerspiegelt sich in der Vielzahl gesetzlicher Grundlagen und in den komplizierten Finanzierungsgrundlagen, auf denen die Suchthilfe beruht:

«Die Bundesverfassung (Art. 12 BV) garantiert jedem im Rahmen der staatlichen Möglichkeiten das Recht auf Hilfe in einer Notlage und verpflichtet den Bund, Massnahmen zum Schutz der Gesundheit (Art. 118 BV) zu treffen. In spezifischen Gesetzen wird der Umgang mit Betäubungsmitteln, Alkohol, Tabakprodukten und Geldspielen festgelegt. Auf Bundesebene setzen das Krankenversicherungsgesetz KVG, das Invalidenversicherungsgesetz IVG und das Strafgesetzbuch StGB weitere Rahmenbedingungen. Die Versorgung und Finanzierung im Suchtbereich wird durch jeweils kantonale Gesundheits-, Spitalfinanzierungs-, Sozialhilfe- und Jugendhilfegesetze sowie kantonale Gesetze zum Straf- und Massnahmenvollzug geregelt. Die Umsetzung der Sozialhilfe findet in der Regel auf Gemeindeebene statt. Diese Gesetze sind die massgebliche Basis, aufgrund der alle Aktivitäten der Suchthilfe ihre Legitimation erhalten. [...] Diese gesetzlichen Grundlagen regeln, wie die verschiedenen Aktivitäten im Feld Sucht finanziert werden. Finanzierung in der Suchthilfe geschieht heute über:

- a) das KVG im Tarmed mit Einzelfalleistungen
- b) die Sozialhilfe als Einzelfall- oder als Objektleistung
- c) Zuwendungen aus dem Alkoholzehntel oder anderen zweckgebundenen Abgaben
- d) vertragliche Regelungen mit Beiträgen pro Kopf in Gemeindeverbänden
- e) gemeinwirtschaftliche Leistungen im Rahmen der kantonalen Spitalfinanzierungsgesetze
- f) Beiträge an die Früherkennung und Frühintervention im Rahmen der Prävention
- g) teilweise KlientInnenbeiträge bei Problemen mit Substanzkonsum im Strassenverkehr



- h) Leistungen aus der Invalidenversicherung
- i) Krankenkassen- und Kantonsbeiträge für Klinik- und Spitalaufenthalte
- j) Spenden»¹⁷

Diese Strukturvielfalt führt – wie es Gabriele Bartsch in ihrem Beitrag auch für Deutschland schön beschreibt – «... selbst für in der Suchthilfe Tätige zu einer schwer zu durchschauenden Vielfalt an Behandlungssegmenten und Kombinationsmöglichkeiten der Hilfen ...».¹⁸ Sie hat zudem zur Folge, dass sich in der Suchthilfe viele verschiedene Berufsdisziplinen begegnen, die je unterschiedliche Blickweisen, Denkmodelle, Schwerpunkte und Interventionsansätze vertreten.¹⁹ Dies erschwert zwar mitunter die Zusammenarbeit innerhalb einzelner Institutionen und über Institutionsgrenzen hinweg, gleichzeitig ist das interdisziplinäre Zusammenspiel aber eine Qualität der Suchthilfe – nur so kann eine adäquate Versorgung der KlientInnen gewährleistet werden.

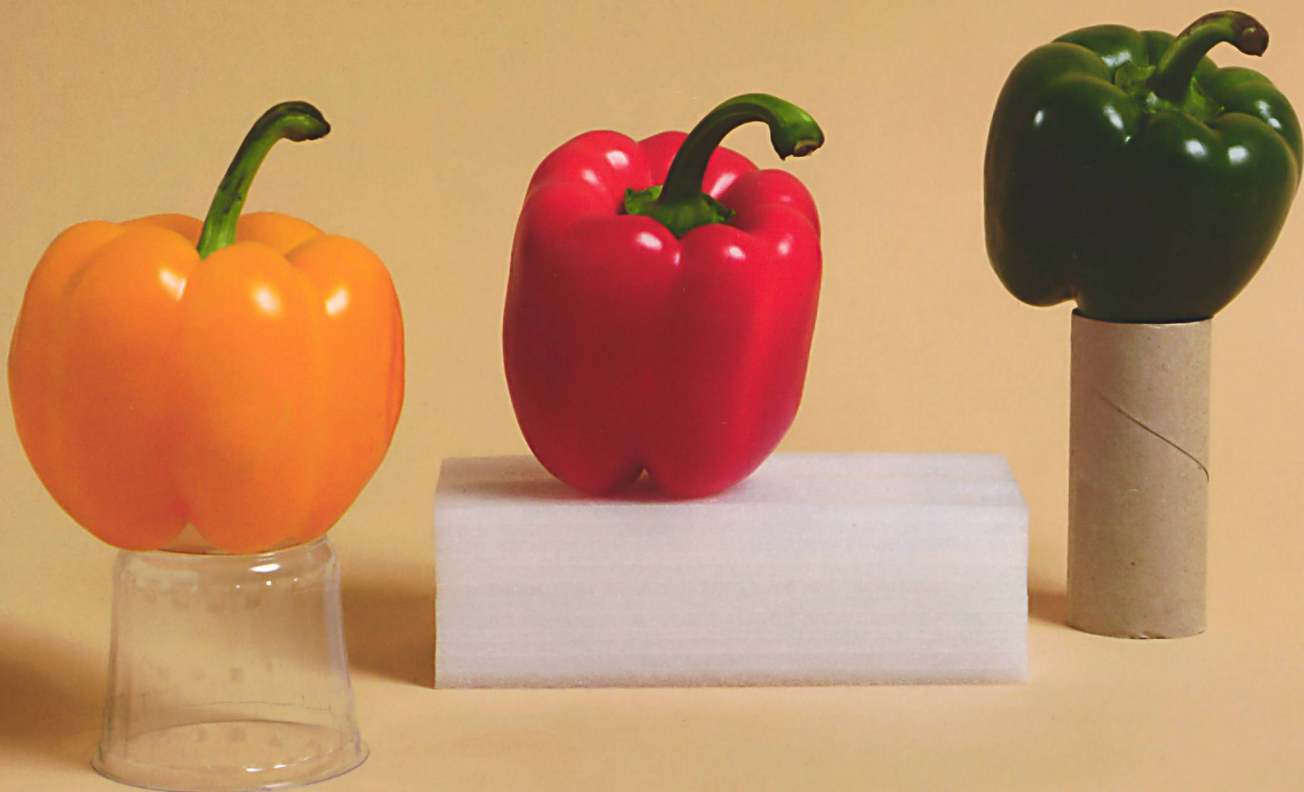
Zielgruppen

Zielgruppen der Suchthilfe sind grundsätzlich alle Personen, die in der Schweiz wohnen. Da es natürlich nicht möglich ist, all diese Menschen zu erreichen, und sie auch nicht alle einer Intervention bedürfen, fokussiert die Suchthilfe bestimmte Bevölkerungsgruppen. Im Folgenden werden die wichtigsten Trends in Bezug auf die Zielgruppen der Suchthilfe festgehalten:

- Nachdem die Suchtprävention ihren Fokus viele Jahre auf Kinder und Jugendliche gerichtet hatte, verlegt sie ihn zunehmend auf die Zielgruppe der Kleinkinder. Sie setzt sich derzeit stark mit ihrer Rolle in der Frühen Förderung auseinander, ist bestrebt, die AkteurInnen der Frühen Förderung sinnvoll zu ergänzen²⁰ und geht

neue Kooperationen ein, wie z.B. mit der Mütter- und Väterberatung.

- Die Suchttherapie beschäftigt sich im Moment sehr mit der zunehmenden Anzahl alternder Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung. Die gute Versorgung abhängiger Menschen in der Schweiz führt dazu, dass die Betroffenen vergleichsweise alt werden. Diese Menschen brauchen eine intensive Pflege und Betreuung, sind aber aufgrund ihres Konsums nicht so einfach in bestehende Alters- und Pflegestrukturen zu integrieren. Heute verfügen wir weder über ausreichend Erfahrungen im Umgang mit diesen KlientInnen, noch gibt es genügend Plätze, um sie adäquat versorgen zu können.
- Jugendliche, die oft und grössere Mengen Cannabis mit sehr hohem THC-Gehalt konsumieren, bei denen aber nicht von einer Abhängigkeit gesprochen werden kann, beschäftigen die Beratung derzeit stark. Erprobte Behandlungsansätze erzeugen bei ihnen nicht die gewünschte Wirkung, und Alternativen dazu gibt es noch nicht bzw. sind noch nicht genügend erprobt. Dieses Thema ist in der Schweiz deshalb besonders virulent, weil die Anzahl cannabiskonsumierender Jugendlicher sehr hoch ist.
- Was Irmgard Eisenbach-Stangl und Artur Schroers für Österreich beschreiben, gilt auch für die Schweiz: Die Zusammenhänge und die Interdependenzen zwischen Sucht und psychischer Gesundheit beschäftigen die Suchtfachpersonen auch in der Schweiz.²¹ Ein 2017 publizierter Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan zeigt, dass Alkohol die psychiatrische Diagnose ist, die bei den Männern der häufigste Grund für eine Hospitalisierung ist.²²



Und neuere Schätzungen gehen davon aus, dass bis zu 80% der Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung von einer Komorbidität betroffen sind.²³ Die adäquate Versorgung der Betroffenen bedarf einer Reflexion der bisherigen Zusammenarbeit der psychosozialen und der psychiatrischen Suchthilfe.

Eine Zielgruppe, die Suchtprävention und Suchthilfe in Zukunft stark beschäftigen könnte, sind Menschen, die geldspielsüchtig sind oder drohen, es zu werden. Mit der derzeitigen kompletten Erneuerung der Geldspielgesetzgebung wird der Gesetzgeber den Anbietern die Expansion in den Online-Geldspielmarkt ermöglichen. Da die Prävalenzen für das problematische Spielen bei Online-Geldspielen deutlich höher sind als bei terrestrischen Spielen²⁴ – insbesondere bei Jugendlichen –²⁵ ist eine Zunahme der damit einhergehenden Probleme zu erwarten. Dasselbe gilt ganz grundsätzlich für den exzessiven Konsum resp. die Abhängigkeit von internetgestützten Angeboten, insbesondere von Online-Games. Auch wenn die Zahlen im Moment noch nicht darauf hindeuten, ist es möglich, dass die Anzahl problematisch Konsumierender resp. Abhängiger in Zukunft rasch wachsen wird.

Herausforderungen in der Arbeit und Zusammenarbeit in der Suchthilfe

Die integrierte Versorgung, verstanden als interdisziplinäre, über die Grenzen von Einrichtungen hinwegreichende Zusammenarbeit, die auf die Bedürfnisse und die Möglichkeiten der KlientInnen abgestimmt ist, ist nicht leicht zu erlangen. Aber wir sind auf dem richtigen Weg: Im Folgenden wird anhand von drei «Dualitäten» erläutert, welche Hindernisse auf dem Weg zum Ziel

bereits erfolgreich überwunden wurden, welche das System nach wie vor herausfordern und bei welchen es nur scheinbar um eine Dualität geht.

Schadensminderung – Drogentherapie

Diese Dualität war während vieler Jahre dort anzutreffen, wo die Kultur der abstinentenorientierten Behandlung auf die konsumakzeptierende Haltung der Schadensminderung traf. Ihre Überwindung brauchte viel Zeit und begründete sich bei weitem nicht nur fachlich: «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 Abstinenz konnte endlich in Frage gestellt werden und es entstand Raum für differenziertere und deutlich stärker an den Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichteten Behandlungsformen.»²⁶ Diese Dualität spielt heute in der praktischen Suchtarbeit keine Rolle mehr. Auf politischer Ebene hingegen ist sie nach wie vor präsent: ExponentInnen, die für eine abstinentenorientierte als einzig «wahre» Drogentherapie einstehen, erschweren die fachgeleitete Diskussion, wenn es um die Weiterentwicklung der Suchtpolitik geht. Und sie werden nicht müde, wichtige drogenpolitische Errungenschaften, wie die Schadenminderung, in Frage zu stellen.

Alkoholtherapie – Drogentherapie

Der kurze Blick in die Geschichte der Suchthilfe zu Beginn dieses Beitrags zeigte, dass die Entstehung der Alkohol- und der Drogenprävention resp. der Alkohol- und der Drogentherapie unabhängig

voneinander verliefen. Dies hatte zur Folge, dass die Suchthilfe seit ihrem Bestehen während Jahrzehnten entlang dem Merkmal «legal» resp. «illegal» differenziert war, eine Differenzierung, die bis heute besteht: Angebote der Alkohol- und diejenigen der Drogentherapie existieren teilweise auch heute noch als separate Domänen.

Der Grund dafür liegt hauptsächlich darin, dass die Alkohol- und die Drogentherapie – historisch bedingt – auf unterschiedlichen Finanzierungsgrundlagen basieren: Bei den meisten stationären Alkoholtherapieeinrichtungen handelt es sich um Kliniken, die schon als solche gegründet wurden. Die Kosten für die Therapie in diesen Kliniken werden vom Kanton und den Krankenversicherern getragen. Einrichtungen der Drogenrehabilitation hingegen sind in den meisten Fällen nicht-medizinische, sozialtherapeutische Einrichtungen. Die Kosten dieser Therapien müssen von den betroffenen KlientInnen oder von der Wohnsitzgemeinde übernommen werden, wenn der Klient oder die Klientin nicht über die notwendigen finanziellen Möglichkeiten verfügt.

Diese unterschiedlichen Entstehungsgeschichten der Alkohol- und der Drogentherapie und die darin begründete unterschiedliche Finanzierung der beiden Systeme führten dazu, dass sich zwei unterschiedliche Kulturen herausbildeten, die sich in ihren Konzepten und Haltungen gegenüber den KlientInnen stark unterscheiden: etwas vereinfacht gesagt eine medizinisch geprägte Kultur der Alkoholtherapie und eine sozialtherapeutisch geprägte Kultur der Drogentherapie.²⁷ Eine Annäherung der beiden Kulturen ist seit einigen Jahren im Gang. Sie wird aber, obwohl von gegenseitiger Wertschätzung geprägt, noch einige Zeit in Anspruch nehmen.

Ambulant – stationär

Aus der Maxime «ambulant vor stationär» wird fälschlicherweise ein grundsätzliches Konkurrenzverhältnis zwischen ambulanten und stationären Anbietern abgeleitet. Zwar zeigte jüngst eine Katamnesestudie von vier ambulanten Einrichtungen aus den Kantonen Aarau, Bern und Zürich, dass die ambulante Beratung ebenso erfolgreich sein kann wie die stationäre Therapie.²⁸ Ambulante Angebote sind also attraktiv: Sie sind wirksam, sind oft die kostengünstigere Variante, und die KlientInnen ziehen sie immer häufiger den stationären Therapien vor. Neben den ambulanten Angeboten haben aber auch längere stationäre Suchtbehandlungen weiterhin und unbedingt eine Daseinsberechtigung: für KlientInnen, die sich in einer prekären Lebenssituation befinden, die eine schlechte Selbstkontrolle und/oder die trotz Veränderungswunsch eine hohe Rückfälligkeit zeigen, d.h. für Personen, die in einer ambulanten Therapie geringe Erfolgschancen haben oder ambulant bereits erfolglos behandelt wurden.²⁹ Hier handelt es sich also nur um eine scheinbare Dualität. Den Anbietern muss es deshalb gelingen, einander nicht als Konkurrenz, sondern als sich wechselseitig ergänzende Bausteine einer integrierten Versorgung zu verstehen.

Suchtpolitik der Schweiz

Ziele der nationalen Suchtpolitik

Die Ziele des Bundesamts für Gesundheit in Bezug auf die Themen Konsum und Sucht liegen heute darin, die Eigenverantwortung des Individuums zu stärken und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu verbessern. In der Nationalen Strategie Sucht, die 2016 von der Regierung verabschiedet wurde, wird die Viersäulenpolitik ergänzt «mit einer stärkeren Vernetzung aller Akteure, genauerem Wissen zu Sucht, der Förderung von Weiterbildungen, der besseren Information von Fachleuten und Bevölkerung und dem internationalen Erfahrungsaustausch».³⁰

Die Suchtfachpersonen der Schweiz gehen in ihren Forderungen einen Schritt weiter: Ihr Ziel ist eine kohärente – d.h. möglichst widerspruchsfreie – Suchtpolitik, die Substanzen und Verhaltensweisen nicht nach dem Merkmal «legal» bzw. «illegal»,

sondern nach ihrem Gefährdungspotential für das Individuum und für die Gesellschaft beurteilt. Dabei stützen sie sich auf das «Würfelmodell», das die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen 2005 entwickelt hat. Dieses Denkmodell dient als Basis für die «Entwicklung einer sachlichen, in sich stimmigen, wirksamen und glaubwürdigen Suchtpolitik, welche alle psychoaktiven Substanzen erfasst».³¹ Alle nationalen Fachverbände und NGOs haben sich dahingehend geäußert, dass sich dieses Ziel in einem regulierten Drogenmarkt besser umsetzen lässt als mit einer Verbotspolitik.³²

Eine weitere Forderung der Fachpersonen ist die Verbesserung der Versorgung in Gefängnissen, wo insbesondere schadensmindernde Massnahmen von der (in der Realität nicht zutreffenden) Prämisse erschwert werden, dass im Strafvollzug kein Drogenkonsum stattfindet. Drittens sollte aus der Perspektive der Fachleute die Verordnung zum Betäubungsmittelgesetz (BetmGV) so revidiert werden, dass die kontrollierte Heroinabgabe einfacher möglich wird. Vereinfacht werden sollte auch der Zugang zu medizinisch verwendetem Cannabis. Zentral ist aus fachlicher Perspektive ausserdem, dass die Finanzierung der Angebote der Suchtprävention und -hilfe gesichert bleibt, auch wenn Drogenkonsum nicht mehr auf dem Sorgenbarometer der Schweizer Bevölkerung erscheint.

Politik der Suchtfachverbände

In der Schweiz gibt es drei sprachregionale Suchtfachverbände, welche die Fachpersonen und die Organisationen der Suchthilfe vereinigen und ihre Interessen vertreten. In der Deutschschweiz ist dies der Fachverband Sucht. Eine wichtige Ergänzung dazu bildet der Verband der SuchtmedizinerInnen, die Swiss Society of Addiction Medicine (SSAM). Im Fachverband Sucht organisieren sich rund 270 Organisationen der Gesundheitsförderung und Suchtprävention, der Beratung und Therapie, der Schadensminderung und der Bildung. Seine wichtigsten Aufgaben sind die Interessensvertretung, die Unterstützung der kantons-, institutions- und disziplinübergreifenden Vernetzung, die Fortbildung der Suchtfachpersonen und die Weiterentwicklung der Fachlichkeit in den verschiedenen Bereichen der Suchthilfe.

Infolge der Kleinräumigkeit der Schweiz ist deren suchtpolitische Landschaft sehr überschaubar. Die relevanten suchtpolitischen AkteurInnen kennen einander, und das unabhängig davon, ob sie die gleiche oder eine gegenteilige Position vertreten. Diese Nähe zu den verschiedenen AkteurInnen hat für die Fachverbände den Vorteil, dass sie gleichzeitig auch sehr nahe an den Gesetzgebungsprozessen sind. Kommt hinzu, dass die Bundesämter die verschiedenen Interessengruppen oft bereits sehr früh in die Erarbeitung der Gesetzesentwürfe einbeziehen. Die Wege für die politische Einflussnahme sind in der Schweiz deshalb von Beginn an vergleichsweise kurz. Der starke Einbezug der Interessengruppen in die Gesetzgebungsprozesse erweist sich für die Suchtfachverbände zudem als günstig. Für sie ist die politische Einflussnahme um vieles einfacher, solange die Vorlage in der Verwaltung in Erarbeitung ist. Später im politischen Prozess, wenn die Geschäfte im Parlament diskutiert werden, gestaltet sich die Einflussnahme angesichts der mächtigen Lobbys auf der Gegenseite (z.B. Alkoholindustrie, Tabakproduzenten oder Anbieter von Geldspielen) meistens um vieles schwieriger.

Blick in die Zukunft

Die Suchthilfe der Schweiz steht vor verschiedenen Herausforderungen. Einige wurden im Verlauf des Beitrags bereits angesprochen. Weitere wichtige Herausforderungen werden – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – im Folgenden kurz skizziert. Keine spezielle Erwähnung findet dabei der derzeit omnipräsente Spardruck, obwohl er den Institutionen der Suchthilfe im Moment sehr viel abfordert. Es handelt sich dabei aber um ein Phänomen, das zahlreiche andere Politikbereiche ebenfalls betrifft.

Integration der Suchthilfe in die Regelversorgung

Es gibt immer wieder Stimmen, die für die Integration der Suchthilfe in die Regelversorgung plädieren. Das würde zu einer starken Veränderung und – bis zu einem gewissen Mass – zur einer Ent-Spezialisierung der Suchthilfe führen. Es überrascht deshalb nicht, dass diese Forderung unter Suchtfachpersonen umstritten ist. Ungeachtet dessen, ob die Forderung richtig oder falsch ist, ist derzeit ein Trend hin zu einer engeren Kooperation mit AkteurInnen der Regelversorgung festzustellen. Ein Trend, der mit verschiedenen Herausforderungen verbunden ist. Dazu gehören unterschiedliche Aufträge, wenig kompatible Strukturen, ungeklärte Schnittstellen, unterschiedliche Interventionsansätze und Handlungskonzepte.

Einführung von «TARPSY»

Per 01.01.2018 steht den Suchtfachkliniken die Einführung von Tarpsy, dem national einheitlichen Tarifsystem für die Abgeltung stationärer Leistungen der Psychiatrie (TARPSY) bevor.³³ Derzeit liegen noch zu wenige Informationen vor, als dass es möglich wäre einzuschätzen, was das für die betroffenen Einrichtungen, die weiteren Anbieter und vor allem für die KlientInnen bedeuten wird. Ersten Unkenrufen zufolge wird die Aufenthaltsdauer für die stationäre Therapie durch dieses leistungsbezogene Tarifsystem im Vergleich zu heute erheblich verkürzt. Als Folge davon ist damit zu rechnen, dass ein grosser Teil der KlientInnen mit einem bedeutenderen Bedarf an weiterführender Unterstützung als bisher aus der Therapie entlassen wird. Die Einführung von TARPSY ist also nicht nur für die betroffenen Suchtfachkliniken von Bedeutung. Sie wird auch die Aufgaben der Nachsorge verändern und neue Anforderungen an diese stellen.

Zwang zum Wirksamkeitsnachweis

Was bislang fast ausschliesslich die Suchtprävention beschäftigte, wird seit kurzem auch für die Behandlung zu einer Belastung: die Forderung der Auftraggeber, die Wirksamkeit der Leistungen belegen zu können. Obwohl diese Forderung bis zu einem gewissen Grad verständlich und legitim ist, muss der Zwang zum Wirksamkeitsnachweis auch kritisch gesehen werden: «... die Verunsicherung der Präventionsfachleute, die sich unter steigendem Druck erleben, die Wirksamkeit ihres Handelns nachzuweisen, und sich mit der bangen Frage konfrontiert sehen, ob sie die in sie gesetzten Erwartungen auch erfüllen können. Die emanzipierende Erkenntnis, dass es aus methodologischen Gründen in den meisten Bereichen des praktischen Handelns gar nicht möglich ist – im Gegensatz z. B. zur Arzneimittelforschung –, Erfolge wissenschaftlich eindeutig nachzuweisen, und dass daher in vielen Praxisbereichen, wie in der Suchtprävention, ganz andere Forschungszugänge notwendig sind, ist erst langsam im Entstehen.»³⁴ Die Forderung, die Wirksamkeit nachweisen zu können, führt auch bei Einrichtungen der Behandlung zu Verunsicherungen. Diese wurzeln aber nicht nur im methodisch kaum möglichen Wirksamkeitsnachweis, sondern auch darin, dass die Einrichtungen nicht sicher sind, ob der Auftraggeber tatsächlich transparent über alle Wirkungen informiert sein möchte (bspw. über die sehr teuren Fälle, bei denen über viele Jahre kein therapeutischer Fortschritt erzielt, wohl aber das Überleben der Betroffenen gesichert werden kann).

Suchtpolitische Herausforderungen

Die Viersäulenpolitik ist unbestritten eine Erfolgsgeschichte der Schweizer Sozial-, Gesundheits- und Sicherheitspolitik – mit einer Kehrseite, mit der die Suchthilfe heute kämpft. «Sucht» ist im öffentlichen Raum nicht mehr sichtbar und wird in Politik und Öffentlichkeit auch nicht mehr als Problem wahrgenommen. «Die positive Wirkung der Viersäulenpolitik wird heute nicht mehr wahrgenommen, weil es dank der damals entwickelten Unterstützungs- und Behandlungsangebote eben keine offenen Drogenszenen mehr

gibt (...). Die Leute haben vergessen, dass erst durch die Methadonabgabe das Drogenelend von der Strasse verschwunden ist. Die Stigmatisierung und Ausgrenzung von Suchtkranken nimmt in der Bevölkerung wieder zu.»³⁵ Diese fehlende Problemwahrnehmung stellt Organisationen der Suchthilfe bei Spardebatten immer wieder vor grosse Schwierigkeiten. Zudem erschwert sie die Einflussnahme auf Gesetzgebungsprozesse: Wenn die ParlamentarierInnen den risikoreichen Konsum und die Sucht nicht als Problem wahrnehmen, sind sie nicht bereit, wirksame Massnahmen zur Prävention und Behandlung gesetzlich zu verankern.

Keine neue, aber deshalb eine nicht minder grosse Herausforderung ist die Orientierung an einem utopischen Menschen- und Gesellschaftsbild. Die suchtmittelfreie Gesellschaft und die Abstinenz als alleinige Wahrheit sind Bilder, die noch immer stark in zahlreichen Köpfen verankert sind. Dies zeigt sich in der Schweiz gegenwärtig an den Debatten rund um die Regulierung des Cannabismarktes. Die Schweiz ist mit Italien und Frankreich eines der Länder, das die höchsten Cannabiskonsum-Prävalenzen aufweist.³⁶ Trotzdem weigern sich Politik und weite Teile der Gesellschaft, darüber nachzudenken, den Cannabismarkt zu regulieren und damit die Cannabiskonsumierenden zu entkriminalisieren. Auch um der suchtpolitischen Orientierung an der Realität anstatt an einer Utopie Vorschub zu leisten, haben 2016 rund 100 VertreterInnen aus Politik und Verwaltung sowie Fachpersonen und Konsumierende während drei Tagen eine zukunftsgeordnete Perspektive für die schweizerische Suchtpolitik erarbeitet und in der «Erklärung von Ascona» festgehalten. Der erste der zehn Grundsätze in diesem Papier lautet entsprechend: «Eine zeitgemässe Suchtpolitik muss von der Realität ausgehen, nicht von einer idealisierten Vorstellung des menschlichen Verhaltens.»³⁷ ●

Literatur

- Auderset, J./Moser, P. (2016): Rausch & Ordnung. Eine illustrierte Geschichte der Alkoholfrage, der schweizerischen Alkoholpolitik und der Eidgenössischen Alkoholverwaltung (1887-2015). Bern: Eidgenössische Alkoholverwaltung.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2016): Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024. www.tinyurl.com/hpnp5js, Zugriff 22.12.2016.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2015): Nationale Strategie Sucht 2017–2024. www.tinyurl.com/z5lr7fq, Zugriff 22.12.2016.
- EKDF – Eidg. Kommission für Drogenfragen (2005): Das Würfelmodell. www.tinyurl.com/h2hysou, Zugriff 13.01.2017.
- Fachverband Sucht (2016): Frühe Förderung. Die Bedeutung der Frühen Förderung für die Suchtprävention. Haltungspapier des Fachverbands Sucht. www.tinyurl.com/jg2378x, Zugriff 22.12.2016.
- Fachverband Sucht (2015): Kooperation und Koordination in der Versorgung suchtgefährdeter und suchtkranker Menschen. Schlussbericht. www.tinyurl.com/zs8hc4w, Zugriff 21.12.2016.
- Gehrig, M./Künzi, K./Stettler, P. (2012): Finanzierung der stationären Suchthilfe. Situation, Handlungsbedarf und Handlungsoptionen – Schlussbericht. www.tinyurl.com/zgagk7w, Zugriff 21.12.2016.
- Gesundheitsdienste Basel-Stadt, Abteilung Sucht (2014): Rausch Ekstase Sucht. Geschichte der Suchtpolitik des Kantons Basel-Stadt. www.tinyurl.com/zkyh8h6, Zugriff 05.01.2017.
- Praxis Suchtmedizin Schweiz (2014): Kontrolliertes Trinken. www.tinyurl.com/hk6grxy, Zugriff 05.01.2017.
- Haug, S. (2015): Wirksamkeit ambulanter Beratung bei Alkoholproblemen. www.tinyurl.com/zasuxv2, Zugriff 21.12.2016.
- Interpharma (2016): Neu im Zeichen des Kostendrucks. Das Wichtigste in Kürze zum Gesundheitsmonitor 2016. www.tinyurl.com/h4s3xle, Zugriff 05.01.2017.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2017): Massnahmenplan zur Nationalen Strategie Sucht 2017-2024.
- NAS-CPA – Nationale Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik (2014): Marktregulierung in der Drogenpolitik. Grundposition der Nationalen Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik. www.tinyurl.com/neno2g4, Zugriff 05.01.2017.
- NAS-CPA – Nationale Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik (2017): Synthesepapier Finanzierung der Suchthilfe in der Schweiz. Unveröffentlichtes Dokument.
- Ridinger, M./Walter, J.M. (2014): Sucht und komorbide Störungen. SuchtMagazin 40(1): 4-7.
- Rimann, N. (2014): Expertise zum Thema «Schwer erreichbare Zielgruppen». Zu Händen der Zürcher Fachstelle zur Prävention

des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (ZüFAM).
www.tinyurl.com/zs5gwb9, Zugriff 22.12.2016,
 Meury, W. (2016): Suchtbehandlung: Interdisziplinär? Sozialtherapeutisch? Integriert.... SuchtMagazin 5/2016: 5-9.
 Schalbetter, P. (2010): Les jeunes et les jeux d'argent. S'Enquête exploratoire de la Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies.
www.tinyurl.com/maal2b3, Zugriff 27.03.17.
 Schuler, D./Tuch, A./Buscher, N./Camenzind, P (2017): Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016. Obsan Bericht 72.
 SuchtAkademie (2016): Erklärung von Ascona. 10 Grundsätze für eine moderne Suchtpolitik. www.tinyurl.com/z6eefn, Zugriff 23.12.2016.
 Tovar, M.L./Costes, J.-M./Eroukmanoff V. (2013): Les jeux d'argent et de hasard sur Internet en France en 2012. Saint-Denis-La-Plaine: Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Observatoire des jeux.
 Uchtenhagen, A. (2014): Stationäre Sucht- und Sozialtherapie. Ein Auslaufmodell? Referat anlässlich des 40 Jahre-Jubiläums von suchtttherapiebärn. www.tinyurl.com/hlu5vzt, Zugriff 21.12.2016.
 Uhl, A. (2007): Begriffe, Konzepte und Menschenbilder in der Suchtprävention. SuchtMagazin 4/2007: 3-11.
 Zobel, F./Gmel, G. (2016): Monitorage des addictions avec les pays voisins. Le cannabis. www.tinyurl.com/z6n8ckg, Zugriff 23.12.2016.

Endnoten

- 1 Der Begriff der Suchthilfe umfasst im vorliegenden Beitrag die Fachbereiche der Suchtprävention, der Behandlung (Therapie und Beratung) sowie der Schadensminderung und Überlebenshilfe.
- 2 Auderset/Moser 2016: 23.
- 3 Gesundheitsdienste Basel-Stadt 2014: 13.
- 4 Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG), www.tinyurl.com/jmy8yaa, Zugriff 30.01.17.
- 5 Gesundheitsdienste Basel-Stadt 2014: 18.
- 6 So z.B. im Rahmen der Arbeitsgruppe SuPo unter der Leitung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und des Bundesamts für Polizei (fedpol). Sie besteht aus Vertreterinnen und Vertretern des Verbandes Schweizerischer Polizeibeamter (VSPB), der Schweizerischen Kriminalprävention (SKP), der Städtischen Konferenz der Beauftragten für Suchtfragen (SKBS), der Suchtfachverbände (GREA und Ticino Addiction) und von Infodrog.
 Vgl. www.infodrog.ch/supo.html, Zugriff 07.03.2017.
- 7 Vgl. Praxis Suchtmedizin Schweiz 2014.
- 8 Gesundheitsdienste Basel-Stadt 2014: 12.
- 9 Ebd.: 11.
- 10 Interpharma 2016: 14.

- 11 z.B. die Parlamentarische Initiative «Komatrinker sollen Aufenthalte im Spital und in Ausnüchterungszellen selber bezahlen», www.tinyurl.com/gof4g84, Zugriff 30.01.17.
- 12 Gehrig/Künzi et al. 2012: 4 ff.
- 13 www.safezone.ch
- 14 Vgl. hierzu auch das Gespräch zwischen Baumberger, Bartsch und Schroers in dieser Ausgabe.
- 15 Zum Beispiel sip (Sicherheit Intervention Prävention) in Zürich, PINTO (Prävention Intervention Toleranz) in Bern oder die Kirchliche Gassenarbeit Luzern. Vgl. für Zürich: www.tinyurl.com/jfn2rcd, für Bern: www.tinyurl.com/hqefaxt, für Luzern: www.gassenarbeit.ch, Zugriff 13.03.2017
- 16 Eine umfassende Übersicht über die Landschaft der Regelversorger findet sich in Fachverband Sucht 2015: 40ff.
- 17 NAS-CPA 2017: 1.
- 18 Vgl. Beitrag von Bartsch in dieser Ausgabe, S. 5.
- 19 Vgl. ebd.
- 20 Vgl. Fachverband Sucht 2016.
- 21 Vgl. Beitrag von Eisenbach-Stangl/Schroers in dieser Ausgabe, S. 13.
- 22 Schuler et al. 2017: 6.
- 23 Vgl. Ridinger/Walter 2014.
- 24 Vgl. Tovar et al. 2013.
- 25 Vgl. Schalbetter 2010.
- 26 Meury 2016: 6.
- 27 Dies gilt vor allem für die stationäre Alkohol- und Drogentherapie. In der ambulanten Suchttherapie ist der Gegensatz nicht so ausgeprägt. Die Differenzierung widerspiegelte sich im Übrigen auch lange in den Strukturen der Verbände der Suchthilfeeinrichtungen der Deutschschweiz: Bis 2003 existierten mit dem Schweizerischen Fachverband Alkohol- und Suchtfachleute (A+S) und dem Verband der Sucht- und Drogenfachleute Deutschschweiz (VSD) zwei voneinander unabhängige Organisationen. Erst 2003 wurden diese in einem gemeinsamen Verband, dem Fachverband Sucht, zusammengeführt.
- 28 Vgl. Haug 2015.
- 29 Vgl. Uchtenhagen 2014.
- 30 BAG 2015: 3.
- 31 Vgl. EKDF 2005.
- 32 Vgl. z.B. NAS-CPA 2014.
- 33 Weitere Informationen dazu finden sich auf der Website von swiss DRG: www.tinyurl.com/jeoff4s, Zugriff 30.01.17.
- 34 Uhl 2007: 4 f.
- 35 Vgl. dazu das Interview mit Thilo Beck im Tages Anzeiger vom 01.01.2017: Drogen sollten auf jeden Fall legalisiert werden, www.tinyurl.com/gtsymnx, Zugriff 05.01.2017.
- 36 Zobel/Gmel 2016: 34ff.
- 37 SuchtAkademie 2016: 1.