

Die Klientel der Suchthilfe : Gestern - Heute - Morgen

Autor(en): **Graber, Gabriela / Flück, Sandro / Pfeiffer, Philippe**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **46 (2020)**

Heft 5

PDF erstellt am: **17.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-881065>

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.

Die Klientel der Suchthilfe: Gestern – Heute – Morgen

2020-5
Jg. 46
S. 15 - 22

Seit den 1990er-Jahren hat die Suchthilfe unterschiedlichste Etappen durchlaufen; von den Auswirkungen der offenen Drogenszene über die Etablierung der heroingestützten Behandlung bis hin zur Auflösung der Trennung zwischen legalen und illegalen Substanzen. Die Lebenswelten der heutigen Klientel sind divers, die Betroffenen werden immer jünger und Komorbiditäten rücken in den Behandlungsfokus. In Fachkreisen ist man sich jedoch einig: Die Suchthilfe braucht es auch in Zukunft. Neben der Interdisziplinarität im Einzelfall wird die interinstitutionelle Zusammenarbeit immer bedeutsamer.

DAS FACHGESPRÄCH FAND MIT GABRIELA GRABER (STIFTUNG TERRA VECCHIA), SANDRO FLÜCK (KLINIK SÜDHANG) UND PHILIPPE PFEIFFER (UNIVERSITÄRE PSYCHIATRISCHE DIENSTE BERN) STATT.

Die Fragen für das SuchtMagazin stellten Stefanie Knocks (Fachverband Sucht, Gesprächsleitung), Marcel Krebs (Redakteur des SuchtMagazin) und Sandra Bärtschi (Infodrog). Verschriftlichung des Fachgesprächs durch Sandra Bärtschi.

Ein Blick in die Vergangenheit der Suchthilfe

Knocks: Wenn Ihr an die Anfänge Eurer Arbeit in der Suchthilfe denkt: Wie sah die typische Klientel aus? Handelte es sich um die Personen, die heute von manchen Kolleginnen und Kollegen ab und zu fast liebevoll als «klassische Junkies» bezeichnet werden? Ging es damals um die klassische Suchthilfe bzw. den Substanzkonsum oder wurden auch andere Themen bearbeitet?

Graber: 1995 – als ich das Praktikum als Sozialarbeiterin in der Gemeinschaft zum Schlüssel in Detligen absolvierte – waren schwerpunktmässig Menschen bei uns, die dem klassischen Junkiebild entsprachen. Wir spürten die Auswirkungen der offenen Drogenszene noch immer, trotz der 1994 eröffneten kontrollierten Heroinabgabestellen. Die betroffenen Menschen konsumierten ihre Suchtmittel im Drogenmilieu. Nicht selten kam es vor, dass jemand vor dem Entzug eine längere Zeit auf der Gasse lebte. Konflikte mit der Justiz oder dem familiären Umfeld führten damals zum Schritt in die abstinenzorientierte Therapie von Terra Vecchia. Im Unterschied zu heute waren die Betroffenen etwas älter und verfügten grossmehrheitlich über eine Berufsausbildung. Sämtliche Angebote von Terra Vecchia waren abstinenzorien-

tiert – das heisst, man musste zuerst in einen Entzug gehen, bevor man bei uns eintreten konnte. Ausnahme dazu bildete 1996 die Gründung des Tagwerks Saurhorn mit Klientinnen und Klienten aus der kontrollierten Heroinabgabe. Der Hauptfokus der Sozialtherapie lag auf dem Erleben einer Gemeinschaft – gemeinsam den Alltag verbringen, gemeinsam arbeiten und das übergeordnete Ziel der Stärkung der persönlichen Autonomie verfolgen. Sucht war dabei ein Thema unter anderen – die soziale und berufliche Integration stand schon damals prominent im Zentrum. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sahen sich dabei als Begleiterinnen und Begleiter. Man arbeitete im Alltag und in der Arbeit mit. Alle machten alles, ob Sozialarbeiterin, Handwerker oder Führungsperson. Wir waren damals überzeugt, dass Spezialisierung den Blickwinkel zu fest einschränkt. In der Gemeinschaft zum Schlüssel führten wir z. B. einmal pro Woche eine Pizzeria, die durch Klientinnen und Klienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter betrieben wurde. Die Bewirtschaftung der Öffentlichkeit zielte auch auf eine sozialpolitische Absicht. Wir holten die Öffentlichkeit zu uns und konnten so Berührungspunkte mit ehemals drogenabhängigen Men-

schen abbauen. Dann fällt mir noch ein wichtiger Unterschied zu heute ein: Zehn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter teilten sich damals ein Büro und einen Computer. Nur ganz selten kam es zu einem Engpass – zu dieser Zeit wurde bei uns kaum etwas verschriftlicht. Die grosse Wende kam dann im Jahr 2000, als wir während zwei Jahren in Begleitung des BAG das Qualitätsmanagement QuaTheDA einführt. Im Zuge davon haben wir uns auf administrativer Ebene professionalisiert.

Flück: Zu meiner Anfangszeit war die Klientel viel spezifischer, nur legale Suchtmittel bzw. alkohol- und medikamentenabhängige Menschen. Damals gab es noch Abbrüche, wenn illegale Substanzen konsumiert wurden. Der therapeutische Ansatz war jedoch vergleichbar mit heute. Wir sind in der Schule den Letzten anschauen gegangen, wie in einem Zoo. Das Entwürdigende werde ich nie vergessen. Früher wurden die Betroffenen einfach weggesperrt und erst mit der Zeit fand eine Entstigmatisierung statt, die auch in der Gegenwart noch nicht abgeschlossen ist. Seit meinen Anfängen (vor 8 Jahren) in der Klinik Südhang hat sich das Menschenbild nicht gross verändert, das beobachtbare Konsummuster hin zu öfteren Mehrfach-



abhängigkeiten hingegen schon. Deshalb behandelt die Klinik Südhang nun auch alle substanzabhängigen Menschen, nicht nur Alkohol und Medikamente.

Pfeifer: Ich hatte von Beginn meiner ärztlichen Laufbahn an mit der Suchttherapie sowohl im medizinischen als auch im psychiatrischen Bereich zu tun gehabt. Damals waren, sowohl in Deutschland (2008) als auch in der Schweiz (2015), Abgrenzungen zwischen legalen und illegalen Süchten spürbar. In der ersten Klinik, in der ich gearbeitet habe, wurde betont, wenn eine Person etwas Illegales konsumiert, dann kommt sie in eine Spezialklinik. Als ich vor 5 Jahren nach Münsingen gewechselt bin, da gab es diese Trennung im Prinzip noch. Die illegalen Opiatentzüge sollten in die Klinik Selhofen gehen, während die anderen Süchte hauptsächlich im Psychiatrischen Zentrum Münsterlingen (PZM) oder in der Klinik Südhang waren. Dies hat sich insofern verändert, dass man versucht, die unterschiedlichen Substanzen nicht mehr zu trennen. Stoffgebundene Süchte werden zuneh-

mend als einheitliche Störungsgruppe innerhalb der Psychiatrie angesehen. Wir versuchen dies im Alltag umzusetzen.

Die Klientel der Gegenwart

Knocks: Gibt es das von Gabriela Graber angesprochene «Suchtmilieu» noch? Oder wo kommen die Leute heute her?

Graber: In Bern ist das Suchtmilieu an spezifischen Orten, wie zum Beispiel in der Nähe der Anlaufstelle oder rund um die Heiliggeistkirche, auch heute sichtbar. Gegenüber früher treten Klientinnen und Klienten aus unterschiedlichen Lebenswelten und Szenen zu uns in ein Angebot ein – zum Beispiel aus einer Klinik, einer anderen Organisation, direkt vom Elternhaus oder der Familie, aus dem Gefängnis etc. Heute gelingt es uns besser, Anschlusslösungen zu finden, wenn es zu einem frühzeitigen Abbruch kommt. Zu meinen Anfangszeiten bei Terra Vecchia hat mich sehr beschäftigt, dass Therapieabrecherinnen und -abrecher oft einfach in die Drogenszene zurückkehrten.

Die kontrollierte Heroinabgabe war ein einschneidender Paradigmenwechsel, auch für die stationäre Suchttherapie. Es war ab diesem Zeitpunkt möglich, neue Übergänge zu schaffen und die Klientinnen und Klienten in niederschwelligere Angebote zu überführen. Ebenfalls wurde die Abstinenz, die lange Zeit als Königsweg galt, in Frage gestellt. Terra Vecchia eröffnete 1996, in enger Zusammenarbeit mit dem KODA Bern und Suprax Biel, das Tagwerk Saurenhorn. Gemeinsam mit substituierten Klientinnen und Klienten und externen Fachprofis aus dem Handwerkerbereich renovierten wir die Liegenschaft und gründeten 1998 die stationäre Sozialtherapie Saurenhorn. Wir haben uns dafür stark gemacht, dass Therapie auch vor dem Entzug möglich ist, was innerhalb von Terra Vecchia bis dahin ein Tabu war. Ende der 1990er-Jahre kam dann der nächste Schritt: Sucht wurde als Krankheit anerkannt und auf nationaler Ebene verankert.

Pfeifer: Ich möchte hier noch betonen, dass die heroingestützte Behand-



lung eine unglaubliche Erfolgsgeschichte war, die aus der Medizin herauskam. Dadurch, dass eine ärztliche Verschreibung ermöglicht wurde, konnte sehr viel bewegt werden. Da hat die Schweiz ja weltweit Modellcharakter. Dies führte dazu, dass sich viele Ärztinnen und Ärzte hauptsächlich mit dem Opiat-Thema beschäftigten. Nach einigen Jahren sehen wir nun, dass viele Personen, die mit Opiaten substituiert sind, stabil sind, aber auch viele Betroffene über einen Beikonsum (Alkohol oder andere Drogen) verfügen. Diese kommen jetzt wieder mit komplexeren Problemlagen zurück.

Flück: Bis dahin gab es keine Schadensminderung als Therapieform. Dies heisst jedoch nicht, dass damals Veränderungsprozesse ohne Substitution nicht möglich waren. Die Substitutionsbehandlung ermöglichte jedoch den Menschen, ein gesünderes Leben zu führen. Sie verhalf zu mehr Stabilität und viele Betroffene waren weiterhin im Arbeitsmarkt integriert. In der Klinik Südhang behandeln wir nicht selten Per-

sonen, bei denen es erst Jahre später zu einer Suchtverlagerung gekommen ist. Die Betroffenen sind heroinabstinent, konsumieren nun aber beispielsweise Alkohol oder «Benzos» und machen einen Teilentzug.

Knocks: Was machen eure Klientinnen bzw. Klienten zu eurem Klientel? Es ist ja nicht nur die Substanz an sich, die dazu führt, dass eine Person in diese Ausgrenzung kommt. Was sind letztendlich zentrale gesellschaftliche Faktoren, die die Klientinnen und Klienten zu euch bringen?

Graber: Im Moment zeichnet sich unser Klientel dadurch aus, dass die Altersspanne bis zu 30 Jahren beträgt. Nach wie vor gibt es ältere Menschen, die nach jahrzehntelanger Suchtmittelabhängigkeit und z. T. auch ärztlich verschriebener Substitution, nochmals den Ausstieg versuchen wollen. Auffallend ist daneben eher ein jüngeres Klientel, das oft dem gesellschaftlich etablierten Anpassungs- und Leistungsdruck nicht mehr Stand halten kann und ein abweichendes Verhalten in Form

von Verweigerung, Angststörungen, Aggression, Selbstverletzung, Delinquenz, psychische Dekompensation oder eben Suchtmittelkonsum aufweist. Es gibt verschiedene Möglichkeiten gegen ein System zu rebellieren, bei dem man das Gefühl hat, nicht dazugehören oder nicht dazugehören zu wollen. Wir nehmen wahr, dass es junge Menschen gibt, die den Schritt von der 9. Klasse ins Berufsleben nicht schaffen. Sie verlieren nach einem 10. Schuljahr und einem allfälligen Brückenangebot mehrere Jahre mit «herumhängen». Sie kommen ohne Berufsausbildung, schlechter schulischer Grundlage und einem eingeschränkten Selbstverständnis zu Terra Vecchia. Der frühe Suchtmittelkonsum hinterlässt Spuren – wichtige Entwicklungsschritte während dem Jugendalter konnten nicht erfolgen und wirkten sich negativ auf die Identitätsbildung aus. Wir unterstützen sie darin, diese Entwicklungsschritte nachzuholen und frühkindliche Verletzungen und Traumata aufzuarbeiten – immer in enger Zusammenarbeit mit externen Fachpersonen.

Flück: Man muss unterscheiden zwischen dem, was eine Abhängigkeitsentwicklung bedingt und was die Menschen motiviert, etwas zu verändern. Bei uns sind die Personen, weil der Leidensdruck relativ hoch ist. Aus diesem Grund möchten die Betroffenen eine Veränderung bezüglich des aktuell vorherrschenden Konsumverhaltens herbeiführen. Zuerst sind es i. d. R. extrinsische Motivatoren, die dazu führen sich zu verändern bzw. einen Entzug zu machen; also das soziale Umfeld, die Partnerschaft oder Beziehungsabbrüche bzw. die sozialen Folgeschäden, die bei unserer Klientel vorherrschen.

Nun zur Frage, was zur Abhängigkeit geführt hat: Im individuellen Erklärungsmodell kann der Suchtmittelkonsum häufig als dysfunktionaler Umgang mit innerpsychischen Inkonsistenzen identifiziert werden. Das können beispielsweise Traumatisierungen oder auch negative Beziehungserfahrungen sein, weil das Elternhaus zerrüttet war. Die ursprüngliche Funktion des Suchtmittels stellt bei der Therapie einen zentraleren Ansatzpunkt dar – ob jemand in Folge seiner Depression zur Substanz greift oder aufgrund sozialer Ängstlichkeit konsumierte, bedingt den Aufbau unterschiedlicher Fähigkeiten. Die Abstinenz vom Suchtmittel kann in der Therapie dann dazu beitragen, dass Betroffene überhaupt erst in der Lage sind, ihre Probleme bewusst wahrzunehmen. Dieses Bewusstsein hatten sie zum Teil in den letzten 10 Jahren nicht mehr.

Komorbiditäten, Medizinalisierung und Tarpsy

Pfeifer: In den letzten 10 Jahren sind häufig gerade aus den medizin- oder psychologiefernen Fächern die Frage nach den Komorbiditäten oder Individualdiagnosen aufgetaucht, speziell auch aus der Sozialen Arbeit. Wie gehen wir damit um, wenn jemand nicht nur ein Suchtproblem hat, sondern schizophren oder depressiv ist? Die komplexen Phänomene und dessen Behandlung nehmen in der Forschung zunehmend Raum ein. Beispielsweise die Fragestellung, ob zuerst die Suchterkrankung und dann die Komorbidität oder ob beides gleichzeitig behandelt werden soll. Das sind so The-

men, die immer wieder auftauchen und die wichtig sind.

Graber: Du sprichst etwas Wesentliches an. Zu meinen Anfangszeiten bei Terra Vecchia hatten die 18 Klientinnen und Klienten beim Eintritt kaum Medikamente. Wir hatten einen kleinen Tresor und dort hatten alle ärztlich verschriebenen Medikamente Platz. Heute sind in allen Betrieben der Sozialtherapie Medikamentschränke vorhanden. Die Klientinnen und Klienten treten heute mit einer beachtlichen Liste an verordneten Medikamenten bei uns ein. Die Auswirkung ist gut sichtbar. Unsere Teams wurden mit medizinischem Fachpersonal verstärkt. Ebenfalls nehmen wir wahr, dass Klientinnen und Klienten instabiler in unsere Angebote eintreten, als dies vor ein paar Jahren der Fall war. Inwiefern dies mit der neuen Tarifstruktur Tarpsy zu tun hat, ist schwer zu sagen. Jedenfalls sehen wir uns damit konfrontiert, dass unserer übergeordneten Zielsetzung «soziale und berufliche Integration» eine weitere Zielsetzung vorangestellt werden muss: die der psychischen Stabilisierung. Dies stellt uns vor neue Herausforderungen, denn diese Personen können wir nicht von Beginn weg in unsere Produktionsstätten integrieren, die im Markt positioniert sind. Also bauen wir unsere arbeitsagogischen Werkstätten aus und fördern diese Zielgruppe gezielt mit Arbeitstraining – ganz ihren Möglichkeiten entsprechend. Die Dauer der Sozialtherapie kann sich dadurch verlängern, darüber müssen sich die zuweisenden Stellen bewusst sein.

Ich wollte dich, Philipp, noch fragen, ob du eine Erklärung hast bezüglich der Zunahme von Doppeldiagnosen.

Pfeifer: Es ist auch ein gesellschaftliches Problem. Beispiele für die Verbreitung in der Bevölkerung sind der Nachweis von Antidepressiva oder «Benzos» im Trinkwasser oder auch der Anstieg der Verschreibungszahlen in der Allgemeinbevölkerung. Antidepressiva sind seit den 1990er-Jahren als Standardmedikamente in der Bevölkerung weit verbreitet. Dies betrifft die Suchtpatientinnen und Suchtpatienten genauso, wie alle anderen. Andererseits sind die Doppeldiagnosen in den letzten 15 Jahren sowohl in der Forschung als auch in

der Behandlung in den Fokus gerückt.

Graber: Das heisst, dass unser Klientel früher auch davon betroffen war. Die Doppeldiagnosen standen jedoch weniger im Fokus?

Flück: Und wurden weniger festgestellt. Sie wurden viel schneller als «Süchtige» abgestempelt, was auch mit der gesellschaftlichen Stigmatisierung zusammenhängt. Auch früher ist niemand am Morgen aufgewacht und hat sich bewusst entschieden, abhängig zu werden. Sucht war stets das Resultat einer längeren Entwicklung und fehlenden gesunden Bewältigungsstrategien. Gerade affektive Erkrankungen waren unterdiagnostiziert. Das Zusammenspiel zwischen Depressionen und Sucht beeinflusst nachhaltig eine Vielzahl an neurophysiologischen Prozessen. Ich glaube, dass Begleiterkrankungen bereits da waren, jedoch unterdiagnostiziert und -behandelt wurden. Zusätzlich steigt der gesellschaftliche Druck und dies macht etwas mit uns Menschen.

Graber: Ein weiteres Phänomen ist, dass junge Menschen bei uns sind, die eine Diagnose haben, jedoch von Medikamenten nichts mehr wissen wollen. Oft hören wir «wir wollen wieder uns selber sein». Dort fragen wir uns manchmal, ob durch die zunehmende Medikamentalisierung das Pendel quasi auf die andere Seite ausschlägt. Alle müssen möglichst schnell abgeklärt werden, um das passende Medikament zu finden. Wie erlebt ihr dies?

Pfeifer: Ich sehe es auch eher kritisch. Im stationären Setting kommen die Patientinnen und Patienten bereits pharmakologisch mediziert zu uns.

Interdisziplinarität & interinstitutionelle Zusammenarbeit – es geht nur miteinander

Bärtschi: Gabriela hat zuvor erwähnt, dass Terra Vecchia aufgrund der Zunahme von Medikamenten beim Klientel das Angebot sowie das Betreuungssetting für die stationäre Sozialtherapie anpassen mussten. Verändert sich das Betreuungssetting auch im klinischen Kontext? Wird es hier auch interdisziplinärer?

Pfeifer: Im Vergleich zur somatischen Medizin ist die Interdisziplinarität eigentlich gut verankert. Ich hatte bisher

in allen Kliniken, in denen ich gearbeitet hatte, interdisziplinäre Teams. Psychologinnen und Psychologen übernehmen immer mehr die Funktion von Ärztinnen und Ärzten in den Kliniken und die Soziale Arbeit ist auch fest verankert.

Flück: Es geht nur miteinander. Der Fachkräftemangel spielt da eine wichtige Rolle. Man muss mit den vorhandenen spezialisierten Ressourcen arbeiten und diese gezielt in der Behandlung einsetzen. Die Interdisziplinarität wird in Zukunft noch ein stärkeres Gewicht erhalten. Sozialarbeitende beispielsweise bringen in einigen Bereichen viel mehr Wissen mit und wie du, Philipp, sagst, mit dem Eintritt beginnt bereits die Austrittsplanung. Ein Entzug ohne Anschlusslösung bringt nichts und dort beginnt die gesamte interinstitutionelle Zusammenarbeit. Nicht nur die Interdisziplinarität im Einzelfall, sondern die interinstitutionelle Zusammenarbeit wird immer wichtiger.

Graber: Für Terra Vecchia war die Kooperation mit der Klinik Südhang ein Quantensprung. Vor ungefähr 10 Jahren haben wir festgestellt, dass wir zunehmend Menschen begleiten, bei denen neben der Sucht eine psychiatrische Diagnose im Vordergrund steht. Für uns war es damals zentral, externe Fachkompetenz einzubinden. Ein grosser Teil der Klientinnen und Klienten rund um Bern gehen heute für ein Eintrittsgespräch in das Ambulatorium der Klinik Südhang. Im Eintrittsgespräch wird die aktuelle Medikation angeschaut und eine Empfehlung für die weitere Therapieplanung gegeben. In der Regel übernehmen sie dann die psychotherapeutische Begleitung. Die Vernetzung mit externen Fachleuten zur Ergänzung unserer Kernkompetenz «Sozialtherapie» ist heute unabdingbar.

Flück: Bezüglich der Medikamentalisierung möchte ich kurz ergänzen, dass auch die Entzugsbehandlungen sich verändert haben und sich stärker an den Symptomen orientieren, was im Südhang zu einer signifikanten Reduktion von abgegebenen Benzodiazepinen führte. Ich beobachte eher, dass nicht der stationäre Suchttherapiebereich dazu führt, sondern dass die Menschen bereits breit mediziert eintreten. Und dann fällt die

Wirkung der Substanz weg und wir müssen schauen, woher kommt beispielsweise die Depression, war sie substanzbezogen oder diente das Suchtmittel als Selbstmedikation und muss nun durch eine medikamentöse Therapie ersetzt werden. Häufig fehlt stationär die Zeit dazu. Deshalb braucht es andere Settings, wo dies rückverfolgt werden kann. Wir sind nur eine Zwischenstelle im Veränderungsprozess eines Menschen, aber auch in der gesamten Suchtbehandlung.

Pfeifer: Kurz noch zum Abschluss, interprofessionelle Zusammenarbeit ist etabliert und wird in Zukunft noch zunehmen. Die interinstitutionelle Vernetzung erlebe ich schon so, dass es hier in Bern sehr gut funktioniert und dass es immer mehr zusammenwächst.

Krebs: Vorhin wurde Tarpsy angesprochen. Welchen Einfluss hat die Einführung des neuen Tarfsystems auf die Behandlung? Müssen Personen früher weitergeschickt und damit auch früher auf Medikamente eingestellt werden?

Pfeifer: In den allgemeinspsychiatrischen Kliniken merken wir bezüglich Tarpsy keinen grossen Unterschied. Diese sind nicht nur auf Sucht spezialisiert und für das PZM und die UPD wirkte sich dies noch nicht so aus, dass die Patientinnen und Patienten früher entlassen werden müssten.

Graber: Wir haben in der letzten Zeit schon einige Zuweisungen von Kliniken erhalten, bei denen wir an unsere Grenzen kamen. Wir kommen an Grenzen, wenn z. B. die psychische Instabilität der betroffenen Person die Klientengruppe oder Gastfamilie zu sehr belastet und auch keine Entwicklungsschritte mehr möglich sind. In solchen Momenten ist es zielführend, eine kurzfristige Entlastung für das gesamte System zu ermöglichen. Zum Beispiel mit einem Stabilisierungsaufenthalt in einer Klinik. Mein Wunsch daher an die Kliniken: Eine enge und gezielte Zusammenarbeit beider Disziplinen ist nötig, damit wir auch diesen Menschen eine Chance geben können.

Flück: Wir haben viele Auswertungen bezüglich Tarpsy gemacht. Bei uns hat Tarpsy auf die Dauer der Therapie keinen Einfluss gehabt. Unser Therapie-

angebot steht seit sieben Jahren mit maximal drei Monaten. Bei uns war der Anreiz nie möglichst lange stationäre Aufenthalte zu haben. Ein Anreizsystem schafft immer Veränderungen in den Angeboten. Hier stellen sich die Herausforderungen an uns Institutionen, auch hinsichtlich der Durchlässigkeit. Potenzial ist noch viel vorhanden. Auch innerhalb der Institutionen ist die Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Abteilungen manchmal bereits erschwert.

Graber: Du beschreibst für mich einen zirkulären Ablauf einer Therapie, was zwischen den Kliniken, aber auch zwischen ambulanter und stationärer Sozialtherapie möglich ist. Die Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Suchtinstitutionen ist marginal. Wir haben praktisch keine Zuweisungen von ambulanten Beratungsstellen. Auch wir weisen unsere Klientel nur für bestimmte Angebote an sie weiter. Ich habe mir vor Jahren einmal ein Angebot in Deutschland angeschaut, das die zirkuläre Methode praktiziert. Die Behandlung beginnt in der Regel ambulant. In anhaltenden Krisen, die im ambulanten Setting nicht stabilisiert werden können, kommt es zu einer Überweisung in das stationäre Setting. Dieses Modell hat mich nachhaltig beeindruckt.

Individualisierte Therapieformen als zukünftige Angebotsgestaltung?

Bärtschi: Klientinnen und Klienten in komplexen bzw. sehr schwierigen Situationen scheitern z. T. in verschiedensten stationären Settings. Das Finden eines geeigneten Angebots bzw. Obdachs für Betroffene gestaltet sich dann äusserst schwierig. Müsste hier nicht vermehrt ein ambulantes Setting erprobt werden, beispielsweise in einer eigenen Wohneinheit, die kontinuierlich begleitet wird? Braucht es in Zukunft mehr individualisierte Therapieformen?

Pfeifer: Dies ist sehr individuell und deshalb eine Herausforderung. In einem stationären Rahmen muss beurteilt werden, ob die betroffene Person wirklich drei bis sechs Monate dort bleiben muss oder ob sie/er nicht besser ambulant weiterbehandelt werden soll, weil es stationär keinen Sinn macht (aus unterschiedlichen Gründen). Hier sind wir wieder beim Schnittstellenproblem.



Letztendlich ist die Durchlässigkeit wichtig und unterstützt den Behandlungserfolg.

Im stationären Rahmen legen wir den Fokus zumeist auf eingegrenzte Problematiken und akute Fragestellungen. Es ist immer wichtig, auch das poststationäre Setting in der stationären Behandlung zu berücksichtigen. Wenn jemand beispielsweise ein Opiat-Entzug machen möchte, gehört ein stabiles Umfeld sowie eine Tagesstruktur ausserhalb der Klinik dazu, damit ein langfristiger Erfolg möglich wird.

Graber: Das unterstütze ich. Für Personen, die in einem stationären Rahmen nicht gehalten werden können, muss nach neuen Lösungen gesucht werden. Gerade bei sehr auffälligen Jugendlichen, die in einer Gruppe oder in einer Gastfamilie nicht gehalten werden können, wird dieses Modell bereits praktiziert, z.B. mit einem Wohncoaching und ergänzenden Angeboten wie Tagesstruktur und externe Psychotherapie. Das Suchthilfeangebot im Kanton Bern ist

vielfältig. Es gilt das richtige Setting zu finden, damit vulnerable Menschen Entwicklungsschritte Richtung Autonomie machen können. Aus diesem Grund ist eine gute Zusammenarbeit unabdingbar.

Flück: Die Idee ist, dass die Menschen in der Behandlung Kompetenzen und Fähigkeiten entwickeln können, damit sie selbständig, also unabhängig werden, und somit ist das ambulante Setting sowieso das Ziel. Wir bewegen uns immer im Spagat zwischen Fürsorge und Autonomie in der Behandlung der Menschen. Wie viel Autonomie kann ich zusichern? Wenn jemand suizidal ist, dann braucht die Person Fürsorge. Für Erfahrungen der Selbstwirksamkeit ist dann wiederum Autonomie gefragt. Wenn möglich, dann immer ambulant, auch wenn die ambulante Abgeltung leider nicht kostendeckend ist.

Pfeifer: Vielleicht brauchen wir ein spezielles Schnittstellenmanagement. Die Erfahrung zeigt, dass die Übergänge immer die schwierigsten Phasen sind. Man weiss ja auch, dass unter Umstän-

den der Übergang schwieriger werden kann, wenn jemand lange stationär war.

Graber: Ich denke, dass es Aufgabe der Institutionen ist, sich weiterzuentwickeln. Wir haben beispielsweise aufgrund der Häufigkeit von jungen Menschen in der Sozialtherapie auch unsere Angebote weiterentwickelt. Heute kann man bei Terra Vecchia bei stabilem Verlauf und vorhandener Motivation bereits während der stationären Suchttherapie eine Lehre beginnen. Wir sind überzeugt, dass dies ein Stück Normalität bringt und Halt gibt.

Krebs: Es ist spannend, nun wieder einen Bogen zu schlagen. Gabriela hat gesagt, dass früher in Gemeinschaften gearbeitet wurde und Gemeinschaft scheint zuerst einmal das Gegenteil zu einer individualisierten Suchthilfe zu sein. Ist das Setting «Gemeinschaft» Vergangenheit?

Graber: Dagegen wehre ich mich vehement. Beziehung, und ich meine nicht nur die individuelle Beziehung, sondern Zugehörigkeit erachte ich als zentral. In



der Stiftung Terra Vecchia bzw. in deren Angeboten leben wir Gemeinschaft in einer anderen Form als früher. Aber sie hat nach wie vor einen zentralen Stellenwert.

Pfeifer: Aus meiner Sicht widerspricht sich dies nicht, weil das Individuelle kann ja sein, dass jemand von der Gruppentherapie profitiert. Jemand, der auf der interpersonellen Ebene grosse Probleme hat, profitiert beispielsweise von einer Gruppentherapie besonders gut. Und andere sagen wiederum, ich kann mit einer Gruppe nichts anfangen, ich möchte auch keine Psychotherapie. Da stehen dann andere Bereiche im Fokus.

Flück: Bindung ist ein Grundbedürfnis des Menschen. Dies verändert sich auch in der individualisierten Behandlung nicht. Die Frage ist, wie wird ein Bindungsbedürfnis in einer therapeutischen Gemeinschaft befriedigt. Wenn jemand eigenständig leben soll, braucht sie/er wiederum sein persönliches soziales Beziehungsnetz. Es wird immer eine individuelle Frage sein, zu welchem

Zeitpunkt welches Therapiesetting die besten Voraussetzungen für die nötigen Veränderungsschritte in die Unabhängigkeit bietet.

Suchthilfe in der Zukunft, aber sicher!

Knocks: Mich würde gegen Ende dieses Fachgesprächs der Blick in die Zukunft interessieren. Braucht es die Suchthilfe noch? Möchtet ihr überhaupt in der Zukunft noch das Label der «Suchthilfe» haben? Auf der einen Seite kam im Gespräch immer wieder die Stigmatisierung zum Ausdruck, die Menschen erleben können, die Angebote der Suchthilfe in Anspruch nehmen. Auf der anderen Seite scheint dies gerade auch ein gemeinsames Dach zu sein, das euch ein Zusammengehörigkeitsgefühl gibt. Ihr habt eine Klientel mit bestimmten Bedürfnissen vor Augen und das scheint euch auch zu stärken.

Flück: Wir haben einen Versorgungsauftrag und deshalb spezialisierte Angebote für Sucht, ja sicher! Wenn wir es aus der Versorgungsoptik anschauen,

dann braucht es uns alle, aber nachhaltige Verhaltensänderungen passieren nicht ausschliesslich im stationären Setting, sondern über Monate bzw. Jahre hinweg, wie sich auch eine Abhängigkeit entwickelt. Für jeden Menschen sollte es in der Zukunft eine Beurteilung geben, was er wirklich braucht. Einen individualisierten Behandlungsplan über die Institutionen hinweg für jede substanzabhängige Person im Kanton Bern mit dem gemeinsamen Ziel der Unabhängigkeit der Betroffenen, das wäre meine Vision.

Pfeifer: Aus Sicht des Mediziners kann ich sagen, dass es die Suchthilfe auf jeden Fall braucht. Auch im internistischen oder anderen medizinischen Fachgebieten spielen Suchthematiken häufig eine wichtige Rolle. In der historischen Entwicklung ist das Thema Sucht am Ende in der Medizin in das psychiatrische Fachgebiet integriert worden. Wenn man sich daher als Psychiater mit Sucht beschäftigt, wie ich jetzt, lernt man die Kontakte mit sozialtherapeutischen Angeboten und Selbsthilfegruppen als

hilfreich für die Patienten zu schätzen. Diese Interdisziplinarität und weite Verbreitung des Themas Sucht in die Gesellschaft und Politik ist wahrscheinlich internistisch tätigen Kollegen und Kolleginnen oder Allgemeinmedizinerinnen und -medizinerinnen häufig nicht so bewusst. Da bin ich wieder bei den Schnittstellen: Im Alltag frage ich die meisten Patientinnen und Patienten während der Behandlung, wie wollen sie danach weitermachen? Wollen sie in den Südhang, wollen sie in die Berner Gesundheit?

Knocks: Habt ihr noch weitere Themen, die wichtig sind in Bezug auf unser Thema «die Klientel der Zukunft», die bis jetzt noch nicht angesprochen wurden?

Pfeifer: Bei der ganzen Flüchtlingsproblematik hört man noch wenig, die haben wir im Traumabereich bzw. in der transkulturellen Psychiatrie. Wir sehen hier viele neue Phänomene. Flüchtlinge kommen aus Gesellschaften, wo beispielsweise mit Alkohol kein so permissiver Umgang herrscht, wie hier. Die kommen überhaupt nicht klar damit. Sie trinken Wodka, werden gewalttätig, landen dann in der Klinik und werden am nächsten Tag wieder entlassen. Sie sprechen keine Landessprache. Schon länger taucht auch das Thema Alterspsychiatrie auf. Es ist ein wenig zu bedauern, dass

sich in der Schweiz die Alterspsychiatrie zu einem eigenen Fachgebiet entwickelt hat und etwas abgespalten ist. Sie haben da kaum Suchtexpertinnen und Suchtexperten. Was uns auch sicher beschäftigen wird, sind die Konsequenzen der ganzen Covid-19-Problematik für die Suchttherapie, das ist bisher noch nicht abzusehen.

Flück: Abhängigkeitserkrankungen hinken immer noch zwei, drei Schritte hinter der Akzeptanz einer Depression her. Dies erleben wir und auch unser Klientel. Die Stigmatisierung ist ein grosses Thema, das uns auch weiterhin herausfordern wird. Für eine erfolgreiche Behandlung sind das Stolpersteine.

Pfeifer: Die IV-Anerkennung ist ebenfalls positiv zu bewerten. Das ist ein Schritt weiter in die Entstigmatisierung von Abhängigkeitserkrankungen, weil es den anderen Erkrankungen gleichgestellt wird.

Knocks: Da wird man jedoch noch sehen müssen, wie sich dies in der Realität auswirkt.

Graber: Wir haben einen Versorgungsauftrag. Die Suchthilfe muss unbedingt im heutigen Rahmen bestehen bleiben. In meinen Augen darf der Suchtbegriff nicht eingegrenzt werden. Substanzmittelabhängigkeit und Verhal-

tenssucht liegen heute eng beieinander. Ebenfalls besteht die Möglichkeit, dass COVID-19 sich auf die gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung auswirken wird. Es wird nicht einfacher werden für Menschen, die sich eher am Rande der Gesellschaft bewegen.

Es gilt also, die betroffenen Menschen möglichst gut zu unterstützen. Wir sind sehr froh, dass auch Sozialversicherungen mit uns am gleichen Strick ziehen – gerade in Krisen, die es ja immer wieder gibt. Berufliche Massnahmen werden z. B. heute nicht einfach abgebrochen, wenn die Klientin oder Klient etwas wackelig unterwegs ist.

Flück: Ein Thema noch, Frühinterventionen. Das Wichtigste ist ja, dass die Menschen möglichst nicht aus ihrem funktionierenden Alltag herausgerissen werden, sondern dass man früh intervenieren kann und keine Folgeschäden entstehen. Ich finde, dort braucht es auch eine Sensibilisierung bei Arbeitgebenden. Berufliche und soziale Wiedereingliederung sind zentral, damit Menschen in einem ambulanten Setting wieder eigenverantwortlich leben können. Dort haben wir noch viel Potenzial in der Zukunft.
