

JUBILÄUMSZEITUNG

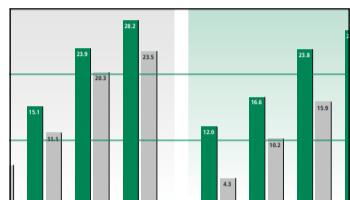
BURGDORF, JUNI 2010



Stiftung Klinik Selhofen rückt Klientel ins Zentrum

Stellungnahme des Stiftungsrats zur neuen Suchthilfestrategie des Kantons Bern.

Seite 11



Zahlen & Fakten

Daten, Trends und Prognosen in den Bereichen Sucht und Psychiatrie.

Seite 18



Der Sieger ist klein, schlau und flexibel

Wie lebt es sich im Spannungsfeld zwischen Staat, Gesellschaft und Markt? Wichtiger Bestandteil für die strategische Ausrichtung sind Informationsrecherchen und Umfeldanalysen – auch für Institutionen im Suchtbereich.

Seite 2

Von Säulen, Würfeln und neuen Leitsätzen

Die bisherige Suchtpolitik ist deutlich politisch bestimmt. Die Massnahmen orientieren sich an der öffentlichen Problemwahrnehmung und nicht am fachlichen Handlungsbedarf. Eine neue Suchtpolitik für die Schweiz?

Seite 6



Erosion in stationärer Suchthilfelandchaft

Seit 1999 wurden gesamtschweizerisch mehr als 500 stationäre Therapieplätze abgebaut.

Seite 14

Nahstellen bilden, Grenzen sprengen

Case Management in der Suchthilfe. Was in anderen Kantonen bereits umgesetzt wird, gewinnt auch im Kanton Bern mit einem Pilotprojekt in der Stadt Bern an Gestalt.

Seite 16

Experte Dr. Moggi

Die Doppeldiagnosebehandlung integriert Suchttherapie und Psychiatrie. PD Dr. Franz Moggi begleitet das Pilotprojekt D+ der Klinik Selhofen und gibt Auskunft zu den wichtigsten Erfolgsfaktoren.

Seite 23

15 JAHRE KLINIK SELHOFEN

«Suchtkuchen» zum Geburtstag – sorgfältig aufgeschnitten und bekömmlich serviert

st. Die Suchtfachklinik Selhofen präsentiert anlässlich ihres 15-jährigen Bestehens eine Jubiläumszeitung mit unterschiedlichen Beiträgen zu spannenden und aktuellen Themen im Suchtbereich.

Das Sorgenbarometer der Gesellschaft bezüglich Drogenproblemen ist gesunken, entsprechend hat das öffentliche Interesse an der Suchtpolitik abgenommen. Nichtsdestotrotz ist es ein hochaktuelles Thema. Im Hintergrund und an der Basis sind viele interessante, wichtige und zukunftsträchtige Entwicklungen im Gange. Das Engagement ist auf verschiedenen Ebenen gross, den Schaden von Suchtmittelkonsum zu reduzieren. Auch wenn der öffentliche Raum



nicht mehr unmittelbar gestört wird, ist die Problemlast durch Süchte in unserer Gesellschaft gross. Die intensive Auseinandersetzung mit aktuellen Themen im Suchtbereich öffnet verschiedene Perspektiven. Degustieren Sie auf Seite 3 die hier präsentierten Inhalte des «Suchtkuchens» und lassen Sie sich in die Spezialitäten der Jubiläumszeitung einführen.

Seite 3

HERAUSFORDERUNG SUCHT

Legal oder illegal: egal

st. Der Gegenstand der Suchtpolitik ist künftig breiter zu fassen. In mehrjähriger Arbeit hat die Steuergruppe der drei Eidgenössischen Kommissionen für Alkohol- und Drogenfragen und für Tabakprävention ein neues nationales Leitbild der Suchtpolitik erarbeitet, welches am 1. Juni 2010 veröffentlicht wurde.

Das neue suchtpolitische Leitbild «Herausforderung Sucht» orientiert sich am Public-Health-Ansatz, um ein neues integriertes Verständnis der Suchtpolitik zu verankern. Das gesundheitspolitische Ziel ist, die Problemlast zu senken oder niedrig zu halten. Aus gesundheitspolitischen Überlegungen wird eine inhaltliche Erweiterung und struk-

turelle Veränderung befürwortet. Über die Jahre wurde deutlich, dass die meisten gesundheitlichen und sozialen Folgen des Suchtmittelkonsums nicht auf die Abhängigkeit als solches, sondern auf den problembehafteten Konsum zurückgehen. Weiter richtet sich der Schaden des Suchtmittelkonsums nicht danach, ob eine psychoakti-

ve Substanz legal oder illegal ist. Eine kohärente, zukunftsträchtige Suchtpolitik bezieht zudem auch substanzgebundene Süchte (Verhaltenssüchte) mit ein. Mehr als Abhängigkeit. Mehr als Legalstatus. Mehr als Substanzen.

Seite 7/8

NATIONAL

«Ich denke, die Zeit der ganz grossen suchtpolitischen Würfe ist vorbei. Im Moment arbeiten wir wieder verstärkt auf einer konzeptuellen Ebene.»

Markus Jann, Bundesamt für Gesundheit BAG, im Interview zum neuen suchtpolitischen Leitbild.

Seite 9

KANTONAL

«Die Suchthilfestrategie soll im Sinne eines Versorgungskonzeptes den Akzent bei der Steuerung setzen.»

Sabine Schäppi, Gesundheits- und Fürsorgedirektion GEF Kanton Bern, zur neuen kantonalen Suchthilfestrategie.

Seite 10

Was ist Sucht?

Ansichtssache? Statements aus verschiedenen Perspektiven.

Seite 12



INHALT

In dieser Zeitung	3
Portrait der Klinik Selhofen	4
Suchtpolitik Schweiz	6
Suchtpolitik Kanton Bern	10
Phänomen Sucht	12
Suchthilfe	14
Case Management	16
Zahlen & Fakten	18
Psychiatrie	20
Sucht und Psychiatrie	21
Doppeldiagnosebehandlung	22

INFORMATIONEN ALS STRATEGIEGRUNDLAGE

«Der Sieger ist klein, schlau und flexibel» sagte Zukunftsforscher Naisbitt

st. Ein 15. Geburtstag ist Grund zum Feiern und Anlass zum Innehalten. Bereits vor fünf Jahren hat die Klinik Selhofen im Sinne einer Standortbestimmung einen Bericht publiziert: «Die Klinik Selhofen öffnet drei Fenster – Rückblick und Ausschau auf Entwicklungen in der Suchthilfe und Suchtpolitik in 3 Fenstern». Mit der vorliegenden Zeitung öffnen wir ein neues Fenster und veröffentlichen einen weiteren Ausschnitt unserer Auseinandersetzung mit aktuellen Themen und Entwicklungen. Es versteht sich von selbst, dass diese fortlaufende Hintergrundarbeit der Informationssammlung und -verarbeitung weitere Bedeutung hat als «nur» die Veröffentlichung einer Jubiläumszeitung. Sie ist Ausdruck unserer Überlegungen für die strategische Angebotsentwicklung.

Im Betriebsalltag sind wir anhaltend mit der Herausforderung konfrontiert, Ist-Zustände und Entwicklungen des eigenen Betriebs sowie der Umfeldbereiche im Auge zu behalten, zu analysieren und wichtige Themen zu recherchieren. Die Informationsbeschaffung stellt dabei eine wichtige Grundlage dar, um Entscheide zu fällen und Strategien zu planen.

Neben dem Einsatz für das operative Kerngeschäft der Klinik sehen wir das Engagement für strategische Vorausschau und Anpassungskraft als unverzichtbare Aufgabe des Managements. Natürlich sind dies aufwändige und anspruchsvolle Aufgaben, weil man sich im Spannungsfeld zwischen staatlichen Vorgaben, gesellschaftlichen Bedürfnissen und ständiger Marktentwicklung befindet. Aber gerade deshalb schätzen wir es als wichtig für die längerfristige Existenzsicherung ein. Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen müssen sich dieser Auseinandersetzung und deren Implikationen stellen.

Auch wenn politisch-staatliche und finanzielle Rahmenbedingungen gegeben sind, kann ein Angebot nur dann längerfristig bestehen, wenn es sich den Bedürfnissen der Klientel und der Nachfrage des Markts anpassen kann.

Wohl alle Institutionen des Gesundheitswesens stehen immer mehr vor der Herausforderung, ihre Existenz unter Kostendruck zu sichern. Als Devise könnte gelten: mit gleich viel Geld besser werden oder mit weniger Geld gleich gut bleiben. Um ein gutes Angebot zu halten oder auszubauen, ist eine stabile und innovative Betriebsführung wichtig. Sich unter Kosten- und Anpassungsdruck die nötigen Freiräume für die Gestaltung strategischer Prozesse zu schaffen, ist im Betriebsalltag vielleicht oft eine paradox scheinende Anforderung.

Die Kunst liegt wohl darin, in einer schnelllebigen Zeit ab und zu innezuhalten, um sich zu orientieren und die weiteren Schritte bewusst zu planen. Dies gibt auch Raum, um wichtige Informationen zu verarbeiten. Man sollte wissen, in welchem Gelände man sich unter welchen



Glück: auch bei strategischen Balanceakten stets willkommen.

Bedingungen und Voraussetzungen bewegt. Sich die Fragen stellen: Wo stehen wir, wo wollen wir hin? Was ist möglich, was nicht?

Im Falle der Suchthilfe scheint es wichtig, die Faktoren zu beachten, welche im Spannungsfeld von Staat, Gesellschaft und Markt relevant sind:

Staat

Der Bund legt suchtpolitische Modelle, Leitbilder und nationale Strategien fest, welche in Massnahmenpaketen konkretisiert werden. Die Suchtpolitik steht im Zusammenhang mit anderen politischen Bereichen (z.B. Familien- oder Arbeitsmarktpolitik), welche optimalerweise aufeinander abgestimmt werden. Auf Kantonsebene werden im Sinne der nationalen Zielsetzungen kantonale Suchthilfestrategien und Massnahmen ausgearbeitet.

Diese Aufgabe beinhaltet auch die strukturelle und finanzielle Steuerung der Suchthilfe. Sowohl Bund als auch Kantone müssen dabei wichtige Koordinations-, Steuerungs- und Kommunikationsprozesse führen.

Markt

Für die Umsetzung der Suchthilfestrategien sind im Auftrag der Kantone verschiedene Institutionen

auf dem Markt der Suchthilfe verantwortlich (Regelung über Leistungsverträge). Die Institutionen erfüllen ihren Zweck mit Dienstleistungen an Suchtmittelabhängige. Sie sind gefordert, diesen Zweck und die suchtpolitischen Massnahmen wirksam und effizient umzusetzen. Dies geschieht unter den finanziellen und politischen Rahmenbedingungen der Kantone. Weiter unterliegen die Betriebe den üblichen Marktbedingungen von Nonprofit-Organisationen. Gutes Management ist gefragt, um die Zweckerfüllung zu garantieren und die Existenz zu sichern.

Gesellschaft

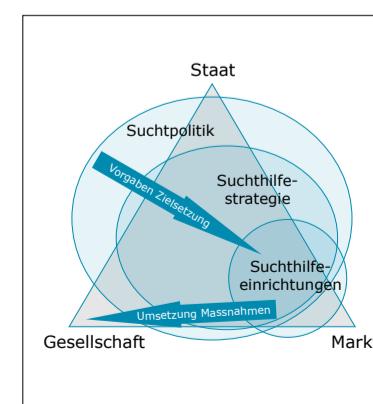
Die Ausrichtung der Angebote muss sich an der Gesellschaft orientieren. Schliesslich muss das betroffene Individuum die Dienstleistung in Anspruch nehmen und davon profitieren können. Im Bereich der Suchthilfe ist es daher entscheidend zu wissen, welche gesellschaftlichen Trends und Entwicklungen sich abzeichnen (v.a. auch bezüglich Suchtmittelkonsums) und mit welchen Auswirkungen auf die politischen Kräfteverhältnisse zu rechnen ist. Aktuelle und sich abzeichnende Bedürfnisse von Suchtmittelkonsumierenden bzw. -abhängigen sind wichtige Indikatoren für die Angebotsentwicklung und für strategische Entscheide.

Als Institution der Suchthilfe sehen wir uns gefordert, in diesem vielfältigen und funktionalen Zusammenspiel aktives Bewusstsein zu bewahren. Es gilt, die eigenen Stärken und Schwächen zu kennen und sich möglichst überzeugend, sicher und innovativ in einem komplexen Umfeld zu positionieren. Zudem bietet dieses Umfeld viele Informationen über Chancen und Gefahren von strategischen Entwicklungsoptionen.

Die Klinik Selhofen ist engagiert, sich aktiv mit den betreffenden Themen auseinanderzusetzen und sich weiterzuentwickeln. Dies geschieht klassischerweise durch Informationsbeschaffung aber auch in stetiger Kommunikation mit den wichtigen Austauschpartnern und Fachkreisen. Dieses Engagement orientiert sich einerseits an unserer Zweckerfüllung als Institution: professionelle Hilfe an Suchtmittelabhängige. Als Einrichtung der kantonalen Suchthilfe geschieht dies andererseits in öffentlichem und politischem Interesse. Wir sind bestrebt, die Massnahmen der Suchthilfestrategien in der Praxis zielorientiert, effektiv und effizient umzusetzen.

Aus diesem Grund präsentiert die Klinik Selhofen eine Auswahl an gesammelten und aufbereiteten Informationen auch der Öffentlichkeit sowie fachlichen und politischen Kreisen. Die Zusammenfassung aktueller Themen wurde ergänzt mit Experteninterviews, Statements, Kommentaren und Standpunkten aus der Praxis.

Auf der nächsten Seite führen wir Sie durch die Inhalte der Zeitung und laden Sie ein, sich in die einzelnen Artikel zu vertiefen.



Funktionales Zusammenspiel von Staat, Gesellschaft und Markt.

IN DIESER ZEITUNG

Rund um das Phänomen Sucht: Suchtpolitik, Suchthilfe, Psychiatrie, Case Management und Doppeldiagnose

st. Es ist viel in Bewegung, das für eine Institution der Suchthilfe von Interesse sein kann. Auf Bundesebene ist das neue suchtpolitische Leitbild kurz vor Abschluss dieser Zeitung veröffentlicht worden. Der Kanton Bern ist aktuell dabei, eine neue Suchthilfestrategie auszuarbeiten. Weiter ist der Versorgungsbereich Psychiatrie in neuer Planung. Eine spannende Zeit – in dieser Zeitung präsentiert durch aufbereitete Informationen und eingeholte Meinungen.

Denken wir an die Zeiten des Platzspitzes, prägen Bilder der Verwahrlosung, des Exzesses, des Drogentodes unsere Erinnerung. Diese Zeiten sind vorüber. Es ist viel passiert in den letzten 20 Jahren. Die Schweizer Suchtpolitik hat sich eindrücklich entwickelt und steht vor der ersten grossen Neuerung der damals gegründeten 4-Säulen-Politik. Lesen Sie mehr zur **Entwicklung der Schweizer Suchtpolitik** auf [Seite 6](#) mit Zahlen und Fakten.

Bereits 2004 wurde der Bedarf an einer neuen Suchtpolitik kommuniziert. Es folgte die Ausarbeitung eines **Würfelmödells**, das das 4-Säulen-Modell ergänzt. Die Eidg. Kommission für Drogenfragen EKDF publizierte in diesem Zusammenhang diverse Empfehlungen im Jahr 2006 ([Seite 7](#)).

Eine Empfehlung der EKDF wurde im Juni 2010 realisiert: das nationale **suchtpolitische Leitbild «Herausforderung Sucht»**. Top aktuell auf [Seite 8](#) lesen Sie die neuen Leitsätze. Ebenfalls gewinnen Sie auf dieser Seite einen Überblick über

die aktuellen Massnahmenpakete des Bundes im Bereich Drogen und Alkohol.

Aus erster Hand im **Interview mit lic. phil. Markus Jann**, Leiter der Sektion Drogen im Bundesamt für Gesundheit (BAG) erfahren Sie auf [Seite 9](#) mehr über den Prozess der Entwicklung des Leitbildes, die Herausforderungen und Highlights.

In Anlehnung an die Leitlinien der nationalen Suchtpolitik hat die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) des Kantons Bern erste Eckpfeiler und Stossrichtungen zur **neuen kantonalen Suchthilfestrategie** bekanntgegeben. Lesen Sie auf [Seite 10](#) mehr zu Inhalten, Ausgangslage, Zielsetzungen und Chronologie des Projekts. Frau **Sabine Schläppi**, Abteilungsleiterin Gesundheitsförderung und Sucht der GEF gibt dazu ihr Statement ab.

Der Stiftungsrat der **Klinik Selhofen** bezieht Stellung zu den erwähnten Stossrichtungen der kantonalen Suchthilfestrategie. Erfahren Sie auf [Seite 11](#), weshalb er

die Stossrichtungen grundsätzlich unterstützt, warum er jedoch keine strenge Planwirtschaft wünscht.

Szenenwechsel

Auf der [Mittelseite 12/13](#) finden Sie einen erweiterten Fokus auf das **Phänomen Sucht**. Aus verschiedenen **Perspektiven** äussern sich Personen ausserhalb des «Suchtkuchens» dazu, was sie unter Sucht verstehen.

Die [Seite 14](#) widmet sich den Einrichtungen der Suchthilfe, speziell den stationären Therapien. Eine wahre **Erosion im stationären Angebot** der Suchthilfelandshaft hat in den letzten 10 Jahren stattgefunden. Erfahren Sie Gründe und zu erwartende Herausforderungen.

Lassen Sie sich auf [Seite 15](#) von der Reichhaltigkeit der **Suchthilfeangebote** des Kantons Bern überraschen – vielleicht entdecken Sie die eine oder andere Ihnen noch unbekannte Institution. Samuel Hunziker und Gabriela Gruber, Geschäftsleitungsmitglieder der Stiftung Terra Vecchia, äussern ihre

Meinung im Namen einer gewichtigen Einrichtung des Berner Suchthilfeangebots.

Wenn man tiefer in die Suchthilfeangebote und die Behandlungsansätze eindringt, kommt man am Begriff **Case Management** nicht vorbei. Die [Seiten 16 und 17](#) führen Sie näher an den Begriff und die Herausforderungen der koordinierten Fallführung heran. Warum macht die Steuerung der Behandlungsverläufe in der Suchthilfe Sinn? Erfahren Sie mehr über das **Pilotprojekt der Stadt Bern** im Auftrag des Kantons und im Sinne der neuen kantonalen Suchthilfestrategie.

Börsenberichte?

Hier gibt es **Zahlen & Fakten**. Informieren Sie sich auf [Seite 18 und 19](#) über Daten, Trends und Prognosen in den Bereichen Sucht und Psychiatrie.

Psychiatrie ist ebenfalls das Stichwort für die folgende Seite. Nicht nur der Versorgungsbereich der Suchthilfe ist im Umbruch, sondern auch die **psychiatrische Versorgungsplanung**. Auf [Seite 20](#) können Sie die wichtigsten Inhalte des europäischen Aktionsplans und der Schweizer Psychiatrieplanung erfahren.

Die [Seite 21](#) befasst sich mit der sensiblen Frage, ob die **Suchthilfe strukturell stärker in die Psychiatrie** integriert werden soll. Erfahren Sie mehr über die Begründung der fachlichen Integration und der strukturellen Kooperation aus Sicht der Praxis.

Auf der Behandlungsebene sind integrative Konzepte von Psychiatrie und Suchthilfe unbestritten. Vor allem das Thema **Doppeldiagnose** ist dafür ein Paradebeispiel. Umso mehr freut sich die Klinik Selhofen über ihre Vorreiterrolle im Rahmen eines **Pilotprojektes** im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) des Kantons Bern und in Zusammenarbeit mit verschiedenen Partnern. Informieren Sie sich auf [Seite 22](#) über die wichtigsten Inhalte des Behandlungskonzeptes und den Hintergrund des integrativen Behandlungsansatzes.

Welches sind die Erfolgsfaktoren in der Behandlung von Menschen mit Doppeldiagnose? Die Antwort von einem national führenden Experten auf dem Gebiet finden Sie auf [Seite 23](#): **Dr. phil. Franz Moggi**, Leiter Klinisch-Psychologischer Dienst der Universitäts- und Poliklinik für Psychiatrie Bern im Interview mit der Klinik Selhofen.

Wir wünschen Ihnen viel Lesevergnügen!

«Es ist eine interessante Zeit in der Entwicklung der Suchtpolitik und der Suchthilfe. Die politischen Diskussionen, welche vor mehr als fünf Jahren aufgegriffen wurden, beginnen langsam ihre Knospen zu bilden. Wohl wird es noch einige Zeit dauern, bis die neuen politischen Massnahmen und Suchthilfestrategien in der Praxis ihre Früchte tragen. Trotzdem ist erstaunlich, dass an der Basis über die letzten Jahre schon viel Bewusstsein für die neuen Entwicklungen etabliert werden konnte, obwohl die strategischen Entscheide noch nicht ausgearbeitet und erst als theoretische Modelle in die Praxis übersetzbaren waren.»

Die Vereinigung des legalen und illegalen Bereichs hat bei uns in der Klinik Selhofen beispielsweise bereits erfolgreich stattgefunden. Es ist erfreulich, wenn die suchtpolitischen Entwicklungen in eine Richtung gehen, die auch von der Basis als sinnvoll erachtet werden.»

Klinik Selhofen



Querschnitt: Der Suchtbereich hat sich über die Jahre entwickelt.

MACHEN SIE SICH EIN BILD VON UNS

Suchtfachklinik Selhofen – professionell, innovativ, wertschätzend

Wer sind wir?

nf. Die Klinik Selhofen ist eine Suchtfachklinik für Frauen und Männer und bietet Platz für 19 Personen. Sie bezweckt Hilfe an suchtmittelabhängige Personen, fördert deren Gesundheit und unterstützt die gesellschaftliche Reintegration.

Die Institution wurde 1995 eröffnet und hat einen Leistungsvertrag mit der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern und einen Tarifvertrag mit der Santésuisse.

Standort

Der Standort der Klinik befindet sich in Burgdorf. Der Klientel stehen Einzelzimmer zur Verfügung. Ein geschützter Raum ist gewährleistet.

Organisation

Trägerschaft der Klinik Selhofen ist die Stiftung Klinik Selhofen. Dem Stiftungsrat obliegt die strategische Führung der Stiftung.

Stiftungsrat

Präsident der Stiftung: Luc Mentha, Gemeindepräsident von Köniz, Grossrat.

Vizepräsidentin: Christine Pfister Hadorn, Oberrichterin im Kanton Bern.

Sekretärin/Kassierin: Regula Müller Flügel, Leiterin Koordinationsstelle Sucht, Direktion für Bildung, Soziales und Sport der Stadt Bern. **Mitglieder:** Dr. med. Herbert Heise, Psychiater, Bern; Andrea Lüthi, Geschäftsleiterin der Berner Konferenz für Sozialhilfe und Vormundschaft, Wynigen.

Geschäftsleitung

Mitglieder der Geschäftsleitung sind Geschäftsführer Heinz Rolli, stv. Geschäftsführerin und Leiterin Beratung/Therapie Regine Gysin, Oberärztin Dr. med. Esther Pauichard und die Leiterin Betreuung Chantal Tinguely.

Bereiche der Klinik

Ärztlicher Dienst: ist zuständig für die medizinische Behandlung der KlientInnen. Es besteht eine Kooperation mit dem Psychiatriezentrum Münsingen PZM.



Entzug

Das Entzugsprogramm während der körperlichen Entgiftung.

Ziel

- Teilentzug oder vollständiger Entzug
- Anpassung der Substitutionsmedikation
- Klärung der Behandlungsziele
- Medikamentöse Einstellung
- Aufbau eines regelmässigen Tagesrhythmus
- Erholung vom Suchtmittelkonsum
- Klärung/Planung der Anschlussbehandlung

Stabilisierung

Das Stabilisierungsprogramm zur körperlichen und psychischen Stabilisierung während eines längeren Aufenthalts.

Ziel

- Persönliche Stabilisierungsziele klären
- Lösungsschritte ausarbeiten und Umsetzung planen
- Strategien zur Rückfallprävention erarbeiten und üben
- Klärung/Planung der Anschlussbehandlung

Indikation/Voraussetzung

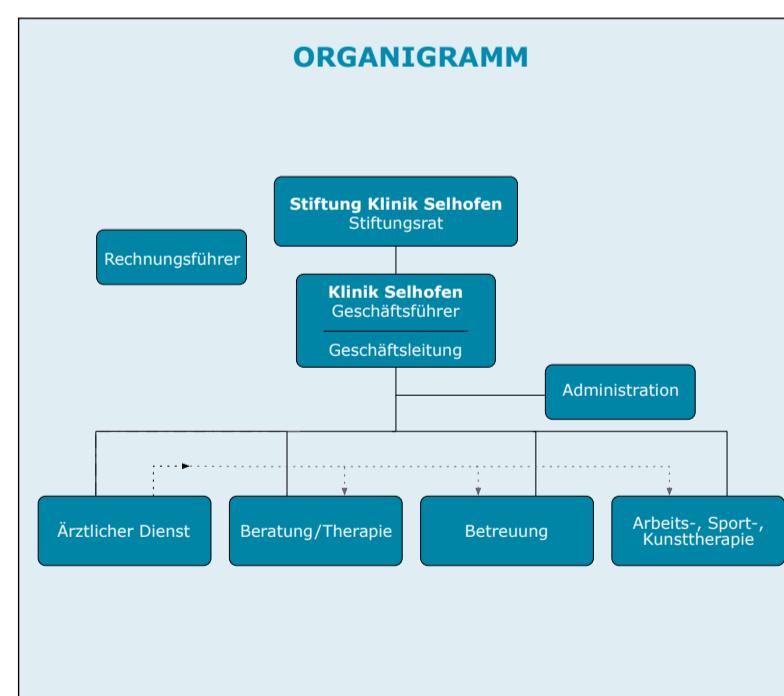
- Abgeschlossene Teilentgiftung (mind. Alkohol- oder Benzodiazepinengiftung)

Betreuung: ist zuständig für die pflegerische und milieutherapeutische Betreuung.

Beratung/Therapie: ist zuständig für die psychosoziale und -therapeutische Betreuung der KlientInnen. Zum Bereich gehören das Fallmanagement, die Psychotherapie und das Intake.

Arbeits-, Sport- und Kunsttherapie: Das Aktivierungs- und Beschäftigungsangebot unterstützt die Klientel darin, ihre Ressourcen zu aktivieren und dient der Erlangung einer realitätsnahen Tagesstruktur.

Administration: umfasst das Betriebssekretariat, die Klientenadministration, den Unterhalt der IT-Umgebung und die hauswirtschaftliche Betriebsführung.



Wir stehen für Qualität

Dazu zählen eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung, eine zielorientierte Triage im Suchthilfesystem, die bewusste Kunden- und Marktorientierung sowie eine effektive und effiziente Umsetzung der Betriebsziele.

Die Klinik Selhofen steht für Professionalität mit einem interdisziplinären Behandlungsteam, Innovation dank kontinuierlicher Weiterentwicklung sowie Wertschätzung mit ressourcen- und lösungsoorientierter Grundhaltung.

Die Klinik Selhofen verfügt seit 2002 über das vom Bundesamt für Gesundheit entwickelte QuaTheDA-Qualitätszertifikat (QuaTheDA bedeutet Qualität Therapie Drogen Alkohol).

CHRONOLOGIE

1988

Eine Bedarfsabklärung der kantonalen Fürsorgedirektion zeigt eine grosse Nachfrage nach mehr Drogenentzugsplätzen im Kanton Bern.

1992

Gründung der Projektgruppe Drogenstation Selhofen zur Umwandlung des Altersheims Selhofen in Kehrsatz in eine Drogenentzugsstation.

1993

Trägerschaft der Klinik Selhofen wird dem Verein Domino zugesprochen.

1993

Nach politischen Verhandlungen stimmt der Grosses Rat der Vorlage für die Drogenentzugs- und Übergangsstation Klinik Selhofen im Dezember zu.

1995

Eröffnung der Klinik Selhofen am 2. August unter der Leitung von Heinz Rolli.



Integration

Das Integrations- programm als Vorbereitung auf eine Lebensführung ohne Suchtmittel.

Ziel

- Neuorientierung/Integrationsziele klären
- Aufbau von Bewältigungsstrategien
- Strategien zur Bewältigung von Krisen- und Risikosituationen erarbeiten und üben
- Integration in ein ambulantes Anschlusssetting oder eine stationäre Kurz- bzw. Langzeittherapie

Indikation/Voraussetzung

- Abgeschlossene Entgiftung
- Keine Medikamente außer Psychopharmaka
- Abstinentzorientierung

Programm D+

Das Programm D+ als Ergänzung zur Sucht- behandlung mit intensiver Psychotherapie bei weiterer psychischer Problematik.

Ziel

- Psychiatrische Abklärung/ Diagnostik
- Behandlung von Doppeldiagnose
- Verständnis über eigenes psychisches Funktionieren fördern
- Klären der pharmakologischen Behandlung
- Stabilisierung bezüglich Sucht, Psyche und sozialer Situation

Indikation/Voraussetzung

- Suchtmittelabhängigkeit und zusätzlich psychische Symptomatik (Bsp. Depression, Angststörung, Persönlichkeitsstörung)

Qualität ist Kompetenz

Die Leistungen werden durch diplomierte Fachpersonen erbracht. Durch regelmässige, systematische Weiterbildung wird das gesamte Personal im Umgang mit der spezifischen Klientel geschult und auf suchtrelevante Themen sensibilisiert.

Direkt an der Behandlung beteiligt sind Ärzte, Pflegefachpersonal, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, Turnlehrer, Arbeits- und Kunsttherapeuten.

Wir sind für Sie da!

Unsere Angebote richten sich an Menschen mit Abhängigkeiten von einer oder mehreren psychoaktiven Substanzen (Alkohol, Opiate, Kokain, Medikamente, Methadon,

TAGESSTRUKTUR							
MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	
Morgenessen, Medikamente, Zimmerordnung							
Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	
Hausdienst Küche Sport Kunst- therapie	Einzeltherapie	Hausdienst Küche	Einzel- therapie	Hausdienst Küche Sport	Einzeltherapie	Hausdienst Küche	Einzel- therapie
		Gruppengespräch/ Psychoedukation					Zimmer putzen
Mittagessen							
Gruppengespräch		Hausdienst Küche		Hausdienst Küche Kunst- therapie		Hausdienst Küche Kunst- therapie Sport	Brunch
Hausdienst Küche	Einzel- therapie		Einzeltherapie		Einzeltherapie	geschlechtsspezifi- sche Gruppe	
						Hausdienst Küche Kunst- therapie Sport	ext. Aktivität Ausgang
Tagesrückblick	Tagesrückblick	Tagesrückblick	Tagesrückblick	Tagesrückblick	Tagesrückblick		Tagesrückblick
Nachessen, Spaziergang							
Ohrakupunktur	Ohrakupunktur	Ohrakupunktur	Ohrakupunktur	Ohrakupunktur	Ohrakupunktur		

Cannabis, Amphetamine, Halluzinogene, Tabak). Das integrative Behandlungskonzept richtet sich auch an Abhängige mit zusätzlicher psychischer Problematik.

Wir unterstützen die Klientel in ihren persönlichen Zielen. Die Behandlungsplanung erfolgt interdisziplinär und versteht sich als Prozess, der im Intake beginnt und sich bis in die Nachsorge fortsetzt. Während dem Klinikaufenthalt werden individuelle Lösungsschritte erarbeitet.

Behandlungssangebot

Das Behandlungskonzept der Klinik Selhofen basiert auf den Schwerpunkten Entzug, Stabilisierung und Integration. Mit einem vielfältigen Beschäftigungs- und Aktivierungsangebot wird die Rehabilitationsfähigkeit gefördert. Behandlungsgrundlage sind lösungsorientierte, systemische und milieutherapeutische Ansätze.

- Individuelle medikamentöse Entgiftung
- Medizinische, pflegerische und milieutherapeutische Betreuung rund um die Uhr
- Komplementäre Methoden (Ohrakupunktur, Tee, Bäder)
- Beschäftigungs- und Aktivierungsangebot
- Tagesstruktur
- Unterstützung bei der Zukunftsplanung, Austrittsvorbereitung, Koordination Anschlussbehandlung durch regelmässiges Gesprächs- und Informationsangebot (psychosoziale Beratungsgespräche, Einzel- und Gruppenpsychotherapie)

Entsprechend den Behandlungsschwerpunkten werden zielgruppenspezifische Therapieprogramme angeboten (siehe Kasten).

Lesen sie mehr zur Doppeldiagnosebehandlung im Rahmen des Programms D+ auf Seite 22/23.

Mehr Informationen finden Sie auf www.klinikselhofen.ch.

2002

Einführung und 1. Zertifizierung des QuaTheDA Qualitätsmanagementsystems, erfolgreiche Rezertifizierungen 2005 und 2008.

2003

Neue Rechtsform der Trägerschaft: Gründung Stiftung Klinik Selhofen, Auflösung Verein Domino.

2003

In der Folge Umbenennung der Drogenentzugs- und Übergangsstation in Suchtfachklinik.

2009

Umzug der Klinik Selhofen nach Burgdorf in das ehemalige Burgerheim.

2010

Start des 3-jährigen Pilotprojekts zur Behandlung von Personen mit Doppeldiagnose im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion.

ENTWICKLUNG SCHWEIZER SUCHTPOLITIK

Von der Repression zur Innovation

st. In den 90er-Jahren wurden offene Drogenszenen mittels polizeilicher, sozialer und medizinischer Massnahmen geschlossen. Heute wird das drogenpolitische 4-Säulen-Modell zum kohärenten suchtpolitischen Würfel verfeinert – zur Umsetzung unter Kostendruck ist professionelle Kreativität und Innovation gefragt. Eine chronologische Aufzeichnung der Entwicklung der Schweizer Suchtpolitik:

Zu Platzspitz' Zeiten ...

setzte die Suchtpolitik primär auf Repression und Abstinenz, wobei es mit der damaligen Strategie nicht gelang, Szenen dieses Ausmasses zu verhindern – Räumungen sind gescheitert, da sie ohne begleitende Massnahmen vollzogen wurden. Dies erzeugte Druck, konstruktiv umzudenken.

4-Säulen-Politik und Massnahmenpakete

In den 90er-Jahren wurde als Antwort von den schweizerischen Grossstädten das sogenannte 4-Säulen-Modell konzipiert, welches später vom Bund als suchtpolitische Gesamtstrategie verankert wurde. Die vier Säulen umfassen die inzwischen etablierten Bereiche Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression.

In der Folge beschloss das Bundesamt für Gesundheit (BAG) mehrere Massnahmenpakete zur Verminde rung von Drogenproblemen (MaPaDro), welche die Aktivitäten in den ersten drei Säulen umfassen.

Brisanz und Erfolg der Heroinabgabe

Sensationsträchtige Berichte und Bilder der Räumung von offenen Drogenszenen wurden bald von vehementen ethisch-moralischen Diskussionen von internationaler Reichweite abgelöst: Thema ärztliche Verschreibung von Heroin. Die heroingestützte Behandlung (He-GeBe) als Massnahme im Bereich Therapie setzte sich jedoch mittels erfolgreicher Versuche durch und wurde im Jahr 1999 gesetzlich verankert. Erst jedoch durch die Revision des Betäubungsmittelgesetzes (Abstimmung vom 30. November 2008) war die überfällige Rechtsgrundlage der seit mehr als 20 Jahren praktizierten Suchtpolitik gegeben. Heute zählt die He-GeBe international zum Standard von Suchtbehandlungen.

Vorrangige politische Zielsetzungen: Schadensminderung

Die in den 90er-Jahren primären suchtpolitischen Ziele waren Reduktion der drogenbedingten Todesfälle, Reduktion der HIV- und Hepatitisinfektionen, Senkung der Beschaffungskriminalität und Verhinderung von offenen Drogenszenen. Der Schwerpunkt auf der Säule der Schadensminderung war somit gegeben: Anlaufstellen, «Fixerstüblis», Spritzentausch usw. Diese niederschwelligen Angebote ermöglichen, dass ein erfreulich

hoher Anteil an Abhängigen Kontakt zu Hilfsangeboten fand.

Ziele erreicht, Bevölkerung beruhigt

Die Schweizer Suchtpolitik war also durch eine konsequente Anwendung der Grundsätze der Schadensminderung in der Heroinproblematik gekennzeichnet. Diese Ziele wurden weitgehend erreicht. Diverse Statistiken bestätigen dies (siehe Zahlen & Fakten rechts). Das Sorgenbarometer der wichtigsten Probleme in der Schweiz hat sich dieser Entwicklung angepasst: In den 90er-Jahren zählten drei Viertel der Bevölkerung Drogen zu den fünf grössten Problemen des Landes, 2007 betrug dieser Anteil nur noch einen Achtel. So wurde es langsam ruhig um die Suchtpolitik, dennoch bleibt es ein hochaktuelles Thema und verlangt nach neuen Wegen. Warum?

Das Sorgenbarometer der wichtigsten Probleme in der Schweiz hat sich dieser Entwicklung angepasst: In den 90er-Jahren zählten drei Viertel der Bevölkerung Drogen zu den fünf grössten Problemen des Landes, 2007 betrug dieser Anteil nur noch einen Achtel.**Fachlicher versus politischer Handlungsbedarf**

Die bisherige Suchtpolitik ist deutlich politisch bestimmt. Die Massnahmen orientieren sich mehr an der öffentlichen Problemwahrnehmung als an der fachlichen Einschätzung des Handlungsbedarfs. Fachlich gesehen besteht bei Alkohol und Tabak ein weitaus gröserer Handlungsbedarf, da die Menge der Betroffenen sehr gross ist und die individuelle, gesellschaftliche und volkswirtschaftliche Problemlast bei Alkohol hoch ist. Entsprechend weist die bisherige Suchtpolitik Inkohärenz auf – die Mittel werden unverhältnismässig zugunsten des illegalen Bereichs eingesetzt.

Erodierende Angebotspalette im stationären Bereich

Gleichzeitig zeigt sich im illegalen Bereich die Problematik der Finanzierung von stationären (abstinenzorientierten) Therapien. Die finanziellen Rahmenbedingungen haben sich von der IV zur öffentli-

chen Sozialhilfe verlagert, während im legalen Bereich auch Rehabilitationsprogramme von den Krankenversicherern finanziert werden. Hier besteht ebenfalls Bedarf zur politischen Korrektur, um in der Säule Therapie weiterhin eine reiche Angebotspalette zur Verfügung zu stellen und individuelle Behandlungen zu ermöglichen.

Lesen Sie mehr zu den Entwicklungen in der Suchthilflandschaft der Schweiz auf Seite 14.

Kein Zurücklehnen

Zu beachten ist auch, dass die erwähnten Verbesserungen, die mit dem Ausbau der Schadensminderung erzielt wurden, nicht unbedingt und nur den konzipierten Politiken und Programmen zuzuschreiben sind. Viele dieser Entwicklungen sind auch in anderen Ländern mit anderen politischen Programmen zu beobachten. Auch Einstellungsänderungen in der Gesellschaft oder zeitgemässen Entwicklungen und Trends sowie viele andere Faktoren wirken auf die Suchtmittelproblematik ein. Flexibilität und Innovation sind daher auch weiterhin wichtig in der Planung suchtpolitischer Massnahmen.

Rechtfertigungsbedarf gestiegen

Dadurch dass die Suchtpolitik aus dem öffentlichen und politischen Interesse gekommen ist, ist auch der breite drogenpolitische Konsens, der in den 90er-Jahren unter dem Druck der offenen Drogenszenen sehr stark war, brüchig geworden. Der Legitimationsdruck der Suchtpolitik ist nicht zuletzt wegen dem allgemeinen Spardruck der öffentlichen Hand gestiegen. Gleichzeitig bestehen weiterhin Angebotslücken, welche geschlossen werden müssen (vor allem im teilstationären Bereich). Der Bedarf einer kohärenten neuen Suchtpolitik wurde bereits im Jahr 2005 deutlich kommuniziert. Die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF) postulierte im Jahr 2006 ein neues Modell – der suchtpolitische Würfel (siehe Bericht auf Seite 7).

Mehr Durchlässigkeit: MaPaDro zum Dritten 2006–2011

Im neuesten Massnahmenpaket zur Verminde rung von Drogenproblemen (MaPaDro III) des Bundes wird bereits verschiedenen Ansprüchen Rechnung getragen. Es wird berücksichtigt, dass die einzelnen Säulen geöffnet werden müssen,

Suchtpolitik als gesamtgesellschaftlicher Prozess: Neues nationales suchtpolitisches Leitbild

Aktueller Meilenstein auf Bundesebene ist das Erscheinen des neuen suchtpolitischen Leitbildes «Herausforderung Sucht» der Steuergruppe der drei Eidgenössischen Kommissionen für Alkohol- und Drogenfragen und für Tabakprävention anfangs Juni 2010, welches auf konzeptueller Ebene neue Wege einschlägt.

Details dazu lesen Sie auf den Seiten 7 und 9.

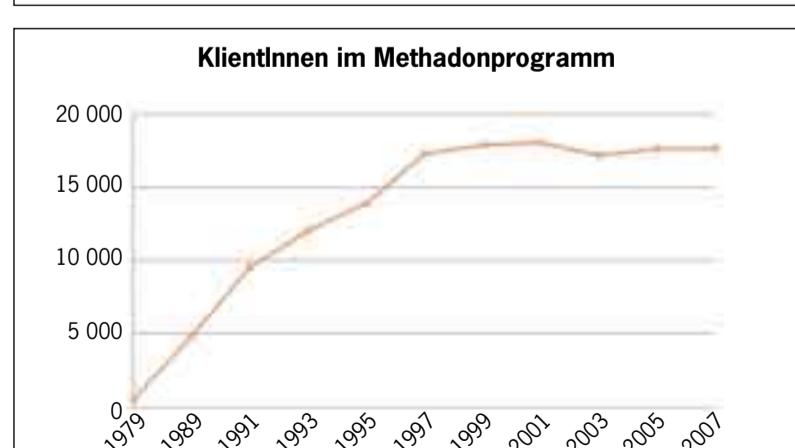
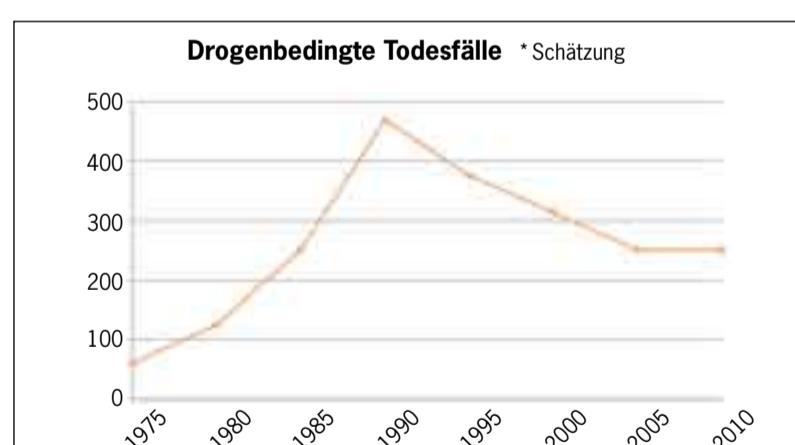
ZAHLEN & FAKTEN**Suchtmittelkonsum in der Schweiz**

Die Suchtpolitik der 1990er-Jahre hatte zum Ziel, die durch den Heroinkonsum ausgelösten Probleme zu verringern (vgl. Artikel links). Die nachfolgenden Zahlen und Fakten zeigen die Entwicklungen im Drogenkonsum und damit verbundenen Problemen auf:

Drogenbedingte Todesfälle

Mit der Einführung der 4-Säulen-Politik und dem Anstieg der Substitutionsbehandlungen konnten die drogenbedingten Todesfälle reduziert werden (siehe Grafik).

KlientInnen im Methadonprogramm Rund 65% der heroinabhängigen Personen befinden sich in einer Substitutionsbehandlung. Diese werden zu 40% in spezialisierten Einrichtungen und zu 60% durch privat parktizierende Ärzte erbracht. 2006 befanden sich 17 500 Personen in einer methadon- und 1264 Personen in einer heroingestützten Behandlung. Die Anzahl Personen in Substitutionsbehandlungen hat seit deren Einführung stetig zugenommen und sich seit 1999 auf hohem Niveau eingependelt (siehe Grafik).



Quellen: act-info 2009, Reuter und Schnoz 2009, MaPaDro III 2006.

NEUES MODELL SUCHTPOLITIK 2006

Von den Säulen zum Würfel. Von der Drogen- zur Suchtpolitik.

st. Die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF) hat in mehrjähriger Arbeit eine Analyse der Suchtmittelproblematik vorgenommen. Daraus entstand im Jahr 2006 der Fachbericht «Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen», welcher das neue Modell der Suchtpolitik skizziert. Die Drogenpolitik wird zur Suchtpolitik. Das Wichtigste in Kürze.

Die neue Suchtpolitik der EKDF (2006) geht von einer Gesamtschau aus und bezieht alle psychoaktiven Substanzen – auch die legalen – mit ein, um einer kohärenten Suchtpolitik gerecht zu werden. Im Vordergrund steht das Bestreben, Erkenntnisse für die zukünftige Politik ableiten zu können. Ziel des Berichts der EKDF ist es, dass Fragen rund um den Konsum von psychoaktiven Substanzen sachlich behandelt werden und bestmögliche Lösungen für das konsumierende Individuum und für die Gesellschaft erarbeitet werden können.

Ziele der neuen Suchtpolitik

- Minimierung von problematischem Konsum und Abhängigkeit
- Förderung der Selbstverantwortung

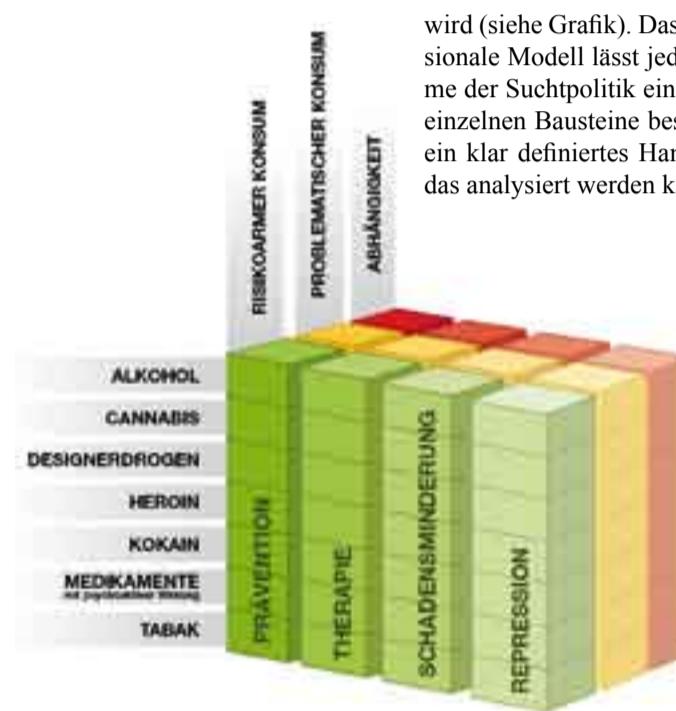
- Optimale Wirkung der staatlichen Lenkung und Interventionen
- Hohe Glaubwürdigkeit der Politik

10 EKDF-Empfehlungen

Im Rahmen der neuen Suchtpolitik sind von der EKDF zehn konkrete Empfehlungen an den Bundesrat formuliert worden. Diese enthalten Aussagen zum Handlungsbedarf in der Schweiz und zeigen im Zeitraum bis 2015 Optionen für den zukünftigen Umgang mit psychoaktiven Substanzen in der Schweiz auf.

Das Würfelmödell

Als neues Modell differenziert es innerhalb der bisher bekannten vier Säulen nach verschiedenen Konsummustern und Substanzen, womit das Modell um eine dritte Dimension zu einem Würfel erweitert

**Vorteile des neuen Modells**

1. Es wird erkennbar, wo suchtpolitische Massnahmen erforderlich sind.
2. Es kann systematisch lokalisiert werden, in welchem Bereich Massnahmen fehlen, die sinnvoll wären.
3. Es zeigt die Einordnung jeder Massnahme und die damit verbundenen Annahmen, von der sie ausgeht.
4. Es kann jede Massnahme daran gemessen werden, ob sie sich in einem sinnvollen Rahmen bewegt oder ob sie diesen sprengt.

LAGEBEURTEILUNG

Wo bleibt die «neue Schweizer Suchtpolitik»? Hoffnung mit dem nationalen suchtpolitischen Leitbild.

st. Bereits 2004 formulierten Spinatsch & Hofer in ihrem Bericht «Eine neue Suchtpolitik für die Schweiz?» neue Herausforderungen. 2006 folgte das Würfelmödell. Danach wurde es ruhig um die Suchtpolitik. Wird das im Juni 2010 erschienene suchtpolitische Leitbild eine neue Ära einläuten?

Die suchtpolitischen Entwicklungen in den letzten Jahren waren nicht mehr von so grosser Tragweite wie in den 90er-Jahren. Die 4-Säulen-Politik ist verankert und gefestigt. Aufgrund verschiedener Schwachpunkte der grundsätzlich kompetenten und innovativen Schweizer Suchtpolitik ist seit Längerem jedoch Optimierungsbedarf sichtbar. Es ist deutlich, dass das bestehende Modell optimiert und ausgebaut werden muss, um auch zukünftig eine umfassende Suchtpolitik zu gewährleisten.

Die Suchtpolitik ist immer noch deutlich politisch bestimmt. Die Massnahmen orientieren sich mehr an der öffentlichen Wahrnehmung als an der fachlichen Einschätzung des suchtpolitischen Handlungsbedarfs. Obwohl sich die Einstellung gegenüber Konsumierenden in der Öffentlichkeit positiv verändert hat, stehen stets finanzielle Überlegungen und die Entlastung des öffentlichen Raums im Vordergrund der heutigen Suchtpolitik. Dies prägt die breit kritisierte suchtpolitische Inkohärenz durch die Trennung von Massnahmen im Bereich legaler und illegaler Substanzen.

Die Drogenpolitik, als Politik der illegalen Drogen, soll zur Suchtpolitik (als Politik aller psychoaktiven Substanzen) werden.

Das 4-Säulen-Modell geht auf die Krisen rund um die offenen Drogenzonen zurück und hat seine Aufgaben bei der Bewältigung dieser Krisen gut erfüllt. Zudem hat es vor

Suchtpolitik absehbar (Bericht von Spinatsch & Hofer: Eine neue Suchtpolitik für die Schweiz?). Neben der Inkohärenz wurden auch Defizite in der Kommunikation, Führung und Koordination beklagt. Zudem war die Wirksamkeit der suchtpolitischen Massnahmen des Bundes nur wenig evaluiert bzw. waren die Befunde nicht eindeutig. Es zeichneten sich mangelnde Effektivität und Effizienz ab, da die Massnahmen häufig inkongruent zu den Zielsetzungen waren. Versorgungslücken in der Suchthilfe stellten eine weitere Schwachstelle dar, vor allem in den Bereichen Suchtverlagerung, Mehrfachabhängigkeit oder suchtübergreifende Massnahmen.

Die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF) hatte daraufhin in mehrjähriger Arbeit eine Analyse der Suchtmittelproblematik vorgenommen. Daraus entstand im Jahr 2006 der Fachbericht «Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen» mit dem neuen Modell der Suchtpolitik im Sinne eines Würfelmödells und mit konkreten Empfehlungen an den Bundesrat (siehe Bericht oben). Es wurde deutlich, dass eine integrierte Suchtpolitik auf dem Bestehenden aufbauen muss und nur in kleinen, pragmatischen Schritten angestrebt werden kann. Im Hinblick darauf wurde empfohlen, dass das Bundesamt für Gesundheit (BAG)

ein nationales suchtpolitisches Leitbild erarbeitet und die Professionalität in Gestaltung und Vollzug der Suchtpolitiken weiter ausbaut. Die EKDF formulierte im Jahr 2006 folgende Kernthemen eines Leitbildes Suchtpolitik:

- Stärkung des Individuums: Die persönlichen und sozialen Kompetenzen sollen gefördert werden (Förderung von Selbstmanagement)
- Stärkung gesellschaftlicher Institutionen: Politische Rahmenbedingungen sollen gesellschaftliche Institutionen stärken, die persönliche und soziale Kompetenz ansprechen.
- Stärkung staatlicher Steuerung: Der Staat soll gezielter steuern können und dürfen, mit dem Ziel der effektiven Kontrolle des Handels und der Minimierung des problematischen Konsums.

Welches die Ergebnisse der langjährigen Auseinandersetzung mit einer neuen Suchtpolitik sind, zeigt das am 1. Juni 2010 erschienene Leitbild: Der Bericht «Herausforderung Sucht» (Steuerguppe der drei Eidg. Kommissionen für Alkohol- und Drogenfragen und für Tabakprävention) will auf der Basis des Public-Health-Ansatzes zu einem integrierten Verständnis der Suchtpolitik beitragen.

Aus gesundheitspolitischen Überlegungen befürwortet der Bericht, den Gegenstand der Suchtpolitik künftig breiter zu fassen bzw. den Blick zu erweitern.

Dies betrifft sowohl eine erweiterte inhaltliche Orientierung

- mehr als Abhängigkeit
- mehr als Legalstatus
- mehr als Substanzen

als auch eine veränderte strategische Ausrichtung

- mehr als Eigenverantwortung
- mehr als Jugendschutz
- mehr als gesundheitspolitische Massnahmen

Das Leitbild formuliert sein neues Verständnis der Suchtpolitik in zehn Leitsätzen.

Lesen Sie mehr dazu auf Seite 8.

Quellen:

- Spinatsch (2004): *Eine neue Suchtpolitik für die Schweiz?*
- BAG (2006): *MaPaDro III*
- EKDF (2006): *Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen*
- Reuter & Schnor (2009): *Assessing Drug Problems and Policies in Switzerland 1998–2007*
- Simmel (2009): *Drogenpolitik im Wandel*

TOP AKTUELL

Frisch ab Presse: das neue suchtpolitische Leitbild «Herausforderung Sucht»

st. Das langersehnte Leitbild «Herausforderung Sucht» wurde am 1. Juni 2010 von der Steuergruppe der drei Eidgenössischen Kommissionen für Alkohol- und Drogenfragen und für Tabakprävention veröffentlicht. Es geht in seinen zehn Leitsätzen von einem neuen Verständnis der Suchtpolitik aus:

Leitsatz 1 Kohärente Politik: Die Schweiz verfolgt auf der Grundlage eines Public-Health-Ansatzes eine kohärente Politik in Bezug auf schädlichen und riskanten Umgang mit psychoaktiven Substanzen und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial.

Leitsatz 2 Orientierung am Schadenspotenzial und der tatsächlichen Problemlast: Das suchtpolitische Handeln der Schweiz orientiert sich am Schadenspotenzial und der tatsächlichen Problemlast von Substanzen oder Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial und verabschiedet sich von der vereinfachenden Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Substanzen und der alleinigen Ausrichtung auf Abhängigkeiten.

Leitsatz 3 Inhaltliche Ausweitung: Das suchtpolitische Handeln umfasst neben Alkohol, Tabak und illegalen Drogen auch Medikamente, substanzgebundene Süchte sowie Produkte zur körperlichen und psychischen Optimierung.

Leitsatz 4 Sicherstellung von Behandlung und Betreuung: Sucht ist eine Krankheit. Betroffene haben ein Recht auf Behandlung und Betreuung. Auch den Angehörigen, Partnern und Kindern steht Unterstützung zu. Der Auf- und Ausbau eines integrierten Angebots wird angestrebt.

Leitsatz 5 Schadensminderung: Wirksame Massnahmen der Schadensminderung beziehen sich auf die Konsumierenden und ihr Umfeld. Sie werden dort gewährleis-

tet, wo sie aus Public-Health-Sicht eine Option darstellen (nicht der Fall bei Tabak).

Leitsatz 6 Prävention durch umfeldbezogene, strukturelle Massnahmen: Die Suchtpolitik setzt auf umfeldorientierte, strukturelle Massnahmen, die eine gesündere Wahl zur attraktiveren Option machen. Dazu werden verschiedene Politikbereiche konsequent in das suchtpolitische Handeln einbezogen.

Leitsatz 7 Verpflichtung von Herstellern, Vertreibern und Verkäufern: Hersteller, Vertreiber und Verkäufer von Produkten mit Schadens- und Suchtpotenzial werden durch einen abgestimmten Rechtsrahmen für die Steuerung von Angebot und Nachfrage stärker verpflichtet.

Leitsatz 8 Differenzierte Zielgruppenorientierung: Suchtpolitische Massnahmen müssen breit auf alle Zielgruppen ausgerichtet sein, die niemanden aufgrund sozialer Ungleichheiten oder Verschiedenheit diskriminieren dürfen. Jugendschutz bleibt ein bedeutsamer Bereich. Ergänzend sollen Programme die Gesundheitskompetenz fördern.

Leitsatz 9 Beitrag zur Zivilgesellschaft: Die Handlungsträger der Zivilgesellschaft verstärken ihre Aktivitäten besonders in der Prävention und Schadensminderung.

Leitsatz 10 Forschung, Ausbildung und Monitoring/Evaluation: Die Schweiz verstärkt die Ausbildung von Fachkräften und die Suchtforschung. Ein leistungsfähiges und integriertes Suchtmonitoring wird aufgebaut. Der Bundesrat soll ein Nationales Forschungsprogramm Suchtforschung lancieren.

Quelle: www.bag.admin.ch/herausforderung_sucht

MAPADRO III 2006–2011

Vision: Verminderung der Drogenprobleme

st. Das dritte Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III) beschreibt die Ausgangslage und die Grundlagen der Suchtpolitik und bestimmt davon ausgehend das suchtpolitische Engagement des Bundes für die Jahre 2006–2011.

Aufgrund von gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen ist der Legitimationsdruck in der Suchtpolitik gestiegen. Das MaPaDro III gibt eine Antwort auf die verschiedenen Herausforderungen, die sich dem Bund gegenwärtig stellen. Die Veränderungen des Drogenkonsums verlangen eine laufende Überprüfung und Anpassung der Massnahmen.

Der Bund nimmt in der schweizerischen Suchtpolitik lediglich eine unterstützende Funktion wahr, während für die Umsetzung von Massnahmen im Feld weitgehend die Kantone in Zusammenarbeit mit den Städten, Gemeinden und privaten Organisationen zuständig sind. Es ist deshalb wichtig, die nationale Koordination der verschiedenen Akteure zu fördern.

Als **Vision** strebt der Bund die Verminderung der Drogenprobleme in der Schweiz an. Konkretisiert wird diese Vision durch **drei Ziele**:

1. Verringerung des Drogenkonsums.
2. Verminderung der negativen Folgen für die Konsumierenden.
3. Verminderung der negativen Folgen für die Gesellschaft.

Um die Ziele des MaPaDro III zu erreichen, ist die Unterstützung aller drogenpolitischen Akteure

unabdingbar. Das MaPaDro III dient als Leitplanke.

In der Umsetzung der Suchtpolitik stützt sich der Bund im Sinne einer Globalstrategie auch künftig auf das 4-Säulen-Modell. Mit dem MaPaDro III wird eine Öffnung der Säulen angestrebt und die Durchlässigkeit zwischen ihnen verstärkt. Es wird unter Einbezug der legalen Substanzen der grösste suchtpolitische Zusammenhang berücksichtigt.

Der Bund ist vor allem in folgenden **Querschnittsaufgaben** engagiert:

- Bereitstellung von Grundlagen
- Evaluationen
- Weiterbildung
- Qualitätsförderung
- Information
- Koordination
- internationale Zusammenarbeit

Strategien Prävention

Um einen Beitrag zur Verhinderung des Drogenkonsums und der Suchtentwicklung zu leisten, konzentriert sich das BAG wie bis anhin auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen und deren Umfeld. Das Verhalten von Personen wird nicht direkt, sondern eher indirekt über die Veränderung von Strukturen und Rahmenbedingungen zu beeinflussen versucht (Verhältnisprävention).

Strategien Therapie

Das BAG legt seinen strategischen Schwerpunkt im Therapiebereich auf eine quantitative und qualitative Verbesserung des bestehenden Angebots. Es geht um eine Professionalisierung, so dass sie qualitativ hochstehend und fachlich anerkannt sind.

Strategien Schadensminderung

Die Tätigkeiten des BAG im Bereich der Schadensminderung haben sich bisher bewährt und werden weitergeführt.

Strategien Repression

Auf der Ebene des Bundes strebt das MaPaDro III eine verstärkte Koordination und Zusammenarbeit der Repression mit den übrigen drei Säulen an. Dazu sind sowohl Massnahmen auf konzeptioneller als auch auf organisatorischer Ebene notwendig.

Für die konkrete Durchführung des MaPaDro III wird ein **Aktionsplan** erarbeitet. Dieser legt Indikatoren für die Zielerreichung fest, präzisiert die geplanten Massnahmen und konkretisiert die organisatorischen und finanziellen Aspekte der Umsetzung. Der Aktionsplan enthält auch zeitliche Vorgaben und wird periodisch aktualisiert.

NPA 2008–2012

Vision: Wer alkoholische Getränke trinkt, tut dies ohne sich selber und anderen Schaden zuzufügen.

nf. Im Auftrag des Bundesrats hat das BAG im Jahr 2008 ein Nationales Programm Alkohol (NPA) 2008–2012 erarbeitet. Die Schwerpunkte liegen in den Bereichen Jugend, Gewalt, Sport und Unfälle.

Im Fokus stehen die Reduktion des problematischen Alkoholkonsums und dessen negative Auswirkungen auf die Gesellschaft. Priorität wird dem Jugendschutz eingeräumt.

Das NPA 2008–2012 verfolgt sieben allgemeine Oberziele, die sich gegenseitig ergänzen und unterstützen. Für jede dieser Zielsetzungen müssen spezifische Massnahmen erarbeitet und umgesetzt werden. Um eine ausreichende und nachhaltige präventive Wirkung zu erzielen, sollen die Verhaltens- sowie die Verhältnisprävention gleichermaßen berücksichtigt werden.

Die Oberziele sind:

1. Gesellschaft, Politik und Wirtschaft sind für die besondere Verletzlichkeit von Kindern und Jugendlichen durch alkoholische Getränke sensibilisiert und unterstützen entsprechende Jugendschutzmassnahmen.
2. Der problematische Alkoholkonsum (Rauschtrinken, chronischer und situationsunangepasster Konsum) ist reduziert.
3. Die Anzahl alkoholabhängiger Personen hat abgenommen.

4. Die Angehörigen und das direkte soziale Umfeld sind von den negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums spürbar entlastet.

5. Die negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums auf das öffentliche Leben und die Volkswirtschaft haben sich verringert.

6. Die staatlichen und nicht-staatlichen Akteure im Bereich Alkohol koordinieren ihre Tätigkeiten und gewährleisten gemeinsam die erfolgreiche Umsetzung des NPA.

7. Die Bevölkerung kennt die negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums und unterstützt geeignete Massnahmen, um diese zu verringern.

GLOSSAR**Verhaltensprävention**

Information, Sensibilisierung zur direkten Beeinflussung des Verhaltens.

Verhältnisprävention

Strukturelle Massnahmen wie die Durchsetzung der Gesetze zur indirekten Beeinflussung des Verhaltens.

DIE KLINIK SELHOFEN IM GESPRÄCH MIT MARKUS JANN (BAG)

«Dieses Leitbild verstehen wir als Anfang»

st. Markus Jann, Leiter der Sektion Drogen des Bundesamts für Gesundheit BAG, begleitete die Entwicklung des neuen nationalen suchtpolitischen Leitbildes. Im Interview mit der Klinik Selhofen berichtet er über Herausforderungen, Highlights und die Wichtigkeit der weiteren Vertiefung und Verankerung.



Lic. phil. Markus Jann, Leiter Sektion Drogen im BAG.

Klinik Selhofen: Wie erklären Sie einem Laien, was das nationale suchtpolitische Leitbild ist und wofür es gebraucht wird?

Markus Jann: Die Schweiz hat eine Alkohol-, Tabak- und Drogenpolitik. Das suchtpolitische Leitbild zeigt nun einen Weg oder versucht zumindest einen Weg zu zeichnen, wie diese verschiedenen – zum Teil auch widersprüchlichen – Sektoralpolitiken in eine umfassende kohärente Suchtpolitik integriert werden können.

«Es hat eine wirklich intensive und konstruktive Auseinandersetzung zwischen den verschiedenen Suchtbereichen stattgefunden.»

Was sind die zentralen Aussagen?

Wenn ich das Leitbild genau lese, finde ich eine ganze Reihe von Botschaften, die eine nähere Betrachtung verdienen. Davon würde ich drei in den Vordergrund rücken, denn diese geben den Geist des Leitbildes am besten wieder:

1. Das Leitbild zeigt den Weg in eine suchtpolitische Zukunft, die vom Bewusstsein geprägt ist, dass eine wirksame Suchtpolitik eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist.
2. Es geht nicht darum, aus alltäglichem Verhalten eine Sucht zu machen, sondern zu verhindern, dass

aus alltäglichem Verhalten Suchtprobleme entstehen.

3. «Make the healthy choice the easy choice». Der Mensch hat sich in einer Zeit entwickelt, in der Mangel der Alltag war. Heute leben wir in einer Welt des Überflusses. Das Angebot ist riesig und die Wahl wird zur Qual. Das erhöht das Risiko, dass wir uns im Alltag immer wieder gegen die Gesundheit entscheiden.

Welches waren die grössten Herausforderungen in der Erarbeitung des Leitbildes?

Die grösste Herausforderung bestand wahrscheinlich darin, die drei Eidgenössischen Kommissionen für Alkohol- und Drogenfragen sowie Tabakprävention für ein gemeinsames Projekt zu begeistern. Obwohl alle von ihnen suchtnahe Themen bearbeiten, sind die Unterschiede im Denken und der Einstellung teilweise erheblich. Diese Differenzen sind jedoch auch Ausdruck der insgesamt ziemlich widersprüchlichen Haltung der Gesellschaft gegenüber den verschiedenen Suchtmitteln. Unter diesen Umständen nach Gemeinsamkeiten zu suchen, das war die grösste Herausforderung und auch wohl der grösste Erfolg dieses Projektes. Es hat eine wirklich intensive und konstruktive Auseinandersetzung zwischen den verschiedenen Suchtbereichen stattgefunden.

Seit mehreren Jahren wird von integrativen Entwicklungen in der Schweizer Suchtpolitik gesprochen. Welche Neuerungen stecken nun wirklich im neuen suchtpolitischen Leitbild?

Neu ist vor allem, dass der Fokus auf dem Gemeinsamen und nicht mehr auf dem Trennenden liegt. Es geht also nicht einfach darum, die wissenschaftliche Evidenz eines Problems festzustellen und dann eine darauf aufbauende Suchtpolitik zu entwickeln, sondern eine Suchtpolitik muss vielmehr die wissenschaftliche Evidenz soweit als möglich berücksichtigen, aber sie muss auch die anderen Aspekte der Gesellschaft berücksichtigen. Wir sind auch kulturell bestimmt, haben Gewohnheiten, Einstellungen und Traditionen. Das bildet ein komplexes Umfeld. Das Leitbild zeigt, dass eine Suchtpolitik das Resultat eines gesamtgesellschaftlichen Prozesses sein muss und nicht nur in den Büros oder Köpfen einiger Experten ausgeheckt werden kann.

Dürfen wir innovative Überraschungen erwarten?

Ich denke, die Zeit der ganz grossen suchtpolitischen Würfe, wie etwa die Einführung der ärztlich kontrollierten Heroinverschreibung oder der Injektionsräume Mitte der 90er-Jahre, ist vorbei. Im Moment arbeiten wir wieder verstärkt auf einer konzeptuellen Ebene.

Es gilt, eine kohärente Suchtpolitik für eine Gesellschaft zu entwickeln, die gerade erst zu realisieren beginnt, dass Sucht sich nicht einfach auf exzessiven Drogen- oder Alkoholkonsum reduzieren lässt, sondern dass das Suchtproblem sehr viel komplexer ist und in alle Bereiche unseres Lebens hineinwirkt. Zunehmend wird deutlich, dass Entscheide und Entwicklungen in anderen Politikbereichen wie zum Beispiel der Bildung und Wirtschaft einen stärkeren Einfluss auf die Entwicklung der Suchtproblematik haben als suchtspezifische Massnahmen. So ist zum Beispiel die suchtpräventive Wirkung von 1000 neu geschaffenen Arbeitsplätzen für Jugendliche grösser, als wenn das BAG verhaltenspräventive Projekte lanciert.

Wie wird das Leitbild den Kritikpunkten der bisherigen Drogenpolitik von Inkohärenz und Defiziten in Kommunikation, Führung und Koordination gerecht?

Das Leitbild greift diese Kritik auf und versucht mit einer umfassenden Suchtpolitik das Bewusstsein dafür zu fördern, dass Suchtpolitik eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Ich denke, wenn es uns gelingt, dies nicht nur als Idee zu verankern, sondern auch konkrete Massnahmen dafür zu entwickeln, dann wird es auch gelingen, der berechtigten Kritik gerecht zu werden.

Birgt das neue Leitbild auch neue Risiken?

Das Leitbild im engeren Sinne sicher nicht. Es wird lediglich ein neues Konzept präsentiert und zur Diskussion gestellt. Allerdings kommt das Leitbild zu einem Zeitpunkt, wo in der Gesundheitspolitik vor allem das neue Präventionsgesetz zur Diskussion steht. Da diesem Gesetz, das in erster Linie die Prävention gesetzlich definieren und organisieren will, derzeit eine steife Brise ins Gesicht weht, können wir nicht ausschliessen, dass dies auf das Leitbild abfärbt. Zudem hängt auch über diesem Projekt das allgegenwärtige Damokles-schwert des Spares.

Wir sind aber der Überzeugung, dass gerade weil wir sparen müssen, wir mit diesem Leitbild zeigen können, wie wichtig es ist, in die Zukunft zu schauen, künftige Probleme vorwegzunehmen und sich frühzeitig dafür zu rüsten. Da Verbote in der Regel erst ins Spiel kommen, wenn die Problemlast ein gewisses Mass überschritten hat, können wir mit frühzeitigen Interventionen zusätzliche Verbote vermeiden.

Was ist nun mit dem Leitbild zu tun, damit es «in Kraft» tritt?

Das Leitbild ist zum Einen der Abschluss einer zweijährigen intensiven Projektarbeit. Zum Anderen möchten wir es aber als Anfang verstanden wissen. Es soll zunächst mal ein Startschuss sein für einen Prozess, bei dem es darum geht, das Leitbild zu vermitteln, zu vertiefen und zu verankern. Allfällige weiterführende Massnahmen sollen sich aus diesem Entwicklungsprozess ergeben und zwar unter Einbezug der betroffenen Institutionen, Suchtfachleute, Behörden, Kantone, aber zum Beispiel auch der politischen Parteien.

Der Prozess soll in ein suchtpolitisches Konzept münden. Im Unterschied zum Leitbild, das in erster Linie aufzuzeigen versucht, welchen Herausforderungen wir uns stellen müssen, wird bei diesem suchtpolitischen Konzept die Frage im Vordergrund stehen, wie und mit wel-

chen Mitteln wir dorthin gelangen. Sollen wir ein nationales Programm Sucht anstreben? Sollen wir gar ein Suchtgesetz anstreben? Sollen wir bei unserer bisherigen Politik bleiben? Sollen wir eine Mischform finden? Das möchten wir im Moment wirklich offen lassen. Das Leitbild wurde von einer Expertengruppe erarbeitet. Inwieweit es wirklich Resonanz in Gesellschaft, Politik und Fachschaft finden wird, wird der Prozess der Vermittlung, Vertiefung und Verankerung zeigen müssen.

Bleibt dies im Auftrag des BAG?

Ja, das BAG wird diesen Prozess moderieren. Das Leitbild wirft Fragen auf, die längst nicht alle vom BAG allein beantwortet werden können, umso mehr, da es dabei weniger um wissenschaftliche Evidenz als um gesellschaftliche Einstellungen, kulturelle Eigenheiten und Tradition geht. Es geht also in erster Linie darum, dass wir in der Auseinandersetzung mit denjenigen, die das Leitbild irgendwann mal leben müssen, Akzeptanz schaffen, damit das Leitbild Wurzeln schlagen und zu weiteren Entwicklungen beitragen kann.

«Wir hoffen, Sie gewinnen zu können, eigene Ideen zu entwickeln und sich selbst zu überlegen, was in Ihrem Bereich getan werden müsste, um dieses Leitbild zu leben.»

Wie erreicht es uns als Institution der Suchthilfe und mit welchen Auswirkungen in der Praxis ist zu rechnen?

Erreichen möchten wir Sie, indem wir mit Ihnen das Leitbild im Rahmen verschiedener Veranstaltungen diskutieren und vertiefen. Was es dann konkret für die Suchthilfeinrichtungen im engeren Sinne heisst, diese Frage möchte ich dann Ihnen stellen. Wir hoffen, Sie gewinnen zu können, eigene Ideen zu entwickeln und sich selbst zu überlegen, was in Ihrem Bereich getan werden müsste, um dieses Leitbild zu leben. Das ist das Ziel und auch der Inhalt dieses Prozesses.

Und der Dialog wird aktiv gesucht?

Auf jeden Fall. Es wäre fatal, wenn wir versuchen würden, der Suchtfachwelt, der Politik und der Gesellschaft etwas aufzuzwingen. Natürlich haben wir unsere Vorstellungen, wie eine ideale Suchtpolitik aussehen könnte. Aber ich glaube nicht, dass der Welt geholfen wäre, wenn wir ihr diese Politik 1:1 überstülpen würden. Eine Politik erreicht ihre Ziele dann, wenn sie mitgetragen wird. Um das zu erreichen, möchten wir uns mit den direkt Betroffenen intensiv auseinandersetzen.

«Eine Politik erreicht ihre Ziele dann, wenn sie mitgetragen wird.»

Was wünschen Sie sich für die zukünftige Suchtpolitik?

Eines der wesentlichen Anliegen des Leitbildes besteht ja darin, suchtpolitische Anliegen in andere Politikbereiche hineinzutragen. Nicht um mit dem Zeigefinger zu sagen, was sie nicht machen dürfen, sondern um dafür zu sensibilisieren, dass mit klugem Verhalten nicht nur die Gesundheit gefördert und Suchtprävention unterstützt, sondern gleichzeitig eben auch wirtschaftliche Erfolge erreicht werden können.

NEUE SUCHTHILFESTRATEGIE FÜR DEN KANTON

«Die Suchthilfestrategie soll als Entscheidungsgrundlage dienen»

nf. Die Suchtpolitik des Kantons Bern orientiert sich an den nationalen suchtpolitischen Grundlagen und am Würfelfmodell der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen EKDF. Mit der Erarbeitung einer neuen kantonalen Suchthilfestrategie soll unter Berücksichtigung der nationalen Leitlinien eine zeitgemäss Suchthilfe im Kanton Bern realisiert werden.

STATEMENT



Lic. phil. MPH Sabine Schläppi, Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) des Kantons Bern, Abteilungsleiterin Kantonales Sozialamt und Co-Leiterin des Projekts neue Suchthilfestrategie Kanton Bern.

Im Kanton Bern besteht ein vielfältiges, seit Jahrzehnten gewachsene Angebot der Suchthilfe. Die GEF ist die für die Suchthilfe verantwortliche Behörde des Kantons und finanziert den überwiegenden Teil der institutionellen Angebote. Die Suchthilfestrategie soll im Sinne eines Versorgungskonzeptes den Akzent bei der Steuerung setzen.

Mit der Suchthilfestrategie möchte der Kanton ein Instrument entwickeln, welches als Entscheidungsgrundlage dient, um die Zielgruppen, die Angebotspalette, die Angebotsschwerpunkte, das Mengengerüst und die fachliche Ausrichtung der Leistungserbringer zu bestimmen. In Zukunft soll der Abschluss von Leistungsaufträgen nur erfolgen, wenn der Leistungserbringer einen Beitrag an die Umsetzung der Suchthilfestrategie leistet.

In einem partizipativen Vorgehen hat die GEF in einem ersten Projektschritt mit den Institutionen der Suchthilfe eine Bestandesaufnahme durchgeführt. Daraus abgeleitet wurden die strategischen Eckpfeiler. Sie bilden den strukturellen Rahmen für die inhaltliche Weiterarbeit. Bis Ende Jahr sollen – wiederum zusammen mit den Institutionen – Wirkungs- und Leistungsziele überprüft und weiterentwickelt werden.

Eckpfeiler – zukünftige Akzente bei der Berner Suchthilfe

Die Stossrichtungen der neuen Suchthilfestrategie, an denen sich die künftige politische Handlungsstrategie der Gesundheits- und Fürsorgedirektion GEF orientieren soll, wurden anhand mehrerer Eckpfeiler umrissen. Zentrale Aspekte sind die Steuerung des Gesamtsystems durch den Kanton sowie die Schaffung klarer Zuständigkeiten mittels der Förderung von Kooperationen und der Definition von Behandlungspfaden.

Die nachfolgend beschriebenen Eckpfeiler sind Auszüge aus der Version vom 17. Februar 2010, welche in die Vernehmlassung ging. Die Eckpfeiler wurden inzwischen entsprechend den Rückmeldungen überarbeitet. Eine neue Version ist in Vorbereitung zur Verabsiedlung durch die Steuergruppen und den Direktor.

Abstimmung auf andere Bereiche

Eckpfeiler 1: Kohärenz zwischen der Stossrichtung der kantonalen Suchtpolitik und den übrigen gesundheits- und sozialpolitischen Strategien/Konzepten.

Die neue Suchthilfestrategie des Kantons Bern soll auf weitere relevante Konzepte wie bspw. das Familienkonzept und die Psychiatrieplanung abgestimmt sein. Zwischen Suchthilfe und Psychiatrie gibt es Parallelen, so dass sowohl Psychiatrieplanung als auch Suchthilfestrategie über ähnliche Stossrichtungen verfügen.

Partnerschaften

Eckpfeiler 2: Optimierung des bestehenden Suchthilfesystems in Richtung strategischer Partnerschaften.

Aktuell ist die Suchthilfe geprägt durch ein äusserst vielfältiges Angebot. Diese Vielfalt wird von der GEF als zu gross angesehen. Insbesondere die Effektivität des Systems wird in Frage gestellt, da mehr die historisch gewachsenen Strukturen und weniger der Versorgungsgedanke als prägend erachtet werden.

Um mehr Steuerung zu ermöglichen und die gewachsene Vielfalt zu reduzieren, ist die Bildung strategischer Partnerschaften unter Führung der GEF einer der Eckpfeiler in der neuen Suchthilfestrategie.

Stärkung der Regelversorgung

Eckpfeiler 3: Mittelfristige differenzierte organisatorische Integration in die medizinische und soziale Regelversorgung.

Mit diesem Eckpfeiler wird die Stossrichtung «Regelversorgung soweit möglich, spezialisierte Versorgung soweit notwendig» verfolgt. Ziel ist es, eine möglichst hohe Anbindung an die regionale Grundversorgung zu erreichen.

Regionale Verankerung

Eckpfeiler 4: Stärkung regionaler Strukturen durch regionale Plattformen unter Führung des Kantons.

Damit soll eine gute Verankerung der Angebote und Institutionen in den Regionen realisiert werden. Dies ist mit einer zentralen Steuerung nicht immer realisierbar. Regionale Strukturen ermöglichen zudem die Entwicklung von regionsspezifischen Lösungen, wie sie nicht auf den gesamten Kanton übertragbar sind, dafür vor Ort eine wichtige Bedeutung haben.

Steuerung

Eckpfeiler 5a: Ausgestaltung der Steuerung der Suchthilfe als Netzwerk (Kanton als Netzwerk-Manager).

Dieser Eckpfeiler zeigt die Stossrichtung der künftigen Steuerung auf Gesamtsystemebene an. Die Suchthilfe muss in Form eines leistungsfähigen Netzwerks organisiert sein, wobei der GEF die Steuerung des Netzwerkes obliegt. Dabei folgt die Steuerung dem Grundsatz der Unterstützung der Regelversorgung soweit möglich. Anhand welcher Steuerungsinstrumente dies realisiert werden soll, muss von Seiten des Kantons noch definiert werden.

Eckpfeiler 5b: Orientierung an Behandlungspfaden, für komplexe Fälle Einführung eines Case Managements.

Der letzte Eckpfeiler beschäftigt sich ebenfalls mit der Steuerung, jedoch auf die Klientenebene bezogen. Die Orientierung an Behandlungspfaden soll bei der Steuerung des Angebots auf Klientenebenen im Vordergrund stehen.

Ziel ist es, auf regionaler Ebene standardisierte Behandlungspfade zu entwickeln, welche eine optimale Gestaltung der Übergänge zwischen Einrichtungen der Suchthilfe, sozialen Unterstützungseinrichtungen, medizinischen Institutionen etc. ermöglichen.

Für komplexe Fälle ist zudem ein Case Management vorgesehen.

Case Management wird nicht nur im Kanton Bern als Methode zur Arbeit in der Suchthilfe diskutiert. In den Kantonen Basel und Zürich etwa wird bereits mit dem Case Management gearbeitet. Seite 16 und 17.

Stellungnahme der Stiftung Klinik Selhofen zu den fünf Stossrichtungen der politischen Handlungsstrategie der GEF in der Suchthilfe. Seite 11.

CHRONOLOGIE

Der Weg zur neuen Suchthilfestrategie des Kantons Bern

4. Quartal 2008:
Motion Blaser: Forderung einer übergeordneten, kohärenten Suchthilfestrategie.

1. Quartal 2009:
Die GEF initiiert das Projekt «Suchthilfestrategie», externe Begleitung des Projekts durch das Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR der Hochschule Luzern – Wirtschaft.

3. Quartal 2009:
Sitzung der 5 Teilprojektgruppen (TPG)

- Ambulante Beratung / Therapie
- Stationäre Therapie
- Schadensminderung
- Wohneinrichtungen
- Frühe Förderung / GF (Gesundheitsförderung) / Prävention

3./4. Quartal 2009:
Informationsbeschaffung durch eine Bestandesaufnahme bei den Institutionen zu bestehendem Angebot, Bedarf, Entwicklungen, politischen Steuerungswirkungen etc.

4. Quartal 2009:
Erste Ansätze für eine neue Suchthilfestrategie auf Basis der Bestandesaufnahme.

1. Quartal 2010:
Bericht «Eckpfeiler der GEF für die politische Handlungsstrategie im Bereich der Suchthilfe» geht an die Teilprojektgruppen zur Vernehmlassung (Version vom 17.2.2010; siehe Auszüge auf dieser Seite).

2. Quartal 2010:
Überarbeitung der Eckpfeiler unter Einbezug der Rückmeldungen und Vorbereitung zur Verabschiedung.

ZIELSETZUNG

Mit der Erarbeitung einer neuen Suchthilfestrategie, die unter Einbezug der beteiligten Institutionen erarbeitet werden soll, werden folgende Ziele verfolgt:

- Kohärente Gesamtstrategie in der Suchthilfe entwickeln.
- Transparenz bei finanziellen Entscheiden ermöglichen.
- Versorgungskonzept erarbeiten, in welchem Angebot und relevante Zielgruppen beschrieben sind, welches die entsprechenden Aktivitäten beinhaltet und festhält, welche Leistungserbringer für diese zuständig sind.

ZUSAMMENFASSUNG

Die 5 Stossrichtungen:

1. Abstimmung der kantonalen Suchtstrategie mit den übrigen relevanten Konzepten (insbesondere Psychiatrieplanung und Familienkonzept).
2. Optimierung des Systems in Richtung strategische Partnerschaften.
3. Mittelfristig differenzierte organisatorische Integration in die medizinische und soziale Regelversorgung.
4. Die Stärkung von regionalen Strukturen soll als Zielsetzung in der Strategie verankert werden. Der Kanton führt regionale Plattformen, abgestimmt auf die Verwaltungsregionen.
5. a) Auf Systemebene: Ausgestaltung der Steuerung als Netzwerk, Entwicklung entsprechender Steuerungsinstrumente.
b) Auf Klientenebene: Orientierung an Behandlungspfaden sowie für komplexe Fälle Einführung eines Case Managements.

Klientel im Zentrum

Stiftung Klinik Selhofen bezieht Stellung

st. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons hat Eckpfeiler für die neue Suchthilfestrategie festgelegt. Der Stiftungsrat Klinik Selhofen hat die formulierten strategischen Stossrichtungen der GEF in einer Arbeitsgruppe diskutiert und bezieht Stellung auf der Grundlage einer gemeinsamen Haltung.

Die Stiftung Klinik Selhofen stellt bei ihren Überlegungen zur Suchthilfestrategie Kanton Bern die Bedürfnisse der Klientel ins Zentrum. Sie unterstützt und begrüßt im Allgemeinen die Stossrichtung der Gesundheits- und Fürsorgedirektion GEF, wünscht sich aber keine strenge Planwirtschaft, sondern dass eine reiche Vielfalt im Suchthilfeangebot erhalten bleibt.

Details zur Suchthilfestrategie des Kantons Bern lesen Sie im Artikel auf Seite 10.

Stossrichtung 1

Abstimmung der kantonalen Suchtstrategie mit den übrigen relevanten Konzepten (insbesondere Psychiatrieplanung und Familienkonzept).

Die Stiftung Klinik Selhofen erachtet die Abstimmung mit relevanten Konzepten grundsätzlich als sinnvoll und logisch. Zurzeit fehlen allerdings genauere Informationen darüber, welches die relevanten

Konzepte sind bzw. ist die Psychiatrieplanung erst in Erarbeitung. Zum jetzigen Zeitpunkt kann folglich noch nicht beurteilt werden, wie die relevanten Punkte aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse der Zielgruppen abstimmbare sind.

Stossrichtung 2

Optimierung des Systems in Richtung strategische Partnerschaften.

Die Stiftung Klinik Selhofen heisst strategische Partnerschaften grundsätzlich gut. Als kantonal tätige Klinik orientiert sich Selhofen am Modell der vertikalen Integration: Bei den vor- und nachgelagerten Einrichtungen/Institutionen (Beratungsstellen, Substitutionsprogrammen oder Anschlusstherapien). Auf dem vertikalen Behandlungspfad könnte anstelle mehrerer kleiner Partnerschaften eine Organisation nach dem horizontalen Modell Optimierungspotenzial bieten: Die Arbeit an den vertikalen Schnittstellen, aber auch für die Triage

und das Case Management könnte vereinfacht, gestrafft, vereinheitlicht und professionalisiert werden. Dank der regionalen Verankerung würde zudem auch die Reintegration begünstigt.

Stossrichtung 3

Mittelfristige differenzierte organisatorische Integration in die medizinische und soziale Regelversorgung.

Die Stiftung Klinik Selhofen kann dieser Stossrichtung nur bedingt zustimmen. Für Abhängige illegaler Substanzen ist der Zugang zur Suchthilfe über die Regelversorgung eher ein Nachteil. Während Alkoholabhängigkeit wegen somatischer Probleme meist zum Arzt führt, scheuen sich potenzielle Klienten im illegalen Bereich oft, den Hausarzt aufzusuchen. Die Erfahrungen aus der täglichen Praxis der Klinik Selhofen zeigen zudem, dass Hausärzte sich bei Suchtfragen oft an die spezialisierten Versorgungseinrichtungen wenden.

Stossrichtung 4

Die Stärkung von regionalen Strukturen soll als Zielsetzung in der Strategie verankert werden. Der Kanton führt regionale Plattformen, abgestimmt auf die Verwaltungsregionen.

Wie bereits bei Stossrichtung 2 erwähnt, sieht die Stiftung Klinik Selhofen Vorteile in regionalen Plattformen. Beratungsstellen wie die Berner Gesundheit BEGES/ContactNetz oder Substitutionsprogramme sind bereits regional organisiert, Therapieeinrichtungen könnten sich auch regional spezialisieren und so den Schwerpunkt auf die Reintegration der Klienten setzen.

Stossrichtung 5a

Ausgestaltung der Steuerung als Netzwerk, Entwicklung entsprechender Steuerungsinstrumente.

Diese Stossrichtung ist für die politische Handlungsstrategie im Be-

reich der Suchthilfe noch wenig konkret ausformuliert. Die Klinik Selhofen begrüßt die Stossrichtung, soweit sie in den groben Zügen richtig verstanden wurde.

Stossrichtung 5b

Orientierung an den Behandlungspfaden sowie für komplexe Fälle Einführung des Case Managements.

Die Klinik Selhofen begrüßt eine unabhängige Triagestelle, ein Case Management für komplexe Fälle wie auch standardisierte Behandlungspfade, solange die Klienten und nicht der Pfad im Vordergrund steht. Viele KlientInnen wissen erst bei klarem Kopf, wie es weitergeht. Ein in Stein gemeisselter Behandlungspfad hat kaum Chancen, erfolgreich beendet zu werden. Dem muss bei der Definition von Behandlungspfaden und der Einführung von Case Management Rechnung getragen werden.



Der Stiftungsrat Klinik Selhofen v.l.n.r.: Dr. med. Herbert Heise, Vizepräsidentin Christine Pfister Hadorn, Präsident Luc Mentha, Geschäftsführer Heinz Rolli, Andrea Lüthi (Sekretärin und Kassierin Regula Müller fehlt auf dem Bild).

Wie erklären Sie Sucht? Statements aus verschiedenen Perspektiven

Auf dieser Doppelseite öffnen wir das Blickfeld und lassen Personen aus unterschiedlichen Disziplinen ausserhalb des «Suchtkuchens» ihre Sichtweise zum Phänomen Sucht äussern.



Heidi Gerber
Yoga-/Meditationslehrerin
Yogaschule eka, Biel BE

re hat. Ist Sucht wie leben in einer Endlosschleife? Das Befriedigen der eigenen Bedürfnisse ist wichtiger als alles andere – zuerst komme ich, und dann alle anderen.

Braucht der Mensch Sucht?
«Kein Vogel fliegt zu hoch, wenn er mit seinen eigenen Flügeln fliegt.» (William Blake). Vielleicht entsteht Sucht aus dem Wunsch, fliegen zu können – fliegen im Sinne von sich erheben über sich selbst, um über die unerträglichen Lebensumstände hinauswachsen zu können. Fliegen wollen, höher als es die eigenen Kräfte erlauben? Braucht der Mensch die Sucht, weil sie ihm Kräfte vorspielt, die er oder sie selbst gar nicht hat?

Was ist Sucht?

Sucht lenkt von der inneren Befindlichkeit ab und blendet vorübergehend unangenehme Gefühle aus. Sie ermöglicht den flüchtigen Moment der tabula rasa: nur der Augenblick zählt, Vergangenes und Zukünftiges existieren nicht.

«Der süchtige Mensch unterliegt der Illusion, sich die Welt nach seinen Vorstellungen zurechthiegen zu können, ohne sich konkret mit der Welt auseinandersetzen zu müssen.»

Die Wahrnehmung ist eingeschränkt und orientiert sich nur noch an den süchtig herbeigeführten Empfindungen. So wird eine eigene Welt erschaffen, nämlich eine Ich-Welt, in der sich alles um die Befriedigung der Sucht dreht.

Wie erklären Sie das Phänomen Sucht?

Dem Phänomen Sucht liegt der Wunsch nach einer anderen Realität zugrunde. Ein süchtiger Mensch möchte sich selbst und die Welt anders erfahren als im nüchternen Zustand. Der süchtige Mensch unterliegt der Illusion, sich die Welt nach seinen Vorstellungen zurechthiegen zu können, ohne sich konkret mit der Welt und mit den anderen auszuseinandersetzen zu müssen.

In den Märchen kommen verwunderlicherweise keine süchtigen Menschen vor. Meist geht es ums Bestehen von Prüfungen, die zeigen, ob ein Mensch nur an sich denkt oder auch ein Herz für ande-

Was tun bei Sucht?
Innehalten, Verschaffen, Atmen – den Alltag zurückführen auf die Grundbedürfnisse Schlafen, Essen, Körperpflege. Die äusseren Reize vermindern, um das innere Erleben zu stärken. Die innere Kraft aufzubauen, damit der süchtige Mensch sich selbst und seine Lebensumstände aushalten kann. Einsehen, dass die Welt einem nichts schuldet, dass es nichts einzufordern gibt. Beginnen, die Welt in Form von kleinen Gesten zu beschenken. «Nicht müde werden, sondern dem Wunder leise wie einem Vogel die Hand hinhalten.» (Hilde Domin).



Rolf Victor Heim
Arzt/Psychotherapeut
Praxis Holderbank AG

Was ist Sucht?

Sucht ist sichtbarer Ausdruck des Versuches, ein unbewusstes Bedürfnis zu befriedigen. Diesem Bedürfnis werden andere Bedürfnisse untergeordnet, was den Anschein erwecken kann, als würde die Person ihr Verhalten nicht unter Kon-

trolle haben. Beim Versuch, das eine Bedürfnis zu befriedigen, kann die betroffene Person zu verschiedenen Substanzen (u.a. Alkohol, Nikotin, Süßigkeiten, harte Drogen) oder zu gezieltem Verhalten (u.a. Arbeit, Internet, Wetten) greifen. Auf Grund des unbewussten Charakters des Bedürfnisses wird der Versuch jedoch immer misslingen, d.h. unbefriedigend enden. Erfüllt könnte das Bedürfnis nur werden, wenn es bewusst erkannt und gezielt befriedigt würde.

Klassischerweise wird der Betroffene sich selbst nicht eingestehen, dass er mit dem bekannten Verhalten das Problem nicht lösen kann und wird nach dem bekannten Muster <mehr desselben> weiterhin versuchen, das Bedürfnis zu erfüllen und die Spannung zu lösen.»

Wie erklären Sie das Phänomen Sucht?
Viele Bedürfnisse werden ins Unbewusste verdrängt, da sie den persönlichen oder gesellschaftlichen Werten widersprechen. Beispielsweise kann ein Mann Schwierigkeiten haben, sich sein Bedürfnis nach Nähe und Geborgenheit einzustehen.

Das verdrängte Bedürfnis bleibt im Unbewussten jedoch unbefriedigt und erzeugt eine innere, psychische Spannung. Um diese Spannung abzubauen, greift der Mensch zur Ersatzbefriedigung, die jedoch wie erwähnt das ursprüngliche Bedürfnis nie zu erfüllen vermag. Das heisst, die Spannung bleibt bestehen und wird unter Umständen sogar stärker.

Klassischerweise wird der Betroffene sich selbst nicht eingestehen, dass er mit dem bekannten Verhalten das Problem nicht lösen kann und wird nach dem bekannten Muster <mehr desselben> weiterhin versuchen, das Bedürfnis zu erfüllen und die Spannung zu lösen.

Die Folge ist ein unter Umständen extremes Verhalten. Das Umfeld kann jenes natürlich nicht verstehen und bezeichnet es somit als krank.

Braucht der Mensch Sucht?

Aus dem Genannten wird deutlich, dass Sucht nicht eine natürliche

Entwicklung ist, sondern Ausdruck eines Vermeidungsverhaltens. Waren alle Bedürfnisse im Bewusstsein, könnten diese gezielt und meist erfolgreich befriedigt werden. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass unsere Gesellschaft viele Bedürfnisse tabuisiert, wird jedoch Verdrängung weiterhin an der Tagesordnung bleiben, und somit auch Sucht.

Was tun bei Sucht?

Es geht darum, das ursprüngliche Bedürfnis zu erkennen. Das ist möglich in einem wertschätzenden, akzeptierenden und nicht-verurteilenden Rahmen. Dieser Akzeptanz-Raum ist nicht leicht aufzubauen; in der Regel braucht es dazu geschulte ExpertInnen. Sobald das Bedürfnis bekannt ist, kann in einem kreativen Arbeitsprozess nach einer erfüllenden Befriedigung gesucht werden. In der systemischen Arbeit geht man davon aus, dass jedes Bedürfnis seine Berechtigung hat. Es ist Aufgabe des/der ExpertIn dabei sorgfältig zwischen ursprünglichem Bedürfnis (z.B. Bedürfnis nach Geborgenheit) und der Art und Weise, wie sich der Betroffene vorstellt, das Bedürfnis zu erfüllen (z.B. Pädophilie), zu unterscheiden. Konkret bedeutet das, nicht jeder Weg zur Bedürfniserfüllung wird akzeptiert. Daher ist eine sorgfältige Suche nach Erfüllungsmöglichkeiten notwendig.



Roger Kirchhofer
Soziologe
Universität Fribourg FR

Was ist Sucht?

Aus soziologischer Sicht könnte

man Sucht als die Abweichung des Einzelnen vom gesellschaftlichen Normalverhalten bezeichnen. Dies wiederum heisst, dass Süchte nicht per se existieren, sondern dass sie

durch das jeweilige Milieu konstruiert werden. Süchte sind Regelverstöße, welche bewusst oder unbewusst begangen werden. Viele Süchte besitzen kaum Einfluss auf die Gesellschaft. Sie werden kaum wahrgenommen. Die Bewegungs sucht des Hochleistungssportlers führt zu keinen Sanktionen, die Arbeitssucht des Investment-Managers zahlt sich in höheren Boni aus und die Fernsehsucht des Teenies stört höchstens seine Eltern. Selbst Süchte, welche als solche wahrgenommen werden, wie beispielsweise Alkoholerkrankung, stellen in der Regel ein individuelles Problem dar, sie betreffen die abhängige Person und ihr Umfeld, jedoch nur am Rande die Gesellschaft. Vielleicht darum fällt es der Soziologie so schwer, eine Theorie zur Sucht zu finden. Sucht als soziologisches Phänomen erscheint vor allem in Kriminalitäts- und Therapiestatistiken.

«Der Mensch braucht Ventile. Wird das Ventil zu einer Sucht, so wird es problematisch. Die immer häufigere Anwendung des Ventils reduziert nicht nur dessen Wirkung, sondern sie zeigt vor allem auch auf, dass Probleme im Restleben vorhanden sind.»

Wie erklären Sie das Phänomen Sucht?

Wenn Süchte Regelverstöße gegen das Normalverhalten darstellen, so beginnen sie mit einer (mehr oder weniger) aktiven Entscheidung. Die erste Zigarette hinter dem Schulhaus ist genauso bewusst gewählt, wie das erste durchgearbeitete Wochenende des Workaholics. Der Workaholic bricht die Norm des mittelmässigen Mitarbeiters, das Kind jene des braven Schülers. Je enger Normen definiert werden, desto grösser wird der Handlungsspielraum, diese zu brechen. Nur ein kleiner Teil der Normbrüche führt jedoch in eine Sucht. Süchte können aber ihren Ausgangspunkt darin haben.

Braucht der Mensch Sucht?

Der Mensch braucht Ventile. Wird das Ventil zu einer Sucht, so wird es problematisch. Die immer häufige

re Anwendung des Ventils reduziert nicht nur dessen Wirkung, sondern sie zeigt vor allem auch auf, dass Probleme im Restleben vorhanden sind.

Fühlt sich jemand nur wohl, wenn er jedes Wochenende auf die höchsten Berge klettern kann (und demzufolge dem Höhenrausch erliegt), liegen die Gründe in ganz anderen Lebensbereichen. Er braucht eine Umgestaltung des Lebens, nicht Süchte.

Was tun bei Sucht?

Sind Süchte immer pathologisch? Zu behandeln sind sie nur dann, wenn das Individuum oder die Gesellschaft Schaden aus der Sucht erleidet. Erfolgreich sein kann eine Behandlung nur dann, wenn der erste Schritt ein selbst gewählter ist, ähnlich dem Schritt zur ersten Zigarette oder zum ersten durchgearbeiteten Wochenende des Workaholics.



Melanie Kummer Kauer
Theologin/Pfarrerin
Kirchgemeinde Messen BE

Was ist Sucht?

Sucht ist eine Krankheit. Eine durchaus geläufige und oft lesbare Definition ist folgende: «Sucht ist das unabsehbare Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand. Diesem Verlangen werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet.» Die Abhängigkeit wirkt sich auf den ganzen Mensch aus: Körper, Seele, Umfeld etc.

Wie erklären Sie das Phänomen Sucht?

Bis vor noch nicht allzu langer Zeit wäre die theologische Antwort auf diese Frage klar gewesen: Sucht ist eine Sünde. Heute sieht die Seelsorge das Thema Abhängigkeit aus einer anderen Perspektive: Sucht ist

eine Krankheit, die ihren Ursprung in vielfältigen Problemen und Lebenssituationen des Menschen hat.

«Ich gehe von einem Gottesbild aus, bei welchem Gott zum Menschen steht, ihn trägt und nicht fallen lässt, auch wenn Abhängigkeit im Leben zum Thema wird.»

Braucht der Mensch Sucht?

So wie ich oben «Sucht/Abhängigkeit» definiert habe, gehe ich davon aus, dass jede Form von Sucht für den Körper oder die Seele schädlich ist. Daher würde ich die Frage mit Nein beantworten.

Was tun bei Sucht?

Die Sucht als solche erkennen, geeignete Massnahmen ergreifen, darüber sprechen, sich unterstützen lassen, Wege aus der Sucht aufzeigen lassen, suchen und begehen, etc. Co-Abhängigkeiten beachten, als Angehörige die eigene Notbremse ziehen und Hilfe in Anspruch nehmen, nicht in blinden Aktivismus verfallen, für sich selbst Sorge tragen. Nie vergessen, dass die Würde eines Menschen nicht von seinen Fähigkeiten, seinen Taten oder seinem körperlichen Zustand abhängig ist.

Ich gehe von einem Gottesbild aus, bei welchem Gott zum Menschen steht, ihn trägt und nicht fallen lässt, auch wenn Abhängigkeit im Leben zum Thema wird.

Anstelle der Frage «Was tun bei Sucht?» interessiert mich viel mehr die Frage «Was tun, damit es nicht zur Sucht kommt?» Wie sieht eine geeignete und treffende Suchtprävention aus? Welchen Beitrag kann die Kirche leisten?



Rainer Moser
Lehrer
Schule Untersiggenthal AG

Was ist Sucht?

Wenn ich hier von Sucht schreibe, denke ich vor allem an die alltäglichen Süchte wie Kaffee-, Sport-, Rauch- und Arbeitssucht. Sucht ist für mich ein innerer Trieb, der mich dazu zwingt etwas immer wieder zu tun, weil ich im Falle des Nichttuns unzufrieden, unglücklich, generiert oder verärgert bin. Häufig habe ich mir eine Rechtfertigung zurechtgelegt, warum ich etwas tue, das schon eher Richtung Suchtverhalten geht.

Wie erklären Sie das Phänomen Sucht?

Die Sucht hat in der Regel recht harmlos begonnen, ist als wohltuend, erfolgreich oder nützlich empfunden worden und nach mehrmaligem praktizieren ins Verhaltensrepertoire aufgenommen worden. Mir nützt es etwas oder ich bilde es mir jedenfalls ein, dass es mich beruhigt, entlastet oder befriedigt. Häufig empfinde ich es auch als Belohnung nach dem Erledigen einer Aufgabe.

«Ich glaube aber, dass der erste Schritt gegen eine Sucht die Einsicht ihrer Schädlichkeit oder eine einschneidende Krise ist.»

Braucht der Mensch Sucht?

Ich glaube, dass es nützliches Suchtverhalten gibt, das uns weiterbringt. Ein/eine SpitzensportlerIn oder ein/eine KünstlerIn muss wohl ein gewisses Suchtverhalten haben, um diese Leistungen zu erbringen. Ein Flow-Erlebnis kann auch süch-

tig machen, weil es Hochgefühle auslöst und deshalb immer wieder gesucht wird. Ich fühle mich nach dem Sport auch zufriedener und ausgeglichener. Suchtverhalten, in einem gewissen Masse, hat für mich auch etwas mit Leidenschaft zu tun, sei es für Sport, Arbeit, Spiel oder sonstige Fokussierungen und das treibt uns zu immer besseren Resultaten.

Was tun bei Sucht?

Etwas gegen eine meiner Süchte zu unternehmen, erscheint mir erst dann nötig, wenn es meinen Alltag, meine sozialen Kontakte oder irgendetwas Anderes für mich Wichtiges behindert. Allerdings frage ich mich, ob ich es als Betroffener überhaupt merken würde.

Ich glaube aber, dass der erste Schritt gegen eine Sucht die Einsicht ihrer Schädlichkeit oder eine einschneidende Krise, wie ein Burnout, ist.

Sonst fehlt mir die Motivation, mich dagegen zu stemmen, was ich als eine enorme mentale Leistung empfinde.

fahren oder Alkohol, Drogen, Tabak konsumieren.

Die Liste lässt sich endlos weiterführen. Können wir nicht mehr ohne dieses «Hilfsmittel» auskommen, geraten wir in eine Abhängigkeit.

Wir sind süchtig nach etwas. Manche Süchte sind gesellschaftlich akzeptiert, ja werden geradezu gefördert, andere sind geächtet und werden verdammt.

«Unterdrücken wir diese Sehnsucht, so brauchen wir einen Ersatz im Aussen, um dieses Loch in uns zu stopfen. Doch was wir auch hineinstopfen, es wird unsere Sehnsucht nicht stillen.»

Wie erklären Sie das Phänomen Sucht?

Hinter der Sucht ist eine Sehnsucht verborgen nach etwas, das wir vergessen haben oder das verloren gegangen ist.

Unterdrücken wir diese Sehnsucht, so brauchen wir einen Ersatz im Aussen, um dieses Loch in uns zu stopfen. Doch was wir auch hineinstopfen, es wird unsere Sehnsucht nicht stillen.

Braucht der Mensch Sucht?

Ich bin schon vielen begegnet, die meinen ohne zu sein, aber bis jetzt nur wenigen, die ohne sind.

Was tun bei Sucht?

Ein wichtiger Schritt ist wohl erst einmal die Sucht zu erkennen und sich qualifizierte Hilfe und Unterstützung zu holen. Ist die körperliche und seelische Stabilität wieder hergestellt, sollten wir die Suche nach dem, was uns fehlt, wieder aufnehmen.

Die Suche führt uns zu unseren Wurzeln, zu unserem Ursprung: «Wo komme ich her?» und «Wo gehe ich hin?», letztendlich zu der Frage: «Wer bin ich?»

Was ist Sucht?

Innere Unruhe, Spannungen, Nervosität, Ängste und Schmerzen sind uns allen nicht unbekannt und es ist nicht leicht mit ihnen zurechtzukommen. Um diesen Zuständen zu entfliehen und uns abzulenken, gibt es unzählige Möglichkeiten. Wir können uns in die Arbeit stürzen, stundenlang in Internet surfen oder fernsehen, den Kühlschrank leer essen, shoppen gehen, uns in den Büchern verkriechen, in die Berge fliehen, jede freie Minute Sport treiben, zum Spielen nach Las Vegas



Ananta Steuder
Psychologe/Meditationslehrer
Zencom, Scheunenberg BE

SUCHTHILFELANDSCHAFT SCHWEIZ

(Mehr) Substitution als Therapie

nf. Die stationären Suchthilfeeinrichtungen erfuhren in den letzten Jahren eine regelrechte Erosion. Während die abstinenzorientierten Langzeittherapien um Finanzen und Auslastung kämpfen, nimmt die Zahl der Drogenabhängigen in Substitutionsprogrammen ständig zu.

Die suchtpolitischen Entwicklungen der vergangenen Jahre haben zu einer Beruhigung rund um die Suchthilfe und -politik geführt, zumindest was die öffentliche Aufmerksamkeit anbelangt (siehe Artikel auf Seite 6). Die Suchthilfeeinrichtungen allerdings mussten sich einerseits wegen des allgemeinen Spardrucks der öffentlichen Hand, andererseits aber auch aufgrund sich verändernder Nachfrage laufend an neue Bedingungen anpassen. Nicht wenige, vor allem stationäre Einrichtungen führten einen eigentlichen Überlebenskampf.

Ende der 80er

Vor dem Hintergrund der offenen Drogenszenen schlossen, teilweise unterstützt durch Gelder der öffentlichen Hand, stationäre Therapieeinrichtungen wie Pilze aus dem Boden: das Angebot stationärer Therapieplätze hat sich zwischen 1989 und 1996 mehr als verdoppelt.

Die abstinenzorientierte, stationäre Therapie galt als «Königsweg» des Suchtausstiegs, nicht zuletzt wohl auch aufgrund fehlender alternativer Behandlungsangebote.

Substitution auf dem Vormarsch

In den 90er-Jahren kam es zu einer Differenzierung der Behandlungsangebote, dies vor dem Hintergrund des 4-Säulen-Modells der Schweizer Suchtpolitik. Angebote im Bereich der Schadensminderung wurden geschaffen bzw. ausgebaut und in der Säule Therapie wurde die klassische, abstinenzorientierte stationäre Therapie zunehmend konkurrenziert durch substitutionsgestützte Behandlungen (Grafik oben).

Vielfalt im Angebot

Entsprechend verfügte die Schweiz ab den 90er-Jahren über ein vielgestaltiges, gut ausgebautes Behand-

lungsnetz für Suchtmittelabhängige. Dies gilt sowohl für den legalen wie illegalen Bereich, die sowohl in der Behandlung wie auch im Hinblick auf die Finanzierungsmechanismen meist noch getrennt betrachtet werden (entgegen der Empfehlung der EKDF, eine Politik der psychoaktiven Substanzen zu verfolgen, also die Trennung legal – illegal aufzuheben).

Diese Vielfältigkeit wurde jedoch aufgrund des Spardrucks der öffentlichen Hand, veränderter Finanzierungsmechanismen in der Suchthilfe, steigender Anforderungen bezüglich professioneller Standards an die Einrichtungen und der Konkurrenzierung der Angebote untereinander zunehmend bedroht.

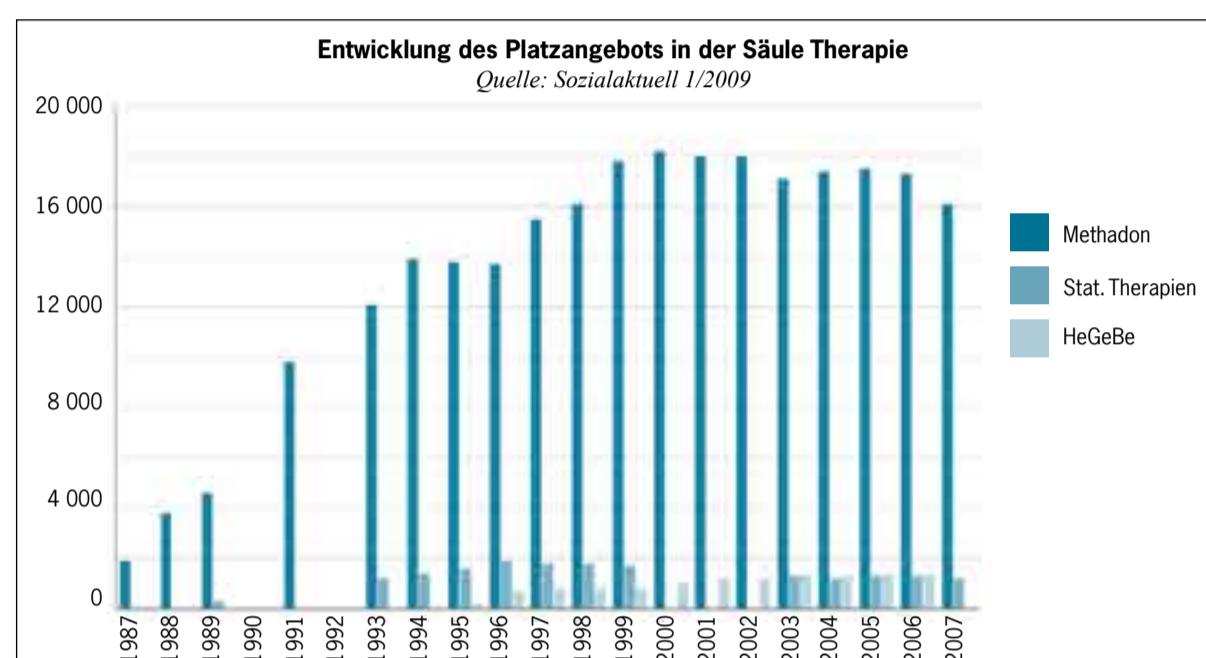
Erosion im Bereich stationärer Therapieangebote

Ein Blick auf den Bestand der Institutionen im Suchtbereich zeigt, dass insbesondere im stationären Bereich eine eigentliche Erosion stattfand: Seit 1999 wurden gesamtschweizerisch mehr als 50 stationäre Suchttherapieeinrichtungen geschlossen. Dies entspricht einem Rückgang im Platzangebot von über 500 Plätzen bzw. mehr als 30% (Grafik unten).

Nach wie vor sind die Belegungszahlen in den abstinenzorientierten Einrichtungen rückläufig. Dies ist angesichts der Zahl an Suchtmittelabhängigen, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden, nicht erstaunlich.

Seit 1999 wurden gesamtschweizerisch mehr als 50 stationäre Suchttherapieeinrichtungen geschlossen.

Die stationären Einrichtungen begrenzen diesem Trend durch Anpassungen ihres Angebots an die ver-



änderten Rahmenbedingungen. So werden bspw. Therapieplätze auch für substituierte KlientInnen geöffnet, die Zielgruppen der Angebote ausgeweitet, das Gebiet der klassischen Suchttherapie verlassen, das Angebot ausgedehnt (bspw. in den Bereich des betreuten Wohnens) oder es werden neue, innovative Angebote wie Kurztherapie oder integrative Behandlungsmodelle geschaffen.

Zu erwartende Herausforderungen

• Aufgrund der rückläufigen Zahl der neueinstiegenden Heroinkonsumenten (der sog. Überalterung der Heroinabhängigen) sowie deren flächendeckender Versorgung in Substitutionsprogrammen ist von einer weiteren Verlagerung

der Therapie vom stationären in den ambulanten Bereich auszugehen.

- Nebst der Mehrfachabhängigkeit eines Grossteils der Klientel ist dem Aspekt der psychiatrischen Komorbidität mittels integrativer Behandlungsangebote in Zukunft vermehrt Beachtung zu schenken.
- Weiter ist anzunehmen, dass die Nachfrage nach begleiteten/betreuten Wohnformen angesichts des zunehmenden Alters und der zunehmenden Pflegebedürftigkeit der Klientel steigen wird.
- Veränderungen im Konsumverhalten, wie sie sich insbesondere im zunehmenden Kokain- und Cannabiskonsum, aber auch im Binge-Drinking unter Jugendlichen zeigen, legen einen wach-

senden Bedarf an ambulanten Angeboten und Präventionsmassnahmen nahe.

Von der Suchthilfe ist eine stetige Anpassung an die jeweils aktuellen Gegebenheiten gefordert. Die Suchthilfe muss mit viel Innovationsbereitschaft im Hinblick auf den Spardruck und die sich verändernde Nachfrage in die Zukunft gehen. Gleichzeitig braucht es von politischer Seite eine klare Steuerung und Koordination, bei welcher fachliche und qualitative Kriterien im Vordergrund stehen sollten.

Quelle: Eckmann, Simmel, Sozialaktuell 2009, Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt (2007)



SUCHTHILFELANDSCHAFT KANTON BERN

Heute auf der Karte: reichhaltiges Angebot

nf. Die Suchthilfe im Kanton Bern weist eine grosse Vielfalt und eine hohe Dichte an Institutionen auf.

Entdecken Sie die eine oder andere Ihnen noch unbekannte Institution?

Stationär

Chly Linde Therapeutische Wohngemeinschaft
L'Envol Centre spécialisé en alcoologie
Heilsarmee Buchseegut Wohn- und Werkstätten
Heilsarmee Haus am Quai
Klinik Selhofen Suchtfachklinik
Marchstei Fachklinik für Drogenentzug
Marie Sollberger-Stiftung Klinik Wysshölzli
Massnahmenzentrum St. Johannsen
Privatklinik Meiringen Zentrum für seelische Gesundheit
Privatklinik Wyss AG Spezialklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Psychiatriszentrum Münsingen PZM Abhängigkeitslinie
Stiftung suchtherapiebärn TG Grofa (und betreutes Wohnen)
Stiftung suchtherapiebärn TG Muschle
Stiftung Terra Vecchia Brienzwiler/Corte di Sotto Drogentherapiestation
Stiftung Terra Vecchia Melchenbühl Therapeutische Gemeinschaft
Stiftung Terra Vecchia Saurenhorn Stationäre Gruppentherapie mit Substitution
Stiftung Terra Vecchia Stationäre Kurzzeittherapie
Stiftung/Fondation Foyer Schöni, Foyer Schöni und Foyer Anker/Ancre
Südhang Kompetenzzentrum für Mensch und Sucht
UPD Waldau Station Flügel
Les Vacheries UTD Unité Thérapeutique des Dépendances
Wohnenbern WG Bümpliz
Zueflucht Christlich-therapeutische Wohngemeinschaft

Teilstationär

BWD Albatros Betreutes Wohnen für Drogenkonsumierende Menschen
Contact Netz Wohnhilfe Burgdorf Langenthal
Eden Wohn- und Arbeitsintegration
Haus Felsenau Übergangswohnheim
Haus Gümmeren Verein Wohn- und Lebensgemeinschaft
monbijou bern Begleitetes wohnen in der Stadt
Notschlafstelle Thun
Passantenheim der Heilsarmee
Projekt Alp Suchtherapie und Krisenintervention in Bauernfamilien
SAT-Projekt Burgerliches Jugendwohnheim Schosshalde
Sleep-In Notschlafstelle
Stiftung Contact Netz Prisma Suchtherapie in Gastfamilien
Stiftung Contact Netz Teilbetreutes Wohnen Langenthal
Stiftung Terra Vecchia Familienplätze Krisenintervention für Jugendliche
Tagesklinik Südhang Kompetenzzentrum für Mensch und Sucht
TWG Längnatt Therapeutische Wohngemeinschaft
Verein Wohnhilfe Region Thun Villa Schlossberg Teilbetreutes Wohnen
Wege Weierbühl Stiftung für Soziale Innovation
Wohnenbern WG Breitsch



Ambulant

Aide Sida Berne
Berner Gesundheit Regionalzentrum Bern Stiftung für Gesundheitsförderung und Suchtfragen
Berner Gesundheit Regionalzentrum Biel Stiftung für Gesundheitsförderung und Suchtfragen
Berner Gesundheit Regionalzentrum Emmental-Oberaargau Stiftung für Gesundheitsförderung und Suchtfragen
Berner Gesundheit Regionalzentrum Oberland Stiftung für Gesundheitsförderung und Suchtfragen
Blaues Kreuz Bern Fachstelle für Alkohol- und Suchtprobleme
Blaues Kreuz Bern Geleitete Gruppenangebote für Alkohol- und Suchtprobleme
Blaues Kreuz Biel Fachstelle für Alkohol- und Suchtprobleme
Blaues Kreuz Langenthal Fachstelle für Alkohol- und Suchtprobleme
Blaues Kreuz Thun Fachstelle für Alkohol- und Suchtprobleme
Blaues Kreuz Thun Suchtberatungs- und Informationsstelle für MigrantInnen
CleaNex Rückfallprophylaxe und ambulanter Entzug
Contact Netz K + A Kontakt- und Anlaufstelle
Contact Netz Römerquelle Kontaktstelle und Cafeteria
Contact Netz Streetwerk
Contact Netz Überlebenshilfe Spritzenumtauschprogramm
Rue à cœur – Christliche Gassenarbeit
Croix-Bleue Courtelary Service de consultation spécialisé en alcoologie
Fachstelle Beratung Gemeinde Köniz
Fachstelle Prävention
Fondation Contact Jura bernois
Fondation Réseau Contact Antenne régionale Biel/Bienne
Fondation Réseau Contact Cactus, Centre d'accueil et de contact
Gruppi di Auto Aiuto per famiglie italiane problemi di tossicodipendenza c/o Associazione Centro Familiare Emigrati
HeGeBe Thun Zentrum für Substitutionsbehandlungen
Kantonale Erziehungsberatung
Kirchliche Gassenarbeit Bern
KODA 1 Heroin gestützte Behandlung Bern
Psychiatriszentrum PDBSBJ Biel
Psychiatrische Dienste SRO Psychiatrisches Ambulatorium
Santé bernoise Centre Jura bernois-Seeland
Services psychiatriques Jura bernois Biel/Bienne-Seeland SPJBB
Stiftung Contact Netz JBO Jugend-Eltern- und Suchtberatung Oberaargau
Stiftung Contact Netz JUDRO Jugend-Eltern- und Suchtberatung Emmental
Stiftung Contact Netz La Strada
Stiftung Contact Netz Regionalstelle Bern Jugend-, Eltern- und Suchtberatung
Stiftung Contact Netz Regionalstelle Biel/Bienne Jugend-, Eltern- und Suchtberatung
Stiftung Contact Netz Regionalstelle Interlaken Jugend-, Eltern- und Suchtberatungsstelle
Stiftung Contact Netz Regionalstelle Thun Jugend-, Eltern- und Suchtberatung
Stiftung Contact Netz Wohnangebot Wodrabe
Stiftung Contact Netz ZAS, Zentrum Ambulante Suchtbehandlung
Stiftung Terra Vecchia Ambulante Nachsorge
Südhang Ambulatorium
Suprax – Zentrum für ambulante Suchtbehandlung
Treffpunkt Azzurro Blaues Kreuz Alkoholfreier Begegnungsort

Quelle: infodrog, Datenbank der Suchthilfeangebote, Stand am 16.6.2010, exkl. Arbeits- und Beschäftigungsangebote sowie Selbsthilfegruppen.



STATEMENT STIFTUNG TERRA VECCHIA

Zur Entwicklung der stationären Suchthilfe

Im Zusammenhang mit der neuen integrativen Suchtpolitik zeichnen sich deutliche Tendenzen zu ambulanten Interventionen, Früherkennung und der Präferenz von möglichst wenig tiefgreifenden Interventionen ab. Eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Zukunft der stationären Suchthilfe ist, die stetige Auseinandersetzung mit den sich verändernden Rahmenbedingungen auf politischer und gesellschaftlicher Ebene zu führen. In diesem Zusammenhang gilt es, langjährige Kernkompetenzen zu erhalten sowie neue Entwicklungen zu fördern, ohne dabei den Fokus auf die Reintegration und die finanzielle Unabhängigkeit von suchtmittelabhängigen Menschen zu verlieren.

Partnerschaft: Die Stiftung Terra Vecchia setzt auch in Zukunft auf

strategische Partnerschaften. Wir sind überzeugt, dass die enge Zusammenarbeit über die Grenzen der eigenen Organisation hinaus für eine effiziente und effektive Suchthilfe im Kanton Bern von zentraler Bedeutung ist. Das Schnittstellenmanagement, hier am Beispiel der Angebote der Stiftung Terra Vecchia und der Klinik Selhofen, benötigte die Klärung der Kernkompetenzen auf strategischer Ebene, um die Zusammenarbeit auf operativer Ebene zu festigen. Dies sind wegweisende Entwicklungen, um die Klientenverläufe in Zukunft durchlässiger zu gestalten.

Früherkennung – Frühintervention: Bis anhin richteten sich die Angebote im stationären Therapiebereich der Stiftung Terra Vecchia hauptsächlich auf Einzel- und

Gruppenangebote im Mittel- und Langzeitsegment aus. Die Entwicklungen in der schweizerischen und kantonalen Suchthilfe haben uns veranlasst, das bekannte Angebot Schlüssel in Detligen zukunftsweisend zu verändern. Mit dem neuen Angebot «Stationäre Kurzzeittherapie Kehrsatz» setzen wir uns für die Frühintervention und die Enttabuisierung des Suchtmittelkonsums von noch integrierten Menschen ein. Sowohl eine frühzeitige Intervention als auch ein offener Umgang mit dem Thema Sucht können massive Folgekosten für die Gesellschaft und körperliche und psychosoziale Folgeschäden für die Betroffenen verhindern. Die Stationäre Kurzzeittherapie Kehrsatz unterstützt Konsumenten von Kokain, Partydrogen, Cannabis und anderen illegalen Substanzen, bevor sie aus dem sozialen Netz fallen.

Reintegration – Arbeitsintegration: Die Stiftung Terra Vecchia bietet rund 120 Plätze im Rahmen von Arbeitsintegrationsmassnahmen an (Berufsabklärung, Ausbildung, Arbeitstraining usw.). Dabei setzen wir auf realitätsnahe Tätigkeitsgebiete und qualifizierte fachliche Begleitung.

Individualität: Im Zentrum unseres Interesses steht der Mensch mit seiner individuellen Lebens- und Ressourcenlage. Diese gilt es zu Beginn der Zusammenarbeit ganzheitlich zu erfassen und das Angebot auf die vorhandenen Bedürfnisse auszurichten. Im Fokus unseres Interesses steht die bestmögliche Platzierung und Begleitung. Die Vielfältigkeit der Stiftung Terra Vecchia ermöglicht dies.



Gabriela Graber, Geschäftsführerin
Betriebe Schlüssel, und Samuel
Hunziker, Geschäftsführer Brienz-
wiler, Mitglieder der Geschäftsführungs-
leitung Stiftung Terra Vecchia

Über institutionelle und professionelle Grenzen hinweg – Case Management

Im Kanton Bern wird die Methode des Case Managements zurzeit im Zusammenhang mit der neuen Suchthilfestrategie diskutiert. Was bedeutet Case Management und was kann es in der Suchthilfe bieten?

nf. Case Management ist zurzeit in aller Munde: von der Versicherungsbranche über die Familien- und Jugendarbeit bis zur Suchthilfe. Doch worum geht's? Primäres Ziel des Case Managements ist es, potenziell passende Hilfen auf konkrete Problemlagen ausfindig und dem Klienten zugänglich zu machen. Während auf der Falalebene also die Erarbeitung zielgerichteter und bedarfsgerechter Lösungen im Zentrum steht, bedarf es auch einer Steuerung auf der Systemebene: Strukturen und Vereinbarungen zur koordinierten Leistungserbringung müssen – auch zugunsten der Wirtschaftlichkeit – definiert werden.

Indikation

Case Management ist populär, ein Schlagwort – wann ist es jedoch indiziert? Die Indikation für Case Management ergibt sich aus verschiedenen Faktoren. Zum Einen handelt es sich oft um eine komplexe Bedarfslage in dem Sinne, dass Handlungsbedarf in mehreren Lebensbereichen besteht. Zum Anderen sind in der Suchthilfe meist mehrere Akteure/Leistungsanbieter am Unterstützungsprozess beteiligt, was die Notwendigkeit für Koordination mit sich bringt. Case Management ist darüber hinaus dann indiziert, wenn dadurch die Aussicht auf die Erreichung der Ziele und deren Wirksamkeit erhöht ist im Vergleich zu einfachen Interventionen.

Primäres Ziel des Case Managements ist es, potenziell passende Hilfen auf konkrete Problemlagen ausfindig und dem Klienten zugänglich zu machen.

Zur Methode

1. *Intake & Assessment* – Erste Phase eines Case Management-Prozesses, in dem die Analyse der Lebenssituation des Klienten erfolgt und die sich daraus ergebenden Hilfeerfordernisse erfasst werden.
2. *Service Planning* – Erarbeitung eines Hilfe- und Unterstützungsplanes gemeinsam mit der Klientel.
3. *Brokering Services (Intervention & Koordination)* – Vermittlung der Unterstützung durch Kontaktierung und Vermittlung an die hilfeleistende Institution.
4. *Community Intervention (Monitoring)* – Koordination der Hilfeleistung im kommunalen Zusammenhang.

Case Manager – Planer, Koordinator, Überwacher

Aus den Phasen eines Case Managements wird ersichtlich, dass dem Case Manager eine Schlüsselrolle zukommt zwischen den KlientInnen und den potenziellen Hilfsquellen. Kerntätigkeit des

Case Managers ist die Ermittlung, Konstruktion und Überwachung des Unterstützungsnetzwerkes. Die psychosozialen Interventionen zur Verhaltensänderung bei der Klientel treten für den Case Manager in den Hintergrund.

Ein Modell für die Suchthilfe?

Sowohl in der zurzeit in Ausarbeitung stehenden Suchthilfestrategie des Kantons Bern als auch in einem Pilotprojekt der Stadt Bern (siehe Artikel rechts) wird Case Management als Methode zur Steuerung komplexer Behandlungsfälle und zur Optimierung der Effizienz und Effektivität der Behandlungsabläufe im Rahmen der Suchthilfe gesehen. Angesichts des mehrdimensionalen Charakters von Abhängigkeiten bietet sich dies geradezu an: Ein wesentliches Merkmal der Klientel der Suchthilfeinrichtungen ist das Vorhandensein von Problemen auf verschiedenen Ebenen, d.h. im Psychischen, Physischen und Sozialen (Wohnen, Arbeit, Freizeit) kumulieren sich häufig die Problemlagen.

Entsprechend sind unterschiedliche Berufsgruppen mit unterschiedlichen Behandlungsansätzen im Helfersystem der Klientel tätig. Dass eine Behandlung dann am erfolgsversprechendsten ist, wenn das Helfernetz eine Koordination der Behandlung vornimmt, scheint auf der Hand zu liegen. Mit Hilfe des

Case Managements können deren Angebote aufeinander abgestimmt, koordiniert und unnötige Überschneidungen vermieden werden.

Herausforderungen

Für die Anbieter sozialer Dienstleistungen ist Case Management eine Methode, um fachliche Standards und Zielsetzungen mit einer effizienten Gestaltung der Fallarbeit zu verknüpfen. In der doppelten Zielsetzung optimaler Unterstützungsleistungen bei effizienter, kostengünstiger Gestaltung derselben spiegelt sich im Case Management auch die aktuelle Diskussion um effizienten Mitteleinsatz angesichts des grossen Spandrucks der öffentlichen Hand wieder.

Angesichts dessen droht eine Verkürzung des Case Managements auf den ökonomischen Aspekt, wenn allein die Kostenminimierung berücksichtigt wird und fachliche Standards in den Hintergrund treten. Dies gilt es bei der Ausarbeitung eines Case Managements, wie es zurzeit für die Stadt Bern erarbeitet wird und dem auch in der Suchthilfestrategie des Kantons eine wichtige Rolle zukommt, zu vermeiden.

Weiter stellen sich auch praktische Fragen bei der Umsetzung des Case Managements. So etwa wer für die Übernahme der Case Management-Funktion zuständig ist und wie die

Entscheidungskompetenz über die zu erbringenden Leistungen geregelt wird (angesichts der gemischten Finanzierungsformen: medizinische Leistungen, die über die Krankenversicherungen finanziert werden vs. soziale/therapeutische Leistungen, die über die Fürsorgebehörden finanziert werden).

Aktuelle Entwicklungen im Kanton Bern

In Anbetracht der Problembelastung von Menschen mit Suchtproblemen und dem oft komplexen Behandlungsbedarf scheint sich Case Management für die Suchthilfe geradezu aufzudrängen. So wird es aktuell gerade in der Suchthilfe von politischer Seite als besonders zukunftssträchtig betrachtet: Die derzeit vorliegenden Eckpfeiler der GEF zur Ausgestaltung der Suchthilfe im Kanton Bern zeigen, dass dem Case Management denn auch in Zukunft vor allem bei komplexen Behandlungsfällen eine hohe Bedeutung zukommt.

Bei welcher Stelle die Gesamtverantwortung für die Behandlungsplanung liegt und was im Rahmen des Case Managements von dieser Stelle erfasst werden soll, muss noch definiert werden. Erste Erfahrungen aus anderen Kantonen mit dem Modell Case Management in der Suchthilfe liegen bereits vor. So im Kanton Basel, wo Case Management bereits seit einigen Jah-



Case Management – individuelle Planung und Begleitung der Behandlungspfade im persönlichen Kontakt.

ren in der Suchthilfe angewendet wird. Dabei werden, gemäss dem 4-Säulen-Modell der Suchtpolitik, nicht nur Therapie und Schadensminderung einbezogen. Auch der Einbezug der Polizei (Säule Repression) ist darin verankert.

Dem Case Management droht eine Verkürzung auf den ökonomischen Aspekt, wenn allein die Kostenminimierung berücksichtigt wird und fachliche Standards in den Hintergrund treten.

Die Einführung eines an das Basler Suchtmanagement Modell angelehnten Case Managements wurde im Februar 2008 mit einer Motion von Barbara Mühlheim im Grossen Rat auch für den Kanton Bern gefordert. Ein entsprechendes Pilotprojekt, beschränkt auf Suchtmittelabhängige der Stadt Bern, wird zurzeit ausgearbeitet (siehe nächster Artikel).

Quellen: Galuske 2003, Handlungskonzept Case Management Berner Fachhochschule (2009).

PILOTPROJEKT STADT BERN

Case Management in der Arbeit mit suchtmittelabhängigen Personen

Case Management als Eckpfeiler in der kantonalen und städtischen Suchthilfestrategie

nf. Als Antwort auf die Motion Mühlheim «Einführung von Case Management bei drogenabhängigen Menschen» hat die GEF nach der Herbstsession 2009 des Grossen Rates des Kantons Bern die Einführung von Case Management in der Stadt Bern beschlossen. Dies im Sinne eines Pilotprojekts. Die Einführung von Case Management ist darüber hinaus Teil der Suchthilfestrategie 2007–2012 der Stadt Bern.

Motion Mühlheim

Mit der Motion Mühlheim wird auf die Problematik hingewiesen, dass gemäss dem BAG ca. 60% der Suchtmittelabhängigen in einer Methadonbehandlung zu den BenutzerInnen der Anlaufstellen gehören. Eine bessere Steuerung der Hilfeleistungen und eine Vermeidung von Doppelspurigkeiten wird gefordert. Hierfür soll ein Modell «Case Management in der Überlebenshilfe unter Einbezug der Säule Repression» erarbeitet werden, welches in der Suchthilfe durch Verankerung in den Leistungsverträgen der Institutionen verankert werden soll.

Zielsetzung Pilotprojekt Case Management

Mit dem Pilotprojekt soll die Versorgung der suchtmittelabhängigen Personen effizienter und effektiver gestaltet werden. Das heisst, die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren soll gezielt strukturiert werden, so dass eine koordinierte Vorgehensweise über die Institutionsgrenzen hinaus sichergestellt ist.

Weiteres Vorgehen

Zurzeit ist die Erarbeitung und Diskussion eines entsprechenden Handlungskonzepts im Gange. In den Jahren 2011/2012 wird das Projekt im Rahmen einer Pilotphase umgesetzt und evaluiert. Die GEF und die Direktion für Bildung, Soziales und Sport der Stadt Bern erhoffen sich, aus der Pilotphase Erfahrungen und Schlüsse für einen effizienten Aufbau von Case Management im gesamten Kanton zu ziehen; dies in Anlehnung an die Eckpfeiler «Einzelfallsteuerung durch Behandlungspfade und Case Management und Systemsteuerung mit Kanton als Netzwerkmanager der kantonalen Suchthilfestrategie».

CASE MANAGEMENT

Case Management ist ein kooperativer Prozess, in dem Versorgungsangebote und Dienstleistungen erhoben, geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert werden, um so den individuellen Versorgungsbedarf eines Klienten mittels Kommunikation und verfügbarer Ressourcen abzudecken (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2004).

Mit Case Management soll ein Versorgungszusammenhang über institutionelle und professionelle Grenzen hinweg hergestellt werden.

Case Management als Methode der Sozialen Arbeit entwickelte sich in den 70er-Jahren in den USA, wesentlich geprägt durch die Ausdifferenzierung und Zersplitterung sozialer Dienste und den Spardruck der öffentlichen Hand.

Mit Case Management soll eine bessere Versorgung der Klientel (Lebensweltorientierung) und mehr Wirtschaftlichkeit erreicht werden (Galuske 2003).

«Typischerweise verläuft der Suchtausstiegsprozess zirkulär und gestaltet sich sehr individuell. Bis zur nachhaltigen Stabilisierung sind oft verschiedene Unterstützungsmaßnahmen im Rahmen eines Gesamtprozesses notwendig. Suchttherapie muss daher verschiedene Interventionen integrieren und ist dadurch in der Regel eine institutionsübergreifende Angelegenheit.

Oftmals gehören Intervallbehandlungen zum zirkulären Gesamtprozess, wobei Behandlungserfolge üblicherweise schrittweise erreicht werden. Um diese normalen, «spiralenförmigen» Verläufe von unsinnigen Drehtüreffekten zu unterscheiden, ist eine übergeordnete Koordination der Gesamtbehandlung von entscheidender Bedeutung (Indikation, Zielsetzung, Planung, Koordination).

Case Management ist ein effektives Instrument zur koordinierten Gesamtsteuerung. Wichtig dabei ist, dass es zielgerichtet und trotzdem flexibel eingesetzt wird, um der Individualität, der Zirkularität und der Dynamik des Suchtausstiegsprozesses Rechnung zu tragen. Je komplexer die Situation der Klientel, desto grösser ist die Herausforderung einer übergeordneten Koordination und umso schwieriger ist die Führung entlang standardisierter Behandlungspfade.»

Klinik Selhofen



KONSUM ILLEGALER SUBSTANZEN

Das sind die Problemsubstanzen von Jugendlichen in der Suchtbehandlung

nf. Die Evaluation der Statistiken SAMBAD (Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich) und act-info-FOS (Forschungsverbund stationäre Suchttherapie) hat gezeigt, dass bei unter 25-jährigen KonsumentInnen von illegalen Substanzen und Medikamenten seit 1997 eine Verschiebung bei den Hauptproblemsubstanzen stattgefunden hat.

Cannabis als Hauptproblemsubstanz

Jugendliche unter 25 Jahren, die sich 2006 auf Grund von illegalen Substanzkonsum oder wegen Medikamenteneinnahme an eine Beratungs- oder Therapieeinrichtung wendeten, gaben in mehr als der Hälfte der Fälle Cannabis als Hauptproblemsubstanz an. Dies zeigt eine Auswertung von act-info 2009.

Verlagerung der Problematik: weniger Heroin, mehr Kokain und Cannabis

Damit hat eine Verschiebung bei den Hauptproblemsubstanzen von unter 25-jährigen in stationärer Therapie oder ambulanter Beratung stattgefunden (siehe Grafik).

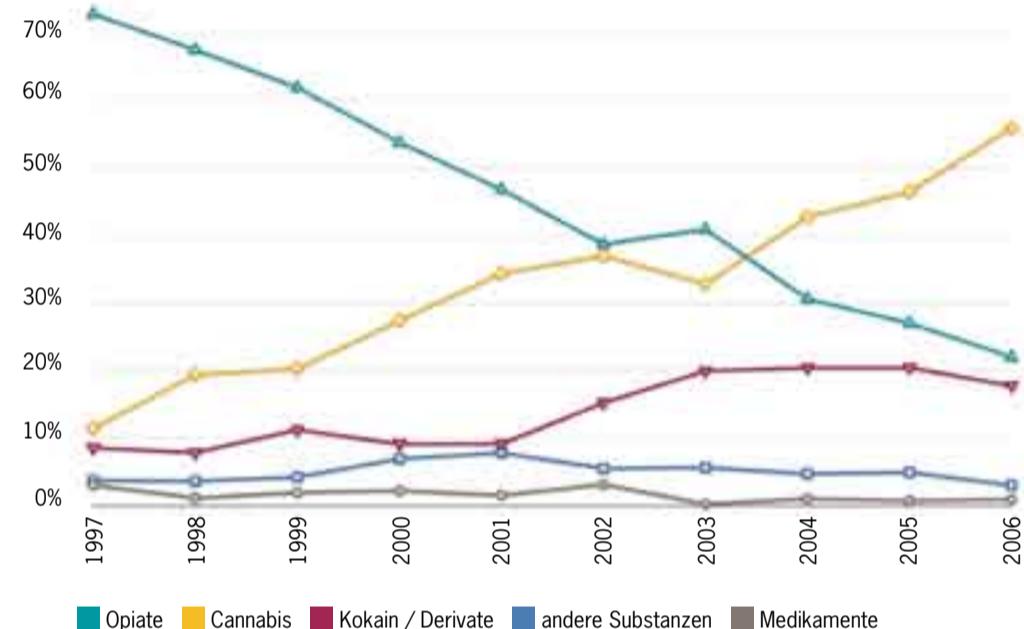
Insgesamt suchten weniger KlientInnen mit Opiaten als Hauptproblemsubstanz professionelle Hilfe auf, während die Anzahl Ratssuchender wegen Cannabis- und Kokainkonsums von 11,6% bzw. 8,6% 1997 auf 56,1% bzw. 17,8% 2006 stieg.

Dabei nehmen die Jugendlichen mit Cannabiskonsum als Hauptproblem vor allem ambulante Behandlungsangebote in Anspruch, während junge KlientInnen mit Opiat- und Kokainproblemen vor allem stationär behandelt werden und oft mehrere Problemsubstanzen aufweisen (Mehrfachbelastung).

Quelle: act-info 2009

Häufigkeiten der Hauptproblemsubstanzen von KlientInnen unter 25 Jahren in ambulanter oder stationärer Suchtbehandlung

Quelle: Sozialaktuell 1/2009



ALTER UND KONSUM

Süchtige werden älter, Suchtkarrieren länger

Statistiken zeigen: Das Alter der Klienten in Suchtbehandlungen nimmt zu

nf. Aus den Statistiken des Monitoring-Systems act-info geht hervor, dass sich die Altersstruktur der Klienten von Suchthilfeeinrichtungen vor allem im Bereich der illegalen Substanzen verändert hat.

Während in Behandlungseinrichtungen und Beratungsstellen, die spezialisiert sind auf Probleme mit Alkohol, Tabak und Medikamenten, der Anteil älterer Klienten (40 Jahre und mehr) bereits seit langer Zeit bedeutend ist (>60%), sind in jüngster Zeit nun auch Institutionen für Probleme mit illegalen Drogen vermehrt mit über 40-jähriger Klientel konfrontiert. Dies gilt insbesondere für Beratungen und Behandlungen, die aufgrund von Problemen mit Opiaten in Anspruch genommen werden.

Gemäss der Statistik von act-info konsumieren zwei Drittel der über 40-jährigen KlientInnen, welche sich auf Grund von Opiatkonsum in einer Behandlung befinden, bereits seit dem jungen Erwachsenenalter, d.h. der Erstkonsum hat vor dem 25. Lebensjahr stattgefunden,

während in 20% der Fälle der Erstkonsum nach dem 30. Lebensjahr stattgefunden hat. Diese Ergebnisse zeigen, dass eine Mehrheit der älteren KlientInnen mit Opiatkonsum eine langjährige Substanzabhängigkeit aufweisen.

Welche Entwicklung ist auf Grund der veränderten Altersstruktur zu erwarten?

Gemäss den Statistiken von act-info zeichnet sich ab, dass in den nächsten Jahren eine Mehrheit der Klienten über vierzig Jahre alt sein wird. Sind entsprechend Veränderungen bei den Behandlungsbedürfnissen zu erwarten?

Angesichts der mit dem Substanzkonsum verbundenen physischen und psychischen Gesundheitsprobleme ist gemäss act-info (2009) davon auszugehen, dass sich diese durch den Alterungsprozess verstärken werden.

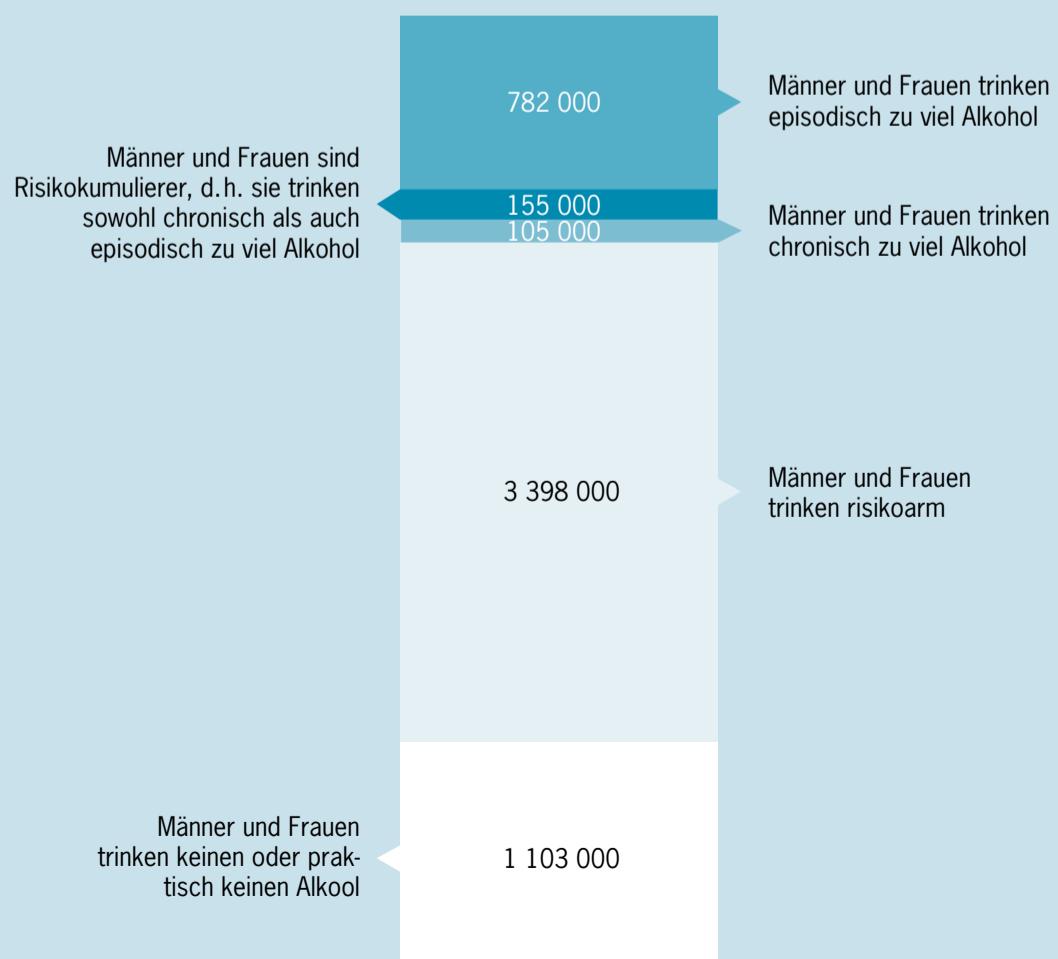
Es wird angenommen, dass Menschen mit Suchtproblemen und einer langen Suchtkarriere früher und in grösserem Ausmass auf soziale und medizinische Betreuung im Alter angewiesen sein werden als die Durchschnittsbevölkerung.

ALKOHOLKONSUM

Wie viele trinken wie viel Alkohol?

Verteilung von Konsummustern in der 15- bis 74-jährigen Bevölkerung

Quelle: Wicki & Gmel (2005). Rauschtrinken und chronisch risikoreicher Konsum: Konsistente Schätzung der Risikoverteilung in der Schweiz aufgrund verschiedener Umfragen seit 1997.



PSYCHIATRISCHE DIAGNOSESTELLUNGEN

Zunahme psychischer Störungen: Depression auf Platz 1, Antidepressiva meist verschriebene Psychopharmaka

nf. Psychische Störungen spielen in der modernen Gesellschaft eine immer grössere Rolle. Die Zahl der stationären und ambulanten psychiatrischen Behandlungen in der Schweiz steigt. Ein Blick auf die psychiatrischen Diagnosen und deren medikamentöse Behandlung.

Mehr psychische Diagnosen

Gemäss dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan nimmt die Anzahl der in Arztpraxen von Allgemeinpraktizierenden, Psychiatern und anderen Fachärzten gestellten Diagnosen zu (siehe Grafik): Von 8,4 Millionen im Jahr 2000 auf 9,3 Millionen im Jahr 2008. Folglich waren 11% aller in Arztpraxen gestellten Diagnosen psychiatrischer Natur.

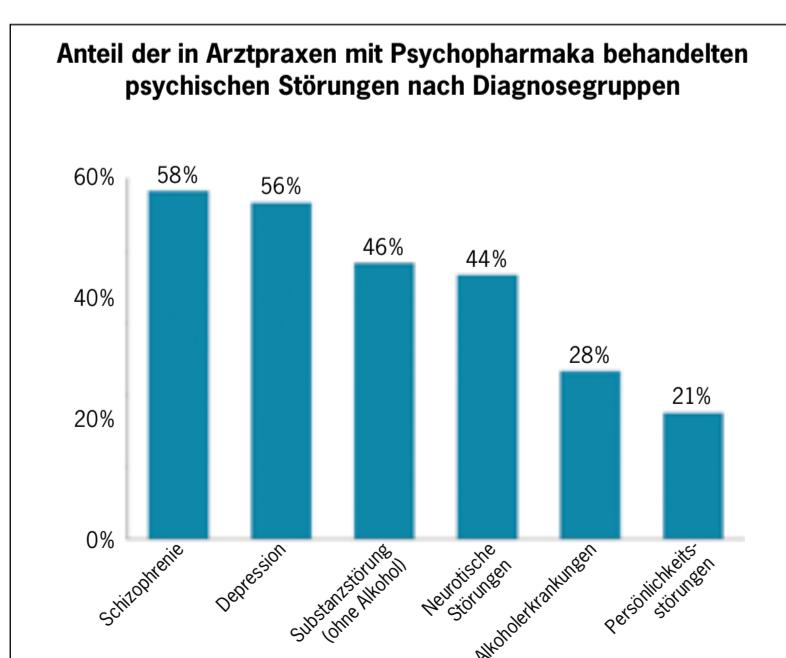
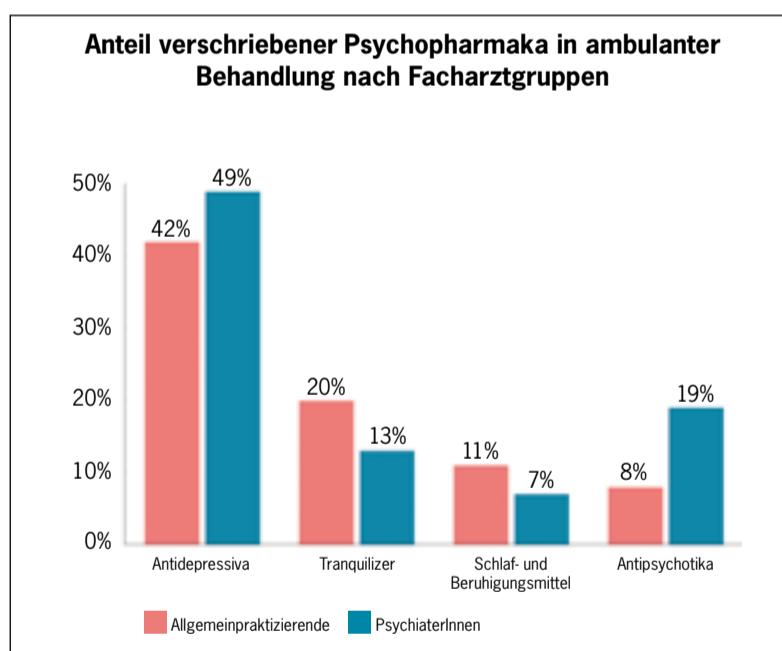
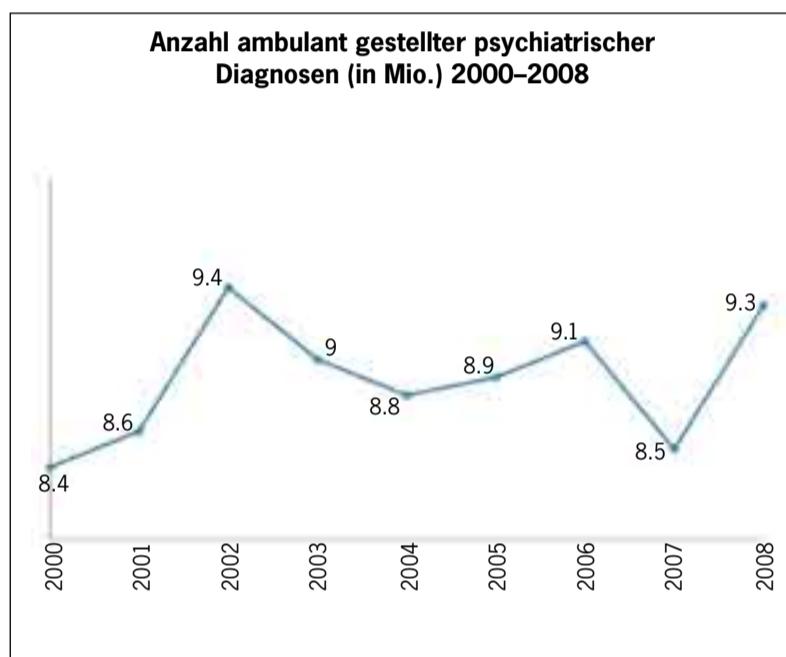
Psychiatrische Diagnosestellung vermehrt durch PsychiaterInnen

In derselben Zeitspanne lässt sich eine Entwicklung hin zur Diagnosestellung durch PsychiaterInnen feststellen. Der Anteil der gestellten psychiatrischen Diagnosen durch Allgemeinpraktizierende ging von 47% auf 41% zurück, während die psychiatrische Diagnosestellung durch Psychiater von 50% auf 57% anstieg.

Depression und Antidepressiva auf Platz 1

Die häufigsten psychiatrischen Störungen sind Depressionen mit 32%, gefolgt von neurotischen Störungen mit 26%. Die Hälfte aller verschriebenen Psychopharmaka in ambulanten Behandlungen gehören zur Gruppe der Antidepressiva (siehe Grafik mitte).

Nicht alle psychiatrischen Störungen werden gleich oft medikamentös behandelt (siehe Grafik unten), wobei sich ein leichter Unterschied zwischen Allgemeinpraktizierenden (in 47% der Fälle) und PsychiaterInnen (in 44% der Fälle) zeigt.



Quelle: Obsan 2010

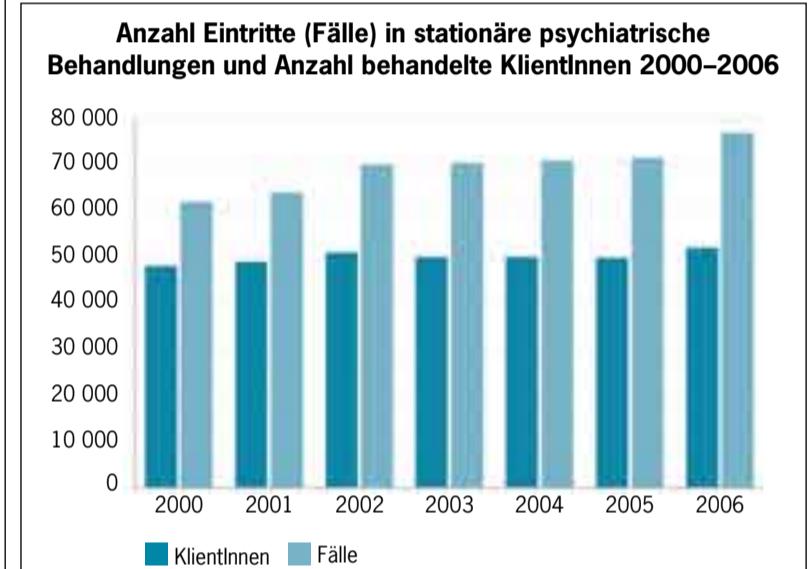
ENTWICKLUNG STATIONÄRE VERSORGUNG

Drehtüreffekt bei der stationären psychiatrischen Behandlung?

nf. Die Zahl der Eintritte in stationäre psychiatrische Behandlungen hat zugenommen, dies obwohl pro Jahr nicht mehr KlientInnen behandelt werden. Wie ist diese Entwicklung zu erklären?

Mehr Behandlungen bei konstanten Fallzahlen

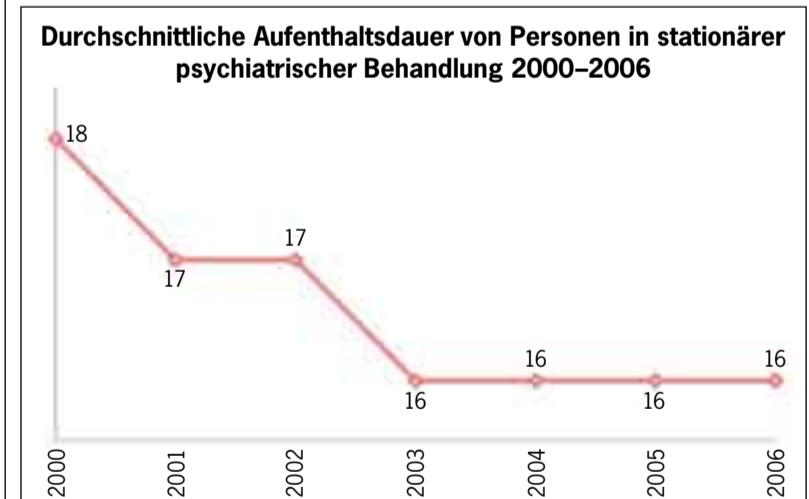
Gemäss den Behandlungsdaten der medizinischen Statistik zeigt sich, dass die Anzahl der stationären psychiatrischen Behandlungen im Zeitraum von 2000–2006 zugenommen hat, insgesamt um 9,3%. Dies bei einer beinahe konstant bleibenden Zahl der behandelten KlientInnen: pro Jahr befinden sich ca. 50 000 KlientInnen in stationärer psychiatrischer Behandlung (siehe Grafik).



Mehr Eintritte bei gleich bleibender Zahl der behandelten Fälle bedeutet eine höhere Wiedereintrittsrate. Die Analyse des Obsan zeigt, dass viele KlientInnen nur eine Behandlung haben und sich die Wiedereintritte auf einen kleinen Teil der stationär psychiatrisch behandelten KlientInnen konzentriert, sog. Heavy User.

Abnehmende Aufenthaltsdauer

Die erhöhte Rehospitalisierungsrate ist jedoch nicht der einzige Trend in dieser Zeitspanne. Gleichzeitig ist nämlich für den Zeitraum von 2000–2006 gesamtschweizerisch auch eine Abnahme der Aufenthaltsdauer festzustellen (vgl. Grafik).

**So beurteilen Experten diese Entwicklung**

Gemäss einer Expertenbefragung des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan sind die erhöhte Rehospitalisierungsrate und die kürzere Aufenthaltsdauer mit Vorsicht zu beurteilen. So schreibt das Obsan im fact sheet zur stationären Psychiatrie in der Schweiz 2000–2006: «Für die sog. „Heavy User“ sollten laut den befragten Fachpersonen spezifische Angebote bereitgestellt werden, um „Drehtürpsychiatrie“ zu verhindern.» Jedoch deuten die oben dargestellten Zahlen nicht zwingend auf einen negativen Drehtüreffekt hin, wie das Obsan weiter festhält: «Laut den befragten Expertinnen und Experten sprechen diese Ergebnisse für einen häufigeren Wechsel der Patientinnen und Patienten zwischen ambulanten und stationären Angeboten im Sinne einer integrierten Versorgung. Die zunehmende Vernetzung verschiedener Angebote ermöglicht eine optimierte und fachspezifischere Behandlung und wird somit als grundsätzlich positiv für die Patientinnen und Patienten beurteilt.»

Quelle: Obsan 2008

EUROPÄISCHER AKTIONSPLAN

Vision: psychisches Wohlbefinden für alle

nf. Der europäische Aktionsplan für psychische Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation WHO (2005) verfolgt das Ziel, das psychische Wohlbefinden als Grundlage für eine hohe Lebensqualität für alle zu fördern. Als Massnahmen sind umfassende Strategien zur Förderung der psychischen Gesundheit zu entwickeln, dies im Rahmen einer umfassenden Politik für (psychische) Gesundheit.

Problemlast psychische Erkrankung

Gemäss wissenschaftlichen Studien ist fast jede zweite Person im Verlauf ihres Lebens einmal von einer psychischen Erkrankung betroffen. Trotz der weiten Verbreitung psychischer Krankheiten wird jedoch nur ein Bruchteil der Gesundheitsausgaben für die psychische Gesundheit aufgewendet. Mit der europäischen ministeriellen Konferenz Psychische Gesundheit der WHO in Helsinki 2005 sollte der psychischen Gesundheit in der politischen Diskussion zu einem höheren Stellenwert verholfen werden.

Zielsetzungen

Als übergeordnete Zielsetzungen gilt es, mit dem Aktionsplan das Bewusstsein für die Bedeutung des psychischen Wohlbefindens zu fördern und gegen Stigma, Diskriminierung und Ungleichbehandlung vorzugehen.

Des Weiteren ist ein umfassendes Versorgungssystem zu entwickeln, welches eine integrierte, effizien-

te psychosoziale Behandlung und Prävention ermöglicht.

Inhalte des Aktionsplans

Im Aktionsplan sind 12 Teilziele formuliert, welche sich auf die Entwicklung, Umsetzung und Durchführung einer umfassenden Politik der psychischen Gesundheit beziehen:

- Das psychische Wohlbefinden aller ist zu fördern.
- Die zentrale Position der psychischen Gesundheit muss aufgezeigt werden.
- Gegen Stigma und Diskriminierung wird vorgegangen.
- Geeignete Angebote für vulnerable Lebensphasen werden gefördert.
- Psychische Gesundheitsprobleme und Suizid sind zu verhüten.
- Eine gute Primärversorgung für psychische Gesundheitsprobleme ist gesichert.
- Menschen mit schweren psychischen Gesundheitsproblemen werden durch gemeindenähe Dienste wirksam versorgt.

• Partnerschaften über Sektoren hinweg werden errichtet.

- Es besteht ein ausreichendes und kompetentes Arbeitskräfteangebot.
- Verlässliche Informationen über die psychische Gesundheit sind gesichert.
- Eine faire und angemessene Finanzierung ist bereit gestellt.

- Die Wirksamkeit von Interventionen und Strategien ist ausgewertet und neue Erkenntnisse werden gewonnen.

Untenstehender Artikel zeigt auf, wie das Credo «psychisches Wohlbefinden für alle» in der Schweiz umgesetzt werden soll.



Moderne Psychiatrie: fördert Angebote zur Unterstützung in vulnerablen Lebensphasen.

INTEGRIERTE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG

Darunter wird eine nachhaltige und effiziente psychiatrische Versorgung verstanden. Diese soll durch die optimale Kooperation der verschiedenen beteiligten Stellen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie durch ein gut ausgebautes System an ambulanten und teilstationären gemeindepsychiatrischen Diensten zur Ergänzung der stationären Versorgung erfolgen. Im Rahmen der integrierten Versorgung bietet bspw. ein Case Management (vgl. Artikel Seite 16) die Möglichkeit, die Behandlung chronisch kranker Menschen zu begleiten und durch Koordination Doppelprägungen zu vermeiden.

PSYCHIATRIEPLANUNG SCHWEIZ / KANTON BERN

Ambulant vor stationär: gemeindepsychiatrische, integrierte Versorgung

nf. Ab Mitte des 20. Jahrhunderts kam es in allen industrialisierten Ländern zu einem Abbau von Psychiatriebetten. Ambulante und teilstationäre Angebote wurden ausgebaut und gemeindepsychiatrische, integrierte Versorgungsangebote geschaffen.

Ein Blick auf den Strategieentwurf zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz (2004) sowie auf den Leitfaden zur Psychiatrieplanung der GDK (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2008) zeigt künftig zu erwartende Entwicklungen auf:

Deinstitutionalisierung im Rahmen der Psychiatriereformen

Die Psychiatrie ab 1950 war gekennzeichnet durch mehr oder weniger umfangreiche Reformen, die sich unter dem Stichwort Deinstitutionalisation zusammenfassen lassen.

Verfolgt wurde damit eine Abkehr von der tendenziell auf Verwahrung ausgerichteten psychiatrischen Versorgung zugunsten eines bedarfsgerechten, gemeindenahen Versorgungssystems.

Psychiatrische Versorgung in der Schweiz

Kennzeichnend für die psychiatrische Versorgung ist die Kooperationsnotwendigkeit mit angrenzenden Bereichen wie dem Gesundheitswesen allgemein, dem Sozialwesen und der Justiz, die sich aufgrund der Charakteristika und dem Verlauf psychiatrischer Erkrankungen ergeben.

Die psychiatrische Versorgung wird in der Schweiz durch die Kantone sichergestellt, was entsprechend zu kantonal unterschiedlichen Angebotsstrukturen und -umfängen führt. Mit dem Leitfaden zur Psychiatrieplanung sollen Versorgungslücken verhindert, ein gleicher Zugang zu psychiatrischen Angeboten für alle gewährleistet, gegen Stigmatisierung vorgegangen und eine innovative Versorgung realisiert werden. Dazu muss von einem ganzheitlichen, biopsychosozialen Verständnis psychischer Gesundheit bzw.

Krankheit ausgegangen und Psychiatrieplanung als Prozess mit sowohl qualitätssichernder wie auch innovativer Wirkung verstanden werden.

Leitlinien zur psychiatrischen Versorgungsplanung

Als richtungweisend sind die Folgenden zu nennen:

- Ambulante und teilstationäre Angebote sollen bedarfsgerecht ausgebaut werden.
- Sicherstellung der Betreuungskontinuität.
- Fragmentierungen in der Versorgungsstruktur, die gesetzlich oder finanziell bedingt sind, werden kompensiert.
- Bereitstellung integrierter Angebote.
- Zentrale psychiatrische Dienste unterstützen dezentralisierte Bereiche fachlich (Sicherstellung der Versorgungsqualität bei gemeindenahen Versorgungsstrukturen).

Besonders hervorzuheben ist, in Anlehnung an Psychiatriereformen in anderen Ländern, der Vorrang ambulanter und teilstationärer Angebote vor stationären, um eine möglichst bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten. Dies bedeutet eine Dezentralisierung und Deinstitutionalisierung und den Aufbau autonomer Versorgungseinheiten. Damit wachsen Anforderungen an Kooperation und Vernetzung.

Fazit

Die Fokussierung auf eine ambulante Versorgungsstruktur bedingt, dass im Sinne einer Balanced Care nebst den gemeindenahen Versorgungsangeboten stationäre Kliniken ihre wichtige Unterstützungsfunction weiterhin wahrnehmen können. Im Vordergrund sollte die Orientierung an den KlientInnen stehen, bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen.

Projekt WePBE**Weiterentwicklung der Psychiatrieversorgung Kanton Bern WePBE: Einbezug der Leistungserbringer in die Psychiatrieplanung**

Insgesamt verfügt der Kanton Bern über ein gut ausgestattetes und funktionierendes psychiatrisches Versorgungssystem. Die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung steht auch hier im Zeichen internationaler Trends und orientiert sich an den oben genannten Leitlinien.

Für die Weiterentwicklung der Psychiatrieversorgung im Kanton Bern wird auf verschiedene Pilotprojekte gesetzt. Anhand derer sollen Erfahrungen mit neuen Versorgungsstrukturen und -formen gesammelt und evaluiert werden. Damit wird von Seiten des Kantons auch der Einbezug der Leistungserbringer gefördert.

Quelle: GEF 2007.

INTEGRATION NEUER STRATEGIEN

Die Suchttherapie in den Schoss der Psychiatrie?

st. Die Versorgungsplanung Psychiatrie ist im Gange, die neue Schweizer Suchtpolitik wird lanciert und der Kanton Bern errichtet Eckpfeiler einer neuen Suchthilfestrategie. Die sensible «Renovations-Baustelle» liegt offen. Eine strukturelle Frage stellt sich: Soll der Versorgungsbereich Sucht stärker in die Psychiatrie integriert werden?

Die Suchthilfe ist strukturell weitgehend unabhängig von der Psychiatrie organisiert, was aus verschiedenen Gründen als sinnvoll zu erachten ist. In den aktuellen strategischen Planungsdiskussionen stellt sich jedoch die berechtigte Frage, wie diese strukturelle Unabhängigkeit weiterhin begründet bzw. erhalten werden kann.

Diese Frage taucht zwangsläufig zu einem Zeitpunkt auf, in welchem sich sowohl die Psychiatrie als auch die Suchthilfe in einem Prozess der Strategieentwicklung befinden. Die beiden Bereiche haben sozusagen jeder für sich eine anspruchsvolle Aufgabe zu erledigen, welche optimalerweise im laufenden Prozess aufeinander abgestimmt wird. Eine doppelte Herausforderung, zumal die Frage der Integration wohl nicht einfach strukturell beantwortet werden kann.

Analoge strukturelle Herausforderungen

Es kann als Chance gesehen werden, dass sich das Suchthilfesystem und das psychiatrische Versorgungssystem in einer vergleichbaren Ausgangslage befinden und vor ähnlichen strukturellen Problemen

stehen. Beide Versorgungsbereiche weisen ein vielseitiges, aber fragmentiertes, heterogenes System auf. Insofern weisen sie in der strategischen Entwicklung von Ansätzen zur Systemsteuerung analoge Stossrichtungen bzw. Fragestellungen auf:

- Vielfalt versus strategische Partnerschaften.
- Regionale versus kantonale Lösungen.
- Ambulant vor stationär.
- Einbezug der Regelversorgung.

Bestrebungen zur strukturellen Integration – ein sensibler Prozess

Die Funktionen und Aufgaben der Psychiatrie im Suchthilfesystem und umgekehrt können im Zuge dieser Planungsprozesse geklärt und festgelegt werden. Sowohl im Hinblick auf die Versorgungsplanung Psychiatrie 2011–2014 als auch im Rahmen der neuen Suchthilfestrategie des Kantons Bern wird angestrebt, dass die Versorgungsstrategien aufeinander abgestimmt werden. Ist die Konsequenz davon, dass die Suchthilfe strukturell in die Psychiatrie integriert werden soll? Aus der Perspektive der Psychia-

trie könnte man durchaus für eine strukturelle Integration argumentieren, sozusagen der Richtigkeit halber, weil Sucht eine psychische Störung ist. Dies vernachlässigt jedoch wichtige fachliche, politische und «kulturelle» Aspekte, welche die Suchthilfe und Psychiatrie unterscheiden.

Unabhängig etabliertes Suchthilfesystem

Die Unabhängigkeit und Eigenständigkeit des Suchthilfesystems ist eine gewachsene Struktur, die durchaus ihre Berechtigung hat. Nicht zuletzt ist sie auch ein Ergebnis davon, dass die Suchtbehandlung von Seiten der Psychiatrie ausgelagert und an die Sozialtherapie angegliedert wurde. Dies macht scheinbar Sinn, weil sich die Suchthilfe somit über den eher formellen Rahmen institutioneller Psychiatrie hinaus entwickeln konnte – ein wichtiger Aspekt angesichts der Anforderungen, welche an die Dynamik von Behandlungen bei Suchterkrankungen gestellt werden. Dadurch hat sich die Suchthilfe autonom zu einem fundierten System mit spezifischem Know-how und Erfahrung etabliert. Weiter hat sich

die unabhängige Suchthilfe ein gutes Image bei den Betroffenen und Zuweisern erarbeitet.

Strukturelle versus fachliche Integration

Die strukturelle Integration der zwei Versorgungssysteme macht daher in vollständiger Weise kaum Sinn, wenn nicht wertvolle Ressourcen gefährdet werden sollen. Von der Fragwürdigkeit der strukturellen Integration ist jedoch der unbestrittene Bedarf der fachlichen Integration auf Behandlungsebene zu unterscheiden.

Bestrebungen zur fachlichen Integration

Bei Substanzabhängigkeit sind je nach Bedarf verschiedene Behandlungs- und Hilfsangebote aus unterschiedlichen Bereichen beteiligt: psychotherapeutisch, psychiatrisch, sozialtherapeutisch-/pädagogisch, medizinisch-somatisch. Je nach Disziplin werden andere Aspekte der Abhängigkeit beleuchtet und entsprechend gewichtet. Effektive und effiziente Behandlungsverläufe in der Suchtbehandlung setzen eine hohe Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit im gesamten betroffenen Versorgungssystem voraus.

Zuständigkeiten und Abläufe sowie Standards und Schwerpunkte der Behandlung und Beratung müssen klar geregelt sein. Dies zeigt sich besonders in der Behandlung von

Menschen mit Doppeldiagnose, welche Interventionen aus verschiedenen Disziplinen benötigen (siehe Grafik und Seite 22).

Von der Fragwürdigkeit der strukturellen Integration ist jedoch der unbestrittene Bedarf der fachlichen Integration auf Behandlungsebene zu unterscheiden.

Die Konsequenz liegt in der Integration von Behandlungskonzepten sowie in der Interdisziplinarität, welche sowohl intrainstitutionell als auch interinstitutionell realisiert werden.

Fachliche Integration, strukturelle Kooperation

Soll der Versorgungsbereich Sucht in die Psychiatrie integriert werden? Unbestritten ist, dass eine Integration von Psychiatrie und Suchthilfe sinnvoll ist – entscheidend ist jedoch auf welcher Ebene. Aus Sicht der Praxis geht es um fachliche Integration und strukturelle Kooperation. Eine vollständige strukturelle Integration scheint sehr fragwürdig.

Vielmehr ist die Frage relevant: Welche strukturellen Kooperationen sind notwendig, damit die integrative Behandlung von Suchthilfe und Psychiatrie effektiv und effizient angeboten werden kann?



Integration: funktioniert, wenn sich Bereichsgrenzen öffnen und Teams interdisziplinär zusammenspielen.

DOPPELDIAGNOSEBEHANDLUNG

Integration von Psychiatrie und Suchttherapie in der Praxis

st. Die Notwendigkeit der Integration von Psychiatrie und Suchthilfe zeigt sich besonders deutlich in der Behandlung von Menschen mit Doppeldiagnose.

Zur Behandlung der Komorbidität von Sucht und weiteren psychischen Störungen sind integrative Behandlungsansätze unabdingbar. Diese setzen in kleinerem oder grösserem Rahmen auch strukturelle Kooperation voraus. In diesem Sinne sind Bestrebungen der strategischen Abstimmung von Psychiatrie und Suchthilfe in der Praxis willkommen und sinnvoll.

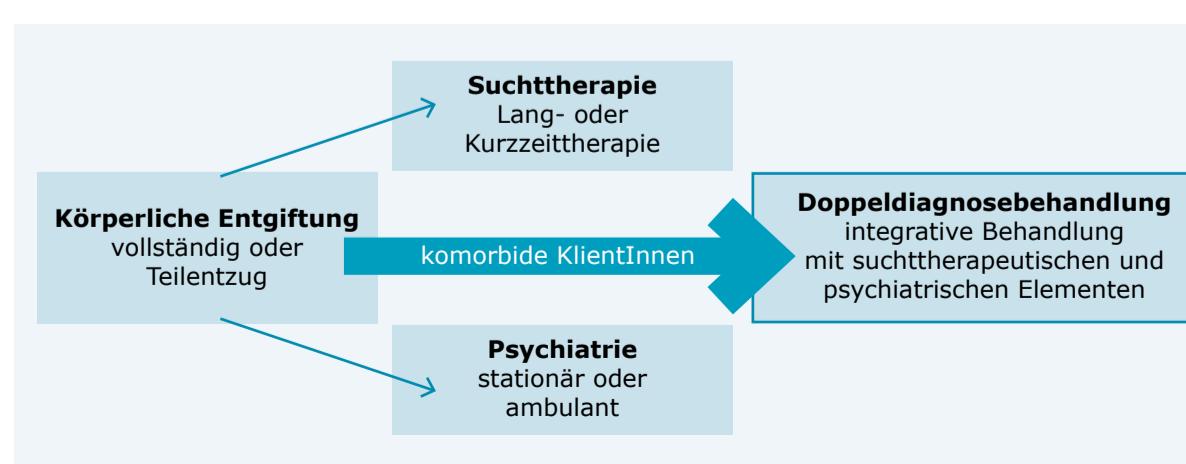
Im Laufe der Jahre hat sich in der Klinik Selhofen gezeigt, dass die

integrative Behandlung von Sucht-mittelabhängigen verbessert und verstärkt werden muss. Die mehrjährige Zusammenarbeit mit dem Psychiatriezentrum Münsingen (PZM) bietet uns strukturell wie fachlich die Gelegenheit, dies in der Praxis umzusetzen.

Seit Anfang 2010 führen wir im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) des Kantons Bern ein **Pilotprojekt zu Doppeldiagnosebehandlungen** durch.

Wir sind stolz, im Sinne von zeitgemässer Suchtbehandlung eine Vorbildfunktion in der Umsetzung der fachlichen Integration von Psychiatrie und Suchttherapie einzunehmen.

Details zur Behandlung von Doppeldiagnosen sowie dem Pilotprojekt der Klinik Selhofen entnehmen sie der Seite 22 bzw. der Internetseite www.klinikselhofen.ch.



PILOTPROJEKT D+

Wenn Suchttherapie alleine zu kurz greift

st. Seit dem 1. Januar 2010 bietet die Klinik Selhofen integrative Behandlungen für Menschen mit Doppeldiagnose an. Das 3-jährige Pilotprojekt D+ wurde von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) des Kantons Bern in Auftrag gegeben und wird von verschiedenen professionellen Seiten unterstützt. Gerne stellen wir Ihnen die wichtigsten Elemente des Behandlungskonzepts vor.

Ziel

Das Angebot richtet sich an KlientInnen, bei welchen gleichzeitig eine Suchtmittelabhängigkeit sowie eine psychische Störung (Bsp. Angststörung, Depression, Persönlichkeitsstörung) vorliegen.

Die Behandlung verfolgt das Hauptziel der Stabilisierung von Personen mit Doppeldiagnose hinsichtlich Psyche, Sucht, Körper und sozialer Situation. Das Konzept beschreibt die integrative Behandlung mittels psychiatrischen und suchttherapeutischen Interventionen.

Therapieverständnis

Basierend auf einem lösungs- und ressourcenorientierten Therapieverständnis fließen Elemente verschiedener Therapieansätze (Verhaltenstherapie, kognitive Therapie, systemische Therapie usw.) in die Behandlung ein. In einer engen Folge von Einzel- und Gruppengesprächen wird differenziert und prozessorientiert an den individu-

ellen Therapiezielen gearbeitet. Die KlientInnen werden bei der Erarbeitung therapeutischer Aufgaben stark in Verantwortung gezogen.

Therapieangebot

Das Therapieangebot ist vielseitig und professionell, was eine intensive störungsspezifische Behandlung ermöglicht. Neben fixen Behandlungselementen können die einzelnen Angebote bausteinartig auf die individuelle Situation und die Behandlungsziele abgestimmt werden. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Behandlungsplanung stellt eine optimale Koordination der Interventionen sicher.

Entsprechend der Komplexität der Behandlung von komorbidem KlientInnen wird im Therapieangebot hohe Flexibilität bei grösstmöglicher Zielorientierung und Struktur angestrebt.

Die Zusammenstellung der Therapieelemente sowie die Implikationen für die Gestaltung der thera-

peutischen Beziehung ergeben sich aus der Fallkonzeption mit detaillierter Behandlungsplanung. Das Therapieangebot umfasst Einzel- und Gruppengespräche.

Behandlungselemente

- Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in Einzel- und Gruppentherapie.
- Psychosoziale Beratung.
- Pflegerische, milieutherapeutische Betreuung.
- Arbeits- und Aktivierungsprogramm.
- Soziale Integration.
- Aussenorientierung.

Austrittsplanung

Die Einbindung in ein weiterführendes professionelles Helfernetz ist Voraussetzung für eine nachhaltige Stabilisierung. Vorbehandelnde Personen und Institutionen werden hierbei einbezogen, Lücken im Behandlungsnetz geschlossen, so dass bei Therapieaustritt eine geeignete

Nachbehandlung organisiert ist. In der Abschlussphase der stationären Behandlung nehmen die KlientInnen nach Möglichkeit bereits eine ambulante Therapie auf.

Entsprechend der Komplexität der Behandlung von komorbidem KlientInnen wird im Therapieangebot hohe Flexibilität bei grösstmöglicher Zielorientierung und Struktur angestrebt.

vor dem Austritt mit einigen KlientInnen über weitere Massnahmen bei einem allfälligen Rückfall geredet und entsprechende Wiedereintrittsvereinbarungen festgehalten.

Rahmenbedingungen

Das Angebot der Doppeldiagnosebehandlung umfasst 4 Plätze in Einzelbettzimmern.

Die Behandlungsdauer beträgt in der Regel mindestens 4 Wochen und maximal 3 Monate. Sie wird individuell festgelegt und richtet sich nach dem Krankheitsbild und den Therapiezielen der KlientInnen.

Fachpersonal

An der Behandlung beteiligt sind PsychiaterInnen, Pflegefachpersonal, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen.

Projektpartner

PZM: Das Psychiatriezentrum Münsingen ist im medizinischen Bereich Kooperationspartner der Klinik Selhofen.

infodrog: Die Koordinations- und Fachstelle Sucht unterstützt das Pilotprojekt mit einem Beitrag aus dem Fonds Therapie und Schadensminderung. Die Unterstützung ist an eine externe Evaluation über die Zielerreichung gebunden.

ISGF: Das Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich führt die externe Evaluation des Pilotprojekts durch.

PD Dr. Franz Moggi: Leiter Klinisch Psychologischer Dienst der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie Bern. Er bildet das Personal der Klinik Selhofen doppeldiagnosenpezifisch weiter.

Wiederaufnahme

Mehrfaache Behandlungen sind grundsätzlich im Verständnis eines zirkulären Suchtausstiegs nicht auszuschliessen und bei komorbider Klientel besonders charakteristisch. Um allfällige Intervallbehandlungen zu strukturieren und in einen entwicklungsorientierten Gesamtprozess zu leiten, wird in der Klinik Selhofen mit Wiedereintrittsvereinbarungen gearbeitet.

Melden sich KlientInnen zu einer erneuten Behandlung an, wird abgeklärt, ob individuelle Aufnahmeverbedingungen vereinbart werden müssen. Unterstützend wird bereits

Integrativer Behandlungsansatz

Multidynamik Komorbidität

Aufgrund des sehr komplexen Krankheitsbildes, bei welchem sich die Störungen oft gegenseitig noch verstärken, haben Doppeldiagnose-KlientInnen ein hohes Chronifizierungsrisiko. Im Langzeitverlauf ergeben sich sehr komplizierte, individuell unterschiedliche und schwer diagnostizierbare Symptome. Oftmals übernehmen Symptome der einzelnen Störungen auch Funktionen in der anderen Störung. Die Störungen stehen in einer unmittelbaren Wechselwirkung; dies gilt auch im Prozess der Therapie.

Kernkompetenzen integrativer Behandlungsansätze

Aufgrund der Komplexität von Doppeldiagnosebehandlungen müssen verschiedene medizinische und suchttherapeutische Massnahmen integrativ miteinander verknüpft werden. Die integrierte Behandlung gilt bei Komorbidität als optimal, weil sie sowohl in Bezug auf die psychischen Krankheiten als auch auf den Substanzmissbrauch erfolgsversprechend ist. Die Kontinuität in der Behandlung kann nur durch die Verflechtung von psychiatrischen, psychotherapeutischen und suchtspezifischen Interventionen unter professioneller Fallführung gewährleistet werden.

Gemäss theoretischer Grundlagen, Fachwissen und Praxiserfahrung sind folgende Punkte wichtig für die Behandlung von Doppeldiagnosen:

- Berücksichtigung der Multidynamik von komorbid Störungen.
- Langzeitperspektive, Kontinuität.

- Individualität, störungs- und patientenorientierte Behandlung.
- Strukturiertes, intensives und reichhaltiges Therapieangebot.
- Schwerpunkte: Veränderung des Suchtverhaltens, Stabilisierung des psychischen Zustands.
- Therapie-Compliance, Motivationsarbeit durch starke therapeutische Beziehungen.
- Aussenorientierung, Verhinderung von Hospitalisierungseffekten.
- Komorbiditätsspezifische Rückfallprävention.
- Professionelles Fachpersonal in Psychiatrie und Suchtbehandlungen.

Komponenten der Behandlung

- Aufbau der Therapiebeziehung.
- Förderung von Motivation.
- Behandlung anhand individueller Ziele.
- Rückfallprävention.

Interdisziplinarität und Individualität

Für eine gelingende Behandlung müssen die Möglichkeiten des Behandlungsangebots und die Ressourcen der Klientel übereinstimmen. Entscheidend ist dabei die Individualität und Interdisziplinarität in Indikation, Behandlungsplanung und Massnahmenkoordination. Das Behandlungsangebot ist so ausgelegt, dass es diesen Ansprüchen gerecht wird. Verschiedene interne und externe Behandlungselemente werden miteinander kombiniert und auf die individuelle Situation zugeschnitten, damit übergeordnete Therapieziele in einem Gesamtprozess erreicht werden können.

DOPPELDIAGNOSE

Unter Doppeldiagnose wird im Allgemeinen die Komorbidität oder das **gemeinsame Auftreten einer psychischen Störung** (Bsp. Angststörung, Schizophrenie, Depression, Persönlichkeitsstörung) **und einer Substanzstörung** (Missbrauch oder Abhängigkeit von einer oder mehreren psychotropen Substanzen) bei derselben Person in einem bestimmten Zeitraum verstanden (Dilling, 2002).

33% der Personen mit Substanzstörungen weisen auch psychische Störungen auf (Lieb & Isensee, 2007); im klinischen Setting sind es bis zu 50%.

DIE KLINIK SELHOFEN IM GESPRÄCH MIT PD DR. FRANZ MOGGI

«Mich fasziniert die komplexe therapeutische Herausforderung»

Dr. Franz Moggi, national einer der führenden Experten auf dem Gebiet von Doppeldiagnosebehandlungen, begleitet das Pilotprojekt D+ der Klinik Selhofen und bildet das an der Behandlung beteiligte Fachpersonal weiter. Im Interview mit der Klinik Selhofen berichtet Dr. Moggi über seine Erfahrungen in der Behandlung von Doppeldiagnose-KlientInnen sowie über aktuelle Forschungsergebnisse in diesem Bereich und nimmt Stellung zum Pilotprojekt D+.



PD Dr. phil. Franz Moggi, Leiter Klinisch Psychologischer Dienst der Universitäts- und Poliklinik für Psychiatrie Bern.

Klinik Selhofen: Was fasziniert Sie am Thema Doppeldiagnose?

Dr. Franz Moggi: Mich fasziniert die komplexe therapeutische Herausforderung mit Patienten, die unter mehreren psychischen Störungen leiden, einen individuellen, integrativen, problem- und ressourcenorientierten Therapieplan zu entwickeln und den Patienten zu helfen, diesen so umzusetzen, dass sich ihre Störungen deutlich verbessern und sie ihr Leben meistern können.

Wie erkennt man eine Doppeldiagnose und wie wird sie professionell diagnostiziert?

Wenn Fachleute die vorhandenen allgemeinen und störungsspezifischen Diagnoseinstrumente nach den Regeln der Kunst – sprich professionell – anwenden und die möglichen Zusammenhänge zwischen den psychischen Störungen und Störungen durch Substanzstörungen prüfen, dann können sie so zuverlässig Doppeldiagnosen wie andere Diagnosen stellen. Ich beobachte allerdings, dass auch in professionellem Rahmen dem diagnostischen Prozess häufig nicht die notwendige Aufmerksamkeit und Sorgfalt geschenkt wird.

Ist Doppeldiagnose heilbar?

Wenn man unter heilbar im klas-

sisch-medizinischen Sinn von einer somatischen Krankheit heilen versteht, dann wohl eher nicht. Heute definiert man im biopsychosozialen Modell psychische Störungen als ein Problem, das in den meisten Fällen komplex durch mehrere Bedingungen verursacht, ausgelöst und aufrechterhalten wird, so dass mit «Heilung» die Veränderung dieser Bedingungen zur Verbesserung der Störung – hier Doppeldiagnosen – gemeint ist.

«Einzelgespräche sind deshalb so wichtig, weil darin auf die individuellen Zusammenhänge zwischen Sucht und psychischer Störung und auf die besonderen Therapiebedürfnisse von Doppeldiagnosepatienten vertieft eingegangen werden kann.»

Gibt es auch präventive Massnahmen für Doppeldiagnosen?

Alle präventiven Massnahmen zur Verhinderung psychischer Störungen und von Sucht sind auch für Doppeldiagnosen präventiv, d.h. spezifisch für Doppeldiagnose gibt es keine Prävention.

Welches sind gemäss Ihrer Erfahrung die Erfolgsfaktoren in der Behandlung?

Als wichtigste Erfolgsfaktoren können

1. die Anwendung störungsspezifischer, wissenschaftlich evaluierter Interventionen, die in einem auf das Individuum angepassten Therapieplan zusammengestellt werden (integrative Therapie),
2. die Berücksichtigung der Phasen von Erlebens- und Verhaltensänderung (transtheoretisches Modell) und der in diesen Phasen vorherrschenden Motivationsprozesse (Motivierende Gesprächsführung) und
3. die Therapieplanung unter Langzeitperspektive

genannt werden.

«Es ist die Kunst der Doppeldiagnosebehandlung, bereits bestehende störungsspezifische Interventionen in einem Therapiemodell geschickt zu integrieren.»

Was ist auf jeden Fall zu vermeiden bei Doppeldiagnosebehandlungen?

Wenn eine der beiden Störungen in der Therapie nicht berücksichtigt wird, dann scheitern die Behandlungen meistens. Wenn die oben genannten Erfolgsfaktoren nicht angewendet werden, wenn Therapeuten unflexibel sind oder sich nur in einer der beiden Störungen auskennen, oder wenn Therapieprogramme sehr regeldicht sind und ihren Patienten ganz enge Grenzen setzen, dann tritt meistens kein Erfolg ein. Diese Bedingungen sollten vermieden werden.

Wie verhindert man sog. Drehüreffekte bei diesen komplexen Suchtbehandlungen?

Drehüreffekte (d.h. ein Patient tritt rasch wieder in eine Klinik ein, weil er zu früh entlassen wurde) werden verhindert, wenn man die genannten Erfolgsfaktoren der Therapie konsequent anwendet. Selbstverständlich können Rückfälle auftreten, aber nicht weil die Behandlung zu früh beendet wurde, sondern weil Rückfälle zum Krankheitsgeschehen bei Doppeldiagnosen und auch anderen Erkrankungen gehören. Letzteres ist kein Drehüeffekt.

Unsere Erfahrung weist darauf hin, dass vor allem hoch frequentierte psychotherapeutische Einzelgespräche von der Doppeldiagnoseklientel geschätzt werden.

Wie ist dies zu erklären?

Forschungsergebnisse zeigen, dass dies nicht nur für Selhofen sondern weltweit zutrifft. Doppeldiagnosepatienten benötigen zur Behandlung zweier oder gar mehr Störungen mehr Therapiezeit, in der integriert behandelt werden kann. Einzelgespräche sind deshalb so wichtig, weil darin auf die individuellen Zusammenhänge zwischen Sucht und psychischer Störung und auf die besonderen Therapiebedürfnisse von Doppeldiagnosepatienten vertieft eingegangen werden kann.

Welches sind die aktuellsten Forschungsergebnisse im Bereich Doppeldiagnose?

Da gibt es sehr viele. Die wichtigsten Ergebnisse sind aus meiner Sicht, dass sich die genannten Erfolgsfaktoren mehrheitlich bestätigen. Es müssen nicht neue störungsspezifische Interventionen erfunden werden, sondern die bestehenden müssen in einem Therapiemodell geschickt integriert werden. Das ist die Kunst der Doppeldiagnosebehandlung, die sich in der Forschung zu bestätigen scheint.

Sie kennen unser Konzept und bilden uns regelmässig weiter. Wo sehen Sie die Stärken der Doppeldiagnosebehandlung D+ in der Klinik Selhofen?

Selhofen versteht es, die genannten Erfolgsfaktoren in ihrem Therapiekonzept umzusetzen, d.h. das Konzept ist diagnostisch, motivational, integrativ sowie ziel- und veränderungsorientiert. Wichtig finde ich zudem die systematische Evaluation des Konzepts, aus deren Ergebnis das Team viel Wissen und Können ziehen wird.

Wie erklären Sie sich, dass es so wenig offizielle Doppeldiagnoseangebote gibt?

Ich glaube, es liegt daran, dass die Doppeldiagnosebehandlung schwierig ist und eine hohe Professionalität erfordert. Sie wirft ständig diagnostische und therapeutische Unsicherheiten auf. Als Einzeltherapeut oder Behandlungsteam muss man sehr flexibel sein und andauernd patientenzentrierte Lösungen erarbeiten. Das ist nicht jedermannss Sache.

Welches sind Ihre Visionen für die Behandlung von Doppeldiagnosen?

Meine Vision ist die konsequente Umsetzung von Doppeldiagnosebehandlungen in der Regelversorgung. Leider sind wir noch weit davon entfernt. Oft werden Projekte gestartet und nach deren Ablauf nicht weitergeführt. Die Suchthilfe ist dabei deutlich fortschrittlicher in der Anwendung der Doppeldiagnosebehandlung als die Psychiatrie.

«Als Einzeltherapeut oder Behandlungsteam muss man sehr flexibel sein und andauernd patientenzentrierte Lösungen erarbeiten. Das ist nicht jedermannss Sache.»

Neue Suchthilfestrategien möchten die Suchthilfe der Psychiatrie wieder mehr annähern. Wo sehen Sie sinnvolle Synergien, die effizient und effektiv genutzt werden können?

Eigentlich sind Suchterkrankungen eindeutig ein Teil der Psychiatrie, aber Suchthilfe und Psychiatrie haben sich aufgrund unterschiedlicher Vorstellungen über Sucht und deren Therapie seit Jahrzehnten voneinander entfernt. Meine Erfahrung ist, dass sich die Mitglieder «gemischter» Teams gegenseitig «on the job» fortführen und so die Grundlage für effektive und effiziente Therapieangebote bilden. Wenn man bedenkt, dass rund ein Viertel bis ein Drittel aller Patienten in der Psychiatrie mit Suchtmitteln Probleme haben und dass rund die Hälfte aller Patienten in der Suchthilfe psychische Störungen aufweisen, werden sich auf Grund der schwindenden Ressourcen im Gesundheitswesen zwangsläufig weitere Synergien ergeben müssen. Dies ist leider nicht eine bewusste Strategie sondern schlicht eine Notwendigkeit.



Integrative Behandlung: konsequent interdisziplinär.

IN KÜRZE



«Es war schon auch die Idee, dass dieses Leitbild nicht nur die Ausserwelt ein bisschen provozieren, sondern auch uns zu denken geben soll. So wie wir hoffen, dass die Institutionen, Suchtfachleute und auch die Politik anderer Bereiche sich auf diese Diskussionen einlassen, hoffe ich persönlich, dass es uns auch intern gelingt, diese Auseinandersetzung mit der nötigen Tiefe und Konsequenz zu führen.»

Markus Jann (Bundesamt für Gesundheit). Lesen Sie das Interview zum neuen suchtpolitischen Leitbild auf Seite 9.



«Sucht lenkt von der inneren Befindlichkeit ab und blendet vorübergehend unangenehme Gefühle aus. Sie ermöglicht den flüchtigen Moment der tabula rasa: nur der Augenblick zählt, Vergangenes und Zukünftiges existieren nicht.»

Heidi Gerber (yogaschule eka, Biel). Mehr Meinungen und Ansichten zum Phänomen Sucht lesen Sie auf den Seiten 12 und 13.



«Die Suchthilfe ist dabei deutlich fortschrittlicher in der Anwendung der Doppeldiagnosebehandlung als die Psychiatrie.»

PD Dr. Franz Moggi (Universitäts- und Poliklinik für Psychiatrie Bern). Ein Interview zu Doppeldiagnosebehandlungen auf Seite 23.

Süchtige versorgt – in doppeltem Sinn

st. Rund 65 Prozent der Abhängigen illegaler Suchtmittel befinden sich heute in einer Therapie, grossmehrheitlich in einer Methadonbehandlung. Die grosse Verbreitung der Substitutionsbehandlung zusammen mit der Schadensminderung hat wesentlich dazu beigetragen, dass die verheerenden Auswirkungen der Drogenszenen auf die Bevölkerung eingedämmt werden konnten. Dies sind sehr erfreuliche Resultate. Geht diese Beseitigung des öffentlichen Leidens auch mit der Überwindung des individuellen Leidens der Süchtigen einher? Oder etwas provokativer ausgedrückt: Werden die Süchtigen «stillgelegt» oder wirklich veränderungsrelevant behandelt?

In einem Rückblick auf die Drogenprobleme und Politiken in der Schweiz von 1998–2007 bemerken

Reuter & Schnorz (2009): Ergebnisse von Substitutionsbehandlungen in Bezug auf soziale Integration zeigen deutliche Fortschritte. Bei langen Suchtanamnesen ist aber ein grosser Anteil von psychiatrischer Morbidität und anderen Dysfunktionen betroffen.

Allenfalls reicht die soziale Integration und körperliche Stabilisierung für die Evidenz der politischen Zielerreichung aus. Für den betroffenen Einzelfall kann jedoch mehr erwartet werden. **Die Entwicklung der Säule Therapie ist daher hoch aktuell.** Sie verlangt die Integration von professionellen psychotherapeutischen Behandlungen. Darin liegt der Innovationsanspruch und eine grosse Herausforderung, welcher sich die Therapien und Substitutionsprogramme wohl noch konsequenter zu stellen haben.

Der Handlungsbedarf ist deutlich gegeben, wenn wir der einziehenden Resignation Einhalt gebieten wollen. Oder wie Simmel (2009) kritisch zum Wandel der Suchtpolitik konstatiert: «Die Gruppe der Opiatabhängigen scheint medial keine Aufmerksamkeit mehr zu erhalten; sie haben überlebt, sind versorgt in funktionierenden, routinierten Hilfsangeboten und werden gemeinsam mit den BetreuerInnen älter; allenfalls keimt ab und zu die Frage auf, ob für sie spezielle Alterswohnformen vorzusehen sind.»

Mehr zur Entwicklung der Schweizer Suchtpolitik lesen Sie auf den Seiten 6 und 7.

4 Mrd. für 4 Säulen

Die sozialen Kosten für illegale Drogen fallen mit gut vier Milliarden geringer aus als jene für Alkohol oder Tabak. Wenn man aber berücksichtigt, dass weitaus weniger Personen illegale Substanzen konsumieren als Alkohol und Tabak, so sind diese vier Milliarden vergleichsweise hoch.

www.sucht-info.ch

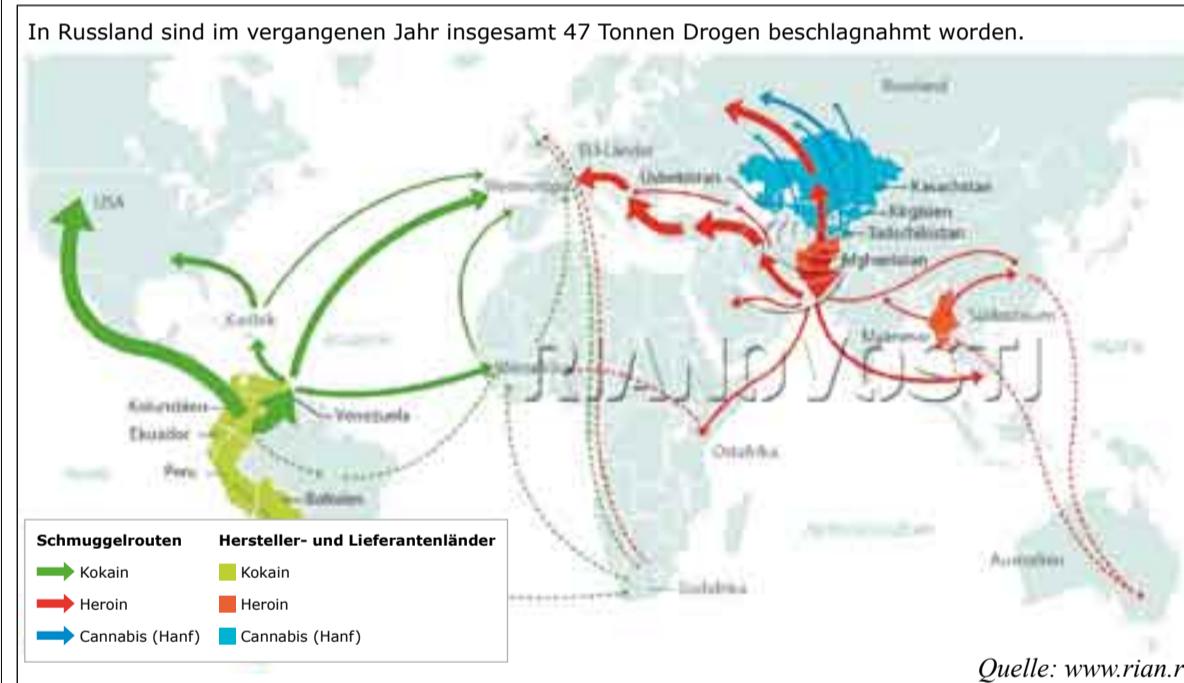
Einer von 10 in Behandlung

Die Gesamtbeanspruchung von Suchtberatung und -behandlung in der Schweiz kann auf rund 40 000 bis 50 000 Personen geschätzt werden. Es kann vermutet werden, dass sich etwa 10–20% der Personen mit Suchtproblemen in Behandlung befinden.

www.sucht-info.ch

Drogenverkehr weltweit

Hauptrouten des weltweiten Drogenschmuggels



IMPRESSUM

Jubiläumszeitung 2010
Juni 2010
Auflage 1500 Ex.

HERAUSGEBERIN
Klinik Selhofen
Emmentalstrasse 8
Postfach 150
3402 Burgdorf
T 034 420 41 41
F 034 420 41 42
info@klinikselhofen.ch
www.klinikselhofen.ch

KONZEPTION & REDAKTION
Simone Tschopp/st
Nicole Fahrni/nf

GESTALTUNG & DRUCK
Pia Lack
Racine & Partner Biel
Hertig & Co. Lyss

Fragen und Kommentare
richten Sie bitte an
info@klinikselhofen.ch

Vergiftend

Nikotin gilt als eine der stärksten suchterzeugenden und -erhaltenden Substanzen. Rauchen hat eine krebsauslösende Wirkung. Das im Rauch enthaltene Kohlenmonoxid ist ein gefährliches Atemgift und führt zu Sauerstoffmangel im Blut und auch in sämtlichen Geweben und Organen.

www.sucht-info.ch

Belastend

Ganze 90 bis 95% des konsumierenden Alkohols muss von der Leber verarbeitet werden; nur 5 bis 10% wird direkt durch Schweiß, Urin, Speichel und Atem ausgeschieden. Der Abbau erfolgt mit etwa 0,15% pro Stunde; es gibt keine Mittel, diesen Prozess zu beschleunigen.

www.sucht-info.ch

Koksend

Die Universität Bern hat in einem Pilotprojekt systematisch den Kokaingehalt im Abwasser von fünf Schweizer Städten untersucht. Erste Hochrechnungen zeigen, dass knapp drei Prozent der 140 000 Berner im Alter zwischen 16 und 64 Jahren täglich eine Linie Kokain konsumieren.

SonntagsZeitung 23.5.2010

Naschend

US-Schauspieler Ben Stiller gestand seine Sucht nach M&M's. 1999 begab er sich in Behandlung und blieb nach Hypnosetherapie für 6 Monate abstinent. Heute liebt er die Schokodrops noch immer und gesteht ein, dass es wohl so bleiben wird: «So gegen 16 Uhr nachmittags gönne ich mir ein Päckchen.»

Spitalreif getrunken

2007 wurden etwa 1700 Jugendliche und junge Erwachsene mit Alkoholvergiftung in ein Schweizer Spital eingeliefert. Dies entspricht etwa 4,7 Hospitalisierungen pro Tag. Die Fälle betrafen zu etwa 60% Jungen/junge Männer und zu 40% Mädchen/junge Frauen.

www.sucht-info.ch

Alk & Medis im Alter

Alkoholprobleme sind auch im Alter eine Realität. Fachleute schätzen, dass ca. jede dritte alkoholabhängige ältere Person dies erst nach der Pensionierung wurde. Alkohol wirkt im Alter stärker. Zudem nehmen ältere Menschen oft mehr Medikamente ein.

www.sucht-info.ch

Kiffer mehr depressiv

Personen, die Cannabis rauchen, berichten häufiger über psychische Beschwerden und sind eher wegen eines psychischen Problems in Behandlung. Sie leiden öfters unter Depressivität, psychischen Belastungen oder allgemeiner Schwäche, Müdigkeit und Energielosigkeit.

SFA



Schmugglerüberraschung: Ein Supermarkt-Angestellter in Spanien fand Kokain-Päckchen in seiner Bananen-Lieferung (Quelle: www.kleinezeitung.at).