

# Die Klinik Selhofen öffnet drei Fenster

**Rückblick und Ausschau auf Entwicklungen in der Suchthilfe und Suchtpolitik  
in 3 Zeitfenstern**

**1995 bis 2000  
Etablierung**

**2001 bis 2005  
Professionalisierung**

**2006 bis 2010  
Integration**







## Inhalt

Vorwort	Seite 05
Einleitung	Seite 06
Porträt der Klinik Selhofen	Seite 07
Zeitfenster von 1995 bis 2000	Seite 15
Zeitfenster von 2001 bis 2005	Seite 25
Zeitfenster von 2006 bis 2010	Seite 37
Verzeichnisse	Seite 49



Liebe Leserin, lieber Leser

Ein 10-jähriges Jubiläum bereitet Freude, gibt Grund zu feiern, lässt alte Bekannte zusammenkommen und schafft Gelegenheit zurückzuschauen – im glücklichen Fall der Klinik Selhofen zurückzuschauen auf eine erfolgreiche Zeit positiver Veränderungen. In wenigen Jahren bewegten wir uns von der 'steinzeitlichen' Drogenentzugs- und Übergangsstation zu einer innovativen, modernen Suchtfachklinik. Die Klinik Selhofen steht mit ihrem professionellen und flexiblen Angebot fest auf dem Boden der Suchthilfelandchaft.

10 Jahre vergingen im Flug, jedes Jahr wurde Geschichte geschrieben. Darunter finden sich viele kleine Geschichten, aber auch grosse, prägnante Schritte, die einhergehen mit der suchtpolitischen Entwicklung in der Schweiz. Ein möglicher Grund für die Klinik Selhofen – nebst ihrem grundsätzlichen, grossen Interesse sich stetig weiterzuentwickeln und engagiert vorauszublicken – ihre ersten Betriebsjahre aus dieser Perspektive zu durchleuchten und Ausschau auf absehbare Entwicklungen zu halten.

In geduldiger Arbeit wurden aus dem Archiv und den Erinnerungen die Grundlagen der Vergangenheit grosszügig zusammengetragen, in breitem Format aufgerollt, geschickt gebündelt und auf das Wesentliche konzentriert. Das Resultat sind Rückblick und Ausschau in drei Zeitfenstern, die sich der Öffentlichkeit nicht minder interessant präsentieren als Schreibendem selbst.

Der Autorin Simone Tschopp gelang es anhand der symbolisierten 'Drei-Fenster-Aussicht' auf eindrückliche Weise, die nahezu parallelen Entwicklungen der Klinik Selhofen und der Schweizer Suchtpolitik überschaubar darzustellen und in Verbindung zu setzen. Ich danke ihr und all jenen, die mit Rat und Tat zum Gelingen dieses Entwicklungsberichts beigetragen haben.

Heinz Rolli  
Geschäftsführer Klinik Selhofen

Vorliegender Bericht findet sich im Internet unter [www.klinikselhofen.ch/download.html](http://www.klinikselhofen.ch/download.html)

## 1995 - 2005

### **Eine Zeit intensiver und innovativer Entwicklung der Klinik Selhofen Ein bedeutender Abschnitt in der Geschichte der Schweizer Suchtpolitik**

Zum zehnjährigen Jubiläum hält die Klinik Selhofen inne, schaut zurück und blickt in die Zukunft – vor dem Hintergrund suchtpolitischer Entwicklungen. Zu Beginn stellt die Klinik ihren Betrieb und das Behandlungskonzept in einem kurzen Porträt vor. Anschliessend folgen der Rückblick und die Ausschau durch drei verschiedene Zeitfenster.

Das erste Zeitfenster öffnet die Sicht auf die Jahre 1995 bis 2000: Die Klinik Selhofen wird eröffnet, entwickelt sich schnell und positioniert sich als wichtiges Angebot in der Suchthilfe des Kantons Bern. Die Suchtpolitik steht ganz im Zeichen der Etablierung der Vier-Säulen-Politik.

Der Blick durch das Zeitfenster der Jahre 2001 bis 2005 zeigt die Professionalisierung der Klinik Selhofen. Innovatives Suchtverständnis, Ausbau des Angebots, Individualisierung der Behandlung, Qualitätsmanagement sowie Ressourcen- und Lösungsorientierung prägen die Entwicklungen. In der Suchtpolitik zeichnet sich eine sich ausbreitende Stagnation der Schweizer Drogenpolitik ab.

Die Aussichten aus dem dritten Zeitfenster in die Zukunft sind viel versprechend: Eine neue Suchtpolitik für die Schweiz? Zu erwartende Entwicklungen, Ideen, Grundsätze und Empfehlungen der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen weisen den Weg in eine Suchtpolitik mit erweiterten Dimensionen – zum suchtpolitischen Würfel. Welche Herausforderungen impliziert dies für die Suchthilfe? Eine Stellungnahme aus der Praxis.

Nach jedem Zeitfenster bleibt kurz Raum für ein kleines selbstkritisches Augenzwinkern.

# Porträt der Klinik Selhofen



# Porträt der Klinik Selhofen

Die Klinik Selhofen ist eine Suchtfachklinik für Männer und Frauen und bietet Platz für 15 Personen. Sie bezweckt Hilfe an suchtmittelabhängigen Personen, fördert deren Gesundheit und unterstützt die gesellschaftliche Reintegration.

Die 1995 eröffnete Institution ist eine Einrichtung der Stiftung Klinik Selhofen und hat einen Leistungsvertrag mit der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern und einen Tarifvertrag mit der Santésuisse.

Die Klinik Selhofen verfügt seit 2002 über das vom Bundesamt für Gesundheit entwickelte QuaTheDA-Qualitäts-Zertifikat.

Der Standort der Klinik befindet sich in Kehrsatz, einer Vorortsgemeinde von Bern.

## Leitbild

Die Klinik Selhofen als marktführende Suchtfachklinik steht für:

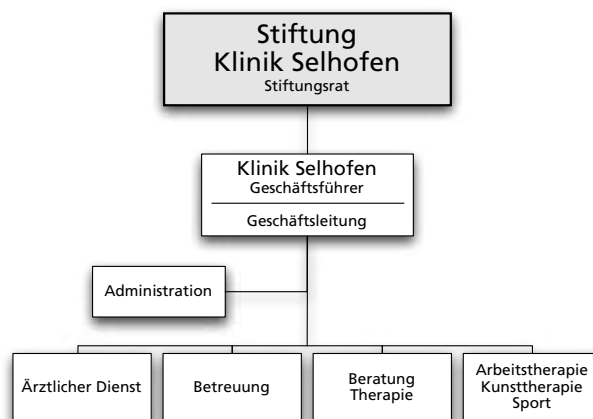
- Innovatives Suchtverständnis
- Ressourcen- und lösungsorientierte Grundhaltung
- Professionelles, interdisziplinäres Behandlungsteam
- Zielorientierte Triage im Suchthilfesystem
- Bewusste Kunden- und Marktorientierung
- Kontinuierliche Qualitätsentwicklung
- Effektive und effiziente Umsetzung der Betriebsziele

## Trägerschaft

Trägerschaft der Klinik Selhofen ist die Stiftung Klinik Selhofen. Dem Stiftungsrat von fünf Mitgliedern obliegt die strategische Führung der Stiftung. Präsident der Stiftung ist Luc Mentha, Gemeindepräsident von Köniz.

Der Gründerverein Domino mit alt Regierungsrat Dr. Kurt Meyer als Präsident wurde per 1. Januar 2003 aufgelöst und die Stiftung Klinik Selhofen trat als neue Rechtsform in Kraft.

## Organigramm



## Entwicklungsabriss

Bestehende Entzugseinrichtungen im Kanton Bern vor 1988 sind die Station K2 der Psychiatrischen Universitätsklinik Waldau, Bern (Eröffnung 1981) und 'Freier Fall', Bern (Eröffnung 1984)

**1988** Bedarfsabklärung der kantonalen Gesundheits- und Fürsorgedirektion zeigt grosse Nachfrage für weitere Drogenentzugsplätze im Kanton Bern

**1989** Projekteingabe der Stiftung Contact, Bern beim Kanton für eine Drogenentzugs- und Übergangsstation

**1991** Bedarf an weiteren Entzugsplätzen bleibt trotz Eröffnung der Entzugseinrichtungen 'Klarer Fall', Thun und 'Fallschirm', Biel bestehen

**1992** Gründung der Projektgruppe Drogenstation Selhofen zur Umwandlung des Altersheims Selhofen in Kehrsatz in eine Drogenentzugsstation

**1992** Gründung des Vereins Domino, Schliessung des Altersheims Selhofen

**1993** Trägerschaft der Klinik Selhofen wird dem Verein Domino zugesprochen, Verhandlungen mit dem Grossen Rat und der Gemeinde Kehrsatz

**1995** Eröffnung der Klinik Selhofen am 2. August 1995 unter der Leitung von Heinz Rolli

**2003** Umbenennung der Drogenentzugs- und Übergangsstation in Suchtfachklinik

**2003** Neue Rechtsform der Trägerschaft: Gründung Stiftung Klinik Selhofen, Auflösung Verein Domino



## Behandlungskonzept

Das Behandlungsangebot der Klinik Selhofen richtet sich an suchtmittelabhängige Personen und basiert auf den Schwerpunkten Entzug und Integration. Mit einem vielfältigen Therapie-, Betreuungs- und Aktivierungsangebot wird die physische und psychische Stabilisierung der Klientel gefördert.

**Entzug** Vollständige bzw. Teilentgiftung mit individuell vereinbarten entzugslindernden Medikamenten. Regeneration, Verbesserung des gesundheitlichen Allgemeinzustandes, Erholung von der Gassenhektik, Stabilisierung.

**Integration** Ressourcenaktivierung, Klärung des weiteren Behandlungsweges, Integration in eine angemessene Anschlussituation. Integrationsprogramm: therapeutisches Intensivprogramm in Gruppen- und Einzelsettings.

Die Behandlung in der Klinik Selhofen ist individuell abgestimmt und von einer ressourcenorientierten, kooperativen und flexiblen Haltung geprägt. Das Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit steht im Vordergrund. Grundlage der Behandlung sind lösungsorientierte, systemische und milieu-therapeutische Ansätze.

## Zielgruppe

- Suchtmittelabhängige Personen
- Mehrfachabhängige Personen
- Personen im Methadon- oder Heroinprogramm
- Personen im Straf- und Massnahmenvollzug
- Personen mit FFE (Fürsorgerischer Freiheitsentzug)
- Personen nach dem Entzug zur Vorbereitung und Planung der weiterführenden Behandlung

## Behandlungsangebot

### Medizinische Behandlung

Die medizinische Behandlung umfasst die Entgiftung, somatische und psychiatrische Abklärungen sowie die Organisation der medizinischen Nachsorge. Mit Hilfe der individuell verordneten Medikation wird die Entzugsbehandlung möglichst symptomarm durchgeführt. Die medizinische Behandlung wird vom ärztlichen Dienst in enger Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal gewährleistet.

Ergänzend zur medikamentösen Entzugsbehandlung bietet die Klinik Selhofen diverse komplementäre Methoden an. Dazu gehören Ohrakupunktur, Bäder, Phytotherapie und Aromapflege.

### Wochenplan

Zeit	Montag - Freitag	Samstag	Sonntag
08.45	Morgenrunde	Morgenrunde	
09.00 - 11.30	Hausdienst Küche Kunsttherapie	Hausreinigung	
11.30 - 13.00	Mittagspause	Brunch	Brunch
13.00 - 16.00	Hausdienst Küche Sport	Betreute externe Aktivität	Betreute externe Aktivität
16.00 - 17.00	Ohrakupunktur		
17.30	Nachtessen	Nachtessen	Nachtessen
18.15	Tagesrückblick		Wochenend- rückblick
	Spaziergang	Spaziergang	Spaziergang

## Betreuungs- und Beschäftigungsangebot

Die Klinik Selhofen bietet eine 24-Stunden-Betreuung an.

Das Beschäftigungs- und Aktivierungsangebot orientiert sich an Grundsätzen der Milieutherapie. Die Teilnahme am Tagesprogramm ist ab dem vierten Aufenthaltstag obligatorisch. Die Tagesaktivitäten können von den KlientInnen im Rahmen der vorhandenen Angebote frei gewählt werden. Die verbindliche Teilnahme am Therapieprogramm soll zu einer realitätsbezogenen und selbstverantwortlichen Strukturierung des Tages führen.

Der Arbeitsbereich Hausdienst ist zuständig für die Reinigung und Pflege von Haus und Umschwung. Der Arbeitsbereich Küche ist zuständig für die Verpflegung von KlientInnen, Klinikpersonal und Gästen. Ziel ist es, den KlientInnen ein Handlungs- und Übungsfeld für alltägliche Arbeiten zu bieten.

Die Kunsttherapie steht allen zur Verfügung, die ihre Kreativität ausleben möchten. Ziel ist es, dass die KlientInnen sich selbst und ihre Potenziale besser kennenlernen sowie in milieutherapeutischer Hinsicht Strukturen einhalten und Eigenverantwortung entwickeln.

Das Sportangebot soll den KlientInnen Abwechslung im Klinikalltag bieten und Freude an der Bewegung vermitteln. Im Vordergrund der Sportaktivitäten stehen das Fairplay, das Gefühl von Gruppenzugehörigkeit sowie die Verbesserung der physischen Leistungsfähigkeit und der Körperwahrnehmung.

Die Zeit ausserhalb der Therapiezeit gilt als Freizeit. Das Freizeitangebot der Klinik Selhofen gestaltet sich abwechslungsreich und regt die aktive Teilnahme, die Ressourcen und die Übernahme von Verantwortung der KlientInnen an. Die (selbständige) Freizeitgestaltung wird im Behandlungsprozess thematisiert und gefördert.

## Gesprächsangebot

Das Gesprächsangebot der Klinik Selhofen basiert auf ressourcen- und lösungsorientierten, systemischen sowie verhaltens- und milieuthérapeutischen Ansätzen.

### Einzelgespräche

Intake (Standard, Erstkontakt Anmeldung)

Telefonisches Abklärungsgespräch im Rahmen des Anmeldeverfahrens, Vorbereitung der Behandlung, Koordination des Helfersystems

Vorgespräch (bei Indikation)

Abklärung von Eintrittskriterien und Behandlungsmotivation, grobe Behandlungsplanung, allfällige Behandlungsvereinbarung, Information

Aufnahmegespräch (Standard, bei Eintritt)

Erster persönlicher Kontakt, Empfang, definitiver Entscheid über Eintritt, Erhebung von Klientendaten, Unterzeichnung Therapievertrag, Vereinbarung erster Behandlungsziele, Psycho- und Körperstatus, Information

Arztgespräch (Standard, 1-2 x wöchentlich)

Besprechung und Festlegung der medizinischen Entzugsbehandlung und weiterer klinischer Prozedere, Überprüfung der somatischen und psychiatrischen Befindlichkeit, Beratung bezüglich Komplementärangebot

Einzelgespräch Beratung (Standard, 1-2 x wöchentlich)

Psychosoziale Unterstützung, Sozialberatung, Klärung der Anschlusssituation, Unterstützung zur Aufrechterhaltung der Behandlungsmotivation sowie zur Umsetzung der Behandlungsziele

Einzelgespräch Therapie (Standard Integrationsprogramm, 1 x wöchentlich)

Psychotherapeutische Behandlung im Einzelsetting, Sozialberatung, Klärung der Anschlusssituation, Unterstützung zur Aufrechterhaltung der Behandlungsmotivation sowie zur Umsetzung der Behandlungsziele

Standortgespräch (Standard, alle 2-3 Wochen)

Behandlungsplanung, Vereinbarung individueller Behandlungsziele mit Indikatoren und Massnahmen, Festlegung der individuellen Rahmenbedingungen (Bsp. Besuch, Ausgang), Intervention bei Regelverstössen, gegenseitiges Feedback

Paar- und Familiengespräch (bei Indikation)

Einbezug von Angehörigen, Aktivierung und Koordination der sozialen Unterstützung durch Familie bzw. der Partnerschaft, Klärung von Behandlungsfragen und der Anschlusssituation, systemisch psychotherapeutische Intervention im Rahmen des Integrationsprogramms

Vernetzungsgespräch (bei Indikation)

Triage, institutionsübergreifende Standortgespräche, Zusammenarbeit und Koordination mit externem Behandlungsnetz, Klärung der Anschlusssituation, Information

## Gruppengespräche

### Morgenrunde (Standard, 1 x täglich)

Gemeinsamer Tagesbeginn, Einteilung Tagesprogramm, Termine, Ankündigung von Neueintritten, Information

### Tagesrückblick (Standard, 1 x täglich)

Lernfeld zur Förderung der sozialen Kompetenzen, Regulierung der Gruppendynamik, Befindlichkeits- und Erfahrungsaustausch der KlientInnen, Vorstellen von Neueintritten, Verabschiedungen von KlientInnen, Rückmeldungen und Austausch

### Thematische Gruppe (fakultativ, 1 x wöchentlich)

Auseinandersetzung mit Veränderungs- und Abstinenzmotivation, Austausch von Erfahrungen, Anregung zur Selbstreflexion, Erkennen von eigenen Ressourcen und Problembereichen, Förderung gegenseitiger Kommunikation und sozialer Kompetenzen, Erhöhung der Kompetenz zur Bewältigung von Risikosituationen

### Freizeitgruppe (Standard, 1 x wöchentlich)

Auseinandersetzung mit dem Thema Freizeit, Anregung zur aktiven (selbständigen) Freizeitgestaltung, Förderung von Ressourcen und Übernahme von Verantwortung

### Gruppe Aufgabenplanung (Standard, 1 x wöchentlich)

Förderung der Verantwortung und Tätigkeiten im Alltag des Zusammenlebens in der Klinik Selhofen, Festlegung des Menus für das Wochenende, Organisation verbindlicher Wochen- und Wochenendaufgaben

### Gruppengespräch Therapie (Standard Integrationsprogramm, 3 x wöchentlich)

Psychotherapeutische Behandlung im Gruppensetting, Unterstützung der Klientel in der Veränderung in Richtung abstinente Lebensführung, Erarbeitung und Klärung persönlicher Therapieziele und deren Erreichung, Aufbau von Akzeptanz des eigenen Behandlungsbedarfs, Aufbau von Bewältigungsstrategien im Umgang mit Craving, Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung, Erhöhung der Kompetenz zur Bewältigung von Risikosituationen, Stärkung der Abstinenzmotivation und Veränderungsfähigkeit

### Sonderrunde (bei Indikation)

Regulation der Gruppendynamik, Unterstützung der Gruppenfindung, Krisenprävention und -intervention, Weitergabe von dringlichen Informationen bei ausserordentlichen Ereignissen

Sämtliche Gefässe des Gesprächsangebots werden bei gegebener Indikation zur Krisenintervention genutzt.

## Informationsangebot

### Institutionsvorstellung (fakultativ, 1 x wöchentlich)

Vorstellung externer stationärer Therapieeinrichtungen des Kantons Bern, Informationen über Konzept und Hausordnung der Therapie, gegenseitiges Kennenlernen, Auskunft über Anmeldeverfahren und freie Plätze, Fragen und Antworten

### Hepatitis/HIV-Gruppe (fakultativ, 14-täglich)

Vermittlung von Basiswissen über HIV und Hepatitis, Information über Ansteckungswege, präventive Massnahmen und Behandlungsmöglichkeiten, Förderung der Auseinandersetzung mit der Thematik, Fragen und Antworten, Diskussion

### Infogruppe Sucht (fakultativ, 14-täglich)

Plattform zur Auseinandersetzung mit suchtspezifischen Themen, Auseinandersetzung mit der eigenen Suchtdynamik, Bewältigungsstrategien, Erkennen des eigenen Behandlungsbedarfs, gegenseitiger Austausch, Diskussion

## Behandlungsplanung

Auf eine lösungsorientierte, zielgerichtete und klientengerechte Behandlungsplanung wird grosser Wert gelegt. Gemäss Unterstützungsbedarf und vorhandenen Ressourcen wird der zukünftige Behandlungsweg individuell zusammen mit der Klientel erarbeitet und umgesetzt. Die Zielvereinbarung versteht sich als Prozess, der beim Intake beginnt und sich über den Klinikaufenthalt bis in die Nachsorge fortsetzt. Die Verantwortung und Koordination der Behandlungsplanung obliegt dem Fallmanagement.

## Aufenthaltsdauer

Die Aufenthaltsdauer in der Klinik Selhofen wird individuell festgelegt, beträgt jedoch mindestens 7 Tage. Die maximale Aufenthaltsdauer beträgt drei Monate.

## Rahmenbedingungen

Die Klinik Selhofen gewährt der Klientel einen drogen- und gewaltfreien Raum.

Im Rahmen des Regelsystems wird den KlientInnen ein grosses Mass an Autonomie und Selbstverantwortung eingeräumt. Konzeptwidriges Verhalten wird möglichst konstruktiv im Rahmen von Standortgesprächen thematisiert.

Der Konsum von Drogen, Alkohol und nichtverordneten Medikamenten in der Klinik führt zur fristlosen Entlassung. Bei der Klientel werden regelmässig Alkoholblastests und Urinproben durchgeführt. In Ausnahmefällen wird die Behandlung bei einem Rückfall fortgesetzt.





## Bereiche der Klinik Selhofen

### Ärztlicher Dienst

Der ärztliche Dienst stellt die medizinische Behandlung der KlientInnen während des Aufenthalts in der Klinik Selhofen sicher. Sie wird von einem externen Dienstleister auf der Grundlage eines Zusammenarbeitsvertrags erbracht.

### Betreuung

Die Betreuung der Klinik Selhofen ist zuständig für die professionelle pflegerische sowie milieutherapeutische Betreuung der KlientInnen und bietet im Schichtbetrieb eine 24h-Betreuung an.

### Beratung/Therapie

Der Bereich Beratung/Therapie (interner Sozialdienst) der Klinik Selhofen ist zuständig für die professionelle psychosoziale Betreuung der KlientInnen und Kontaktstelle für Angehörige, zuweisende Stellen und Kostenträger.

Die MitarbeiterInnen der Beratung/Therapie tragen die Verantwortung für das Fallmanagement und das Intake.

### Arbeitstherapie, Sporttherapie, Kunsttherapie

Die täglich angebotene Aktivierung und Beschäftigung durch Arbeits-, Sport- und Kunsttherapie unterstützen die Klientel darin, ihre Ressourcen zu aktivieren und regen den Prozess zur Erlangung der Rehabilitationsfähigkeit an.

Die Teilnahme am Angebot schafft lebendige Lerngelegenheiten, fördert die zwischenmenschlichen Beziehungen, die Kommunikation sowie Eigen- und Mitverantwortung.

### Geschäftsleitung

Mitglieder der Geschäftsleitung sind der/die GeschäftsführerIn, eine Vertretung des ärztlichen Dienstes, die Leitung Betreuung und der/die Qualitätsbeauftragte.

Das Management umfasst die Prozesse Strategieentwicklung, Planung/Budget/Controlling, Marketing, Personal- sowie Qualitätsmanagement und orientiert sich am Freiburger-Management-Modell für Nonprofit-Organisationen (Verbandsmanagement Institut der Universität Freiburg).

### Administration

Die Administration stellt Hilfsmittel zur Erfüllung des Kerngeschäfts im Sinne von strukturellen Rahmenbedingungen für einen reibungslosen Ablauf aller Prozesse bereit.

Der Bereich umfasst das Betriebssekretariat, die hauswirtschaftliche Betriebsleitung, den Unterhalt der IT-Umgebung sowie die Klientenadministration.

## Fachpersonal

Die Leistungen in der Klinik Selhofen werden durch diplomierte, professionelle Fachpersonen erbracht. Der Stellenplan ist vom Kanton Bern bewilligt und umfasst 1950 Stellenprozente.

Direkt an der Behandlung beteiligtes Fachpersonal sind ÄrztInnen, Pflegepersonal, BeraterInnen für Suchtfragen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, TurnlehrerIn, Arbeits- und KunsttherapeutInnen. Sie verfügen alle über eine suchtspezifische oder therapeutische Zusatzausbildung und langjährige Berufserfahrung.

Das gesamte Personal wird systematisch weitergebildet, im Umgang mit der spezifischen Klientel geschult sowie auf suchtspezifische Themen sensibilisiert.

Die Mitarbeiterzufriedenheit und das Burnout-Niveau werden regelmässig ermittelt.

### Personalstatistik (Stand Dezember 2005)

Bisher Angestellte

73

Dauer der Anstellung  
(Durchschnitt in Jahren)

5,3

Alter (Durchschnitt in Jahren)

38

Geschlechterverhältnis

ca. 1:1

# Zeitfenster von 1995 bis 2000

## 1. Zeitfenster

1995 bis 2000  
Etablierung





Nach der Eröffnung im August 1995 hat sich die Klinik Selhofen in den ersten Betriebsjahren hauptsächlich als professionelle Entzugs- und Übergangsstation in der Suchthilfe des Kantons Bern zu etablieren.

Hauptaufgabe ist es, mit der Erarbeitung von Fachwissen und Praxiserfahrung die Basis für ein qualitativ gutes Behandlungsangebot zu schaffen.

### Betriebsentwicklung

#### Einbettung in die Suchthilfe des Kantons Bern

Die Klinik Selhofen gewinnt nach der Eröffnung rasch das Vertrauen von Entzugswilligen und ist im November 1995 erstmals voll ausgelastet. Das Interesse an der Entzugs- und Übergangsstation nimmt rasch zu, in den ersten fünf Jahren ist sie bereits konstant gut ausgelastet.

Die Qualität der Behandlung kann schnell und deutlich gesteigert werden. Während im Jahr 1996 der Anteil an KlientInnen, die regulär aus der Klinik austreten, bei 45% liegt, erhöht sich dieser Anteil bis im Jahr 2000 auf 58%.

Zur Qualitätsüberprüfung werden ab dem Jahr 1996 erste Controllingaktivitäten standardmässig in die Betriebsführung eingebettet. Das Qualitätsmanagement wird ab 1999 systematisiert.

Bestätigt durch die solide Nachfrage, die Akzeptanz in Bevölkerung und Suchthilfe sowie die Unterstützung durch Behörden etabliert sich die Klinik Selhofen als wichtiges Angebot der Suchthilfe im Kanton Bern. Die Vernetzung mit anderen Suchthilfeangeboten wird durch die konkrete Zusammenarbeit und den systematischen Austausch realisiert.

#### Professionalisierung der Bereiche

Ein solides Arbeitsklima und sehr stabile Personalverhältnisse sind von Beginn an kennzeichnend für die Klinik Selhofen. Bereits im Jahr 1999 ist eine durchschnittliche Dienstzeit von drei Jahren zu verzeichnen.

Dank der professionellen Basis des Personals, Wissensdurst der einzelnen MitarbeiterInnen, Fach- und Praxisaustausch mit anderen Institutionen, Supervisionen sowie diversen internen und externen Fort- und Weiterbildungen kann der Klientel sehr bald ein grosses fachliches Know-how zur Verfügung gestellt werden. Die einzelnen Bereiche werden gefestigt und ausgebaut, die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird systematisiert und optimiert. Eine gemeinsam erarbeitete Behandlungshaltung sorgt bei Klientel und Personal für Klarheit, Sicherheit und Konstanz.



## Konzeptentwicklung

### Festigung und Optimierung erster Konzepte

Das Behandlungskonzept der ersten Betriebsjahre basiert auf einem Phasenmodell mit vier Phasen sowie einem problem- und konfliktorientierten Behandlungsansatz:

- Entzugsphase I: körperlicher Entzug
- Entzugsphase II: Auseinandersetzung mit dem weiteren Behandlungsweg
- Übergangsphase: Stabilisierung, Auseinandersetzung mit sich selbst und der Zukunftsplanung
- Planungs- und Realisierungsphase: konkrete Vorbereitung auf den Übertritt/Austritt

Bei Erreichung der Phasenziele und entsprechender Aufenthaltsdauer erfolgt der mündliche oder schriftliche Phasenübertritt.

Das erste Konzept richtet sich spezifisch an junge DrogenkonsumentInnen (in Anlehnung an das Auftreten einer neuen jungen Drogenszene Anfang 90er Jahre). Der Bedarf an speziellen Entzugsplätzen für Jugendliche und junge Erwachsene bestätigt sich jedoch entgegen den Erwartungen nicht. Das Durchschnittsalter der KlientInnen liegt bereits im Jahr 1996 bei 26 Jahren und steigt bis im Jahr 2000 stetig bis auf 31 Jahre an.

Die ersten zwei Betriebsjahre dienen hauptsächlich der Festigung des Behandlungskonzepts, welches sich gut bewährt. Einzig der Versuch, Rückfälle in die Arbeit zu integrieren, muss bereits nach wenigen Monaten aufgegeben werden. Die dafür notwendigen Voraussetzungen können unter den vorliegenden Bedingungen nicht gewährleistet werden. Der Behandlungsansatz ist problem- und konfliktorientiert.

Bald wird deutlich, dass eine dauerhafte psychische Stabilisierung einer längerfristigen Behandlung bedarf. Daraus folgt ab dem Jahr 1996 die explizite

Förderung direkter Übertritte der KlientInnen in eine Anschlussbehandlung. Die maximale Aufenthaltsdauer wird von 11 auf 6 Wochen gekürzt. Ziel ist es, den körperlichen Entzug in 2 bis 3 Wochen abzuschliessen.

### Ausbau des Behandlungsangebots

Das in den ersten zwei Jahren erarbeitete Fachwissen sowie die gewonnene Praxiserfahrung ermöglichen im Jahr 1998 eine solide Optimierung des Behandlungsangebots. Das Angebot wird ausgebaut, der Tagesablauf stärker strukturiert und die Teilnahme am Beschäftigungs- und Therapieprogramm verbindlicher. Vor allem das gestraffte und intensiviertere Beratungsangebot wirkt sich positiv aus, indem es eine kontinuierliche und stärkere Einbindung der Klientel sowie einen fundierten Aufbau einer Vertrauensbeziehung ermöglicht. Das Beratungsangebot erfährt dadurch eine Professionalisierung, was zu einer besseren Behandlungsqualität führt. Der Anteil an Frühabbrüchen (Behandlungsabbruch innerhalb 72 Stunden) reduziert sich von 24% im Jahr 1998 auf 15% im Jahr 2000.

### Formalisierung des Aufnahmeprinzips

Das Aufnahmeverfahren, das anfänglich noch eher spontan und wenig strukturiert abläuft, wird zunehmend formalisiert. Dadurch gibt es weniger KlientInnen, die nicht zum Aufnahmetermin erscheinen oder die von Seiten der Klinik abgewiesen werden müssen. Zur Indikationsstellung bei spezifischer Klientel (Bsp. FFE) werden 1999 Vorgespräche eingeführt.

### Verfeinerung der medizinischen Behandlung

Für die Heroinentzugsbehandlung werden von Anfang an partielle Opiatantagonisten eingesetzt, welche auf nationaler und internationaler Ebene grosse Anerkennung geniessen. Kalte Entzüge (ohne Medikamente) wählen von Beginn weg weniger als 5% der KlientInnen.

Aufgrund wissenschaftlicher Studien und Praxiserfah-

ung werden die medizinischen Behandlungsstrategien in der Klinik Selhofen stetig verfeinert, Medikamente angepasst und Dosierungsschemata optimiert. Zudem wird das Behandlungsteam im professionellen Umgang mit Doppeldiagnosen geschult.

### Strikte Regeln und Schutz

Eine strikte Haltung im Umgang mit Hausregeln und Konzept ist in den ersten Betriebsjahren prägend für das Leben in der Klinik Selhofen. Das Regelsystem baut auf Verwarnungen auf. Die globale und sehr konsequente Handhabung der Regeln vermittelt sowohl Klientel wie auch Personal Klarheit und Sicherheit.

Zur Gewährleistung eines gewalt- und drogenfreien Raumes wird hauptsächlich auf 'Abschirmung' von der Aussenwelt gesetzt. Die Klientel kann die Klinik nur unter Begleitung des Personals oder mit dem Besuch maximal während einer Stunde verlassen.

### Reduktion um zwei Betten

Die anfängliche Bettenzahl von 20 wird im Jahr 1998 auf 18 reduziert.

In den Jahren 1990, 1991 verankern die Städte Basel, Bern und Zürich als Antwort auf die Drogenprobleme das sogenannte Vier-Säulen-Modell, welches die Bereiche Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression umfasst. Die vier Säulen sind als untrennbare Gesamtstrategie zu verstehen. Das Modell wird vom Bund als Leitlinie übernommen, im Laufe der 90er Jahre ausgebaut und in der Politik und Bevölkerung verankert.

### Massnahmen der Vier-Säulen-Politik

#### **MaPaDro – Massnahmenpaket zur Verminderung der Drogenprobleme**

(Zobel et al., 2003)

Im Jahr 1991 beschliesst der Bundesrat die Lancierung eines Pakets von Gesundheitsmassnahmen im Drogenbereich und beauftragt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) mit einem Massnahmenpaket zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro).

Das BAG legt für das Programm, welches vorerst bis 1997 bewilligt und später bis 2002 verlängert wird, vier Aktionsstrategien fest: Information und Dokumentation, Förderung erprobter Modelle und Innovation, Koordination und Harmonisierung sowie Qualitätsförderung.

Das MaPaDro hat in der Vier-Säulen-Politik eine wichtige Bedeutung, da es die hauptsächlichen Aktivitäten des Bundes in den ersten drei Säulen umfasst.

Die wichtigsten Ziele des Massnahmenpakets sind:

- Verminderung des Einstiegs in den Drogenkonsum und Vermeidung von Suchtentstehung (Prävention)
- Verbesserung der Ausstiegsmöglichkeiten aus der Drogenabhängigkeit (Therapie und Wiedereingliederung)
- Verbesserung der Lebensbedingungen und des Gesundheitszustands der Drogenkonsumierenden, Verminderung der Risiken, denen sie ausgesetzt sind und Bewahrung ihrer sozialen Integration (Schadensminderung und Überlebenshilfe)

Beispiele von Aktivitäten des BAG im Rahmen des Massnahmenpakets:

**Prävention** Präventionsprogramme für Heime (Le fil rouge) und für Jugendverbände (Voilà), Forschungsprogramm zur Früherfassung und Früherkennung von gefährdeten Jugendlichen (supra-f)

**Therapie** Institutionalisierung der heroingestützten Behandlung (HeGeBe), Entwicklung von Finanzierungssystemen (FiSu) und Qualitätssicherungssystemen (QuaTheDA), Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich (KOSTE)

**Schadensminderung** Information für Drogensüchtige ('Harm reduction cards'), Institutionalisierung der Spritzenabgabe

Insgesamt unterstützt das Bundesamt für Gesundheit zwischen 1991 und 2000 im Rahmen des Massnahmenpakets rund 300 verschiedene Projekte und Programme.

#### **Schliessung der offenen Drogenszenen**

Ab Mitte der 80er Jahren bilden sich in verschiedenen Schweizer Städten offene Drogenszenen, was das Drogenproblem zu einem viel diskutierten Thema macht. Als Nothilfe werden von privaten und öffentlichen Sozialdiensten Kontakt- und Anlaufstellen eingerichtet, und saubere Spritzen verteilt, um die Verbreitung von Hepatitis und HIV einzudämmen.

Primär auf Repression und Abstinenz setzend schafft es die damalige Drogenpolitik nicht, eine Szene dieses Ausmasses zu verhindern. Erste Räumungsversuche des Platzspitzes in Zürich erfolgen denn auch nahezu ohne flankierende soziale und medizinische Massnahmen. Neue drogenpolitische Ansätze sind zu diesem Zeitpunkt erst in Entwicklung begriffen und politisch noch umstritten.

Die gescheiterte Platzspitzräumung bewirkt ein Umdenken in der Drogenpolitik und den Zusammenschluss der konstruktiven politischen Kräfte unter dem Dach der sogenannten Vier-Säulen-Politik.

Anfang der 90er Jahre werden die offenen Drogenszenen in den Städten Bern, Basel, Zürich und St. Gallen mit polizeilichen, sozialen, medizinischen und präventiven Massnahmen geschlossen. Damit einher gehen Hilfs- und Unterstützungsangebote auf medizinischer und sozialer Seite. Es werden Gassenzimmer, Kontakt- und Anlaufstellen mit sogenannten 'Fixerstübli' sowie Notschlafstellen für Drogenkonsumierende eingerichtet.

#### **Institutionalisierung der ärztlichen Heroinvverschreibung**

(Zobel et al., 2003)

Von besonderer Bedeutung und Brisanz in der Entwicklung der Schweizerischen Drogenpolitik in den 90er Jahren ist die Institutionalisierung der heroingestützten Behandlung (HeGeBe).

Im Mai 1992 wird aufgrund eines Bundesbeschlusses grünes Licht für Versuche mit der ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln in der Schweiz gegeben. Die anfänglich bis 1996 geplante Versuchsdauer wird ins Jahr 1998 verlängert.

Im Juli 1997 veröffentlichte Resultate der Versuche veranlassen den Bundesrat dazu, die ärztliche Verschreibung von Heroin zu institutionalisieren. Der dringliche Bundesbeschluss tritt im Oktober 1998 in Kraft. Ein dagegen erhobenes Referendum weist das Volk am 13. Juni 1999 mittels Abstimmung zurück.

Im Juli 2000 nehmen die Krankenversicherungen die heroingestützte Behandlung als Pflichtleistung auf, die Umsetzung folgt zwei Jahre später.

## Volksinitiativen 'Jugend ohne Drogen' und 'Droleg'

Im September 1997 und im November 1998 werden die beiden Volksinitiativen 'Jugend ohne Drogen', die eine auf Abstinenz ausgerichtete Drogenpolitik fordert, beziehungsweise 'Droleg', die eine weitgehende Freigabe der Drogen verlangt, vom Volk mit je über 70% Nein-Stimmen abgelehnt. Damit bestätigt das Volk – indirekt – die Drogenpolitik des Bundes.

## Revision Betäubungsmittelgesetz

Im Jahr 1999 eröffnet der Bundesrat die Vernehmlassung zum revidierten Betäubungsmittelgesetz. Der Gesetzesentwurf enthält im Wesentlichen folgende Vorhaben:

- Neuer Zweckartikel, der die 'Santé Publique' ins Zentrum des Gesetzes stellt
- Gesetzliche Verankerung der vier Säulen des schweizerischen Modells für den Umgang mit der Drogenproblematik
- Generelle Aufhebung der Strafbarkeit des Konsums von Cannabis und der entsprechenden Vorbereitungshandlungen
- Gesetzliche Verankerung der heroingestützten Behandlung
- Verstärkung des Jugendschutzes
- Verstärkung der Führungsrolle des Bundes in der Drogenpolitik



## Der Drogensüchtige in der Gesellschaft (Bundesamt für Gesundheit)

In den 90er Jahren hat sich die Wahrnehmung der Drogenproblematik deutlich verändert. Öffentliche und politische Debatten haben entscheidend dazu beigetragen, dass sich das Bild drogenabhängiger Menschen verändert hat.

Mitte der 80er und anfangs der 90er Jahre werden Drogensüchtige noch weitgehend als am Rande der Gesellschaft lebende Menschen gesehen, die selbst für die missliche Lage verantwortlich sind, in der sie sich befinden.

Im Laufe der 90er Jahre hat sich das Verständnis von Sucht als Krankheit weit verbreitet. Das Bild drogenabhängiger Menschen hat sich in die Richtung verändert, dass sie eher als Opfer ihrer persönlichen Veranlagung beziehungsweise äusserer Umstände gesehen werden. Einher mit dem neuen Verständnis der Sucht geht auch die veränderte Vorstellung, wie mit der stets am Rande der Gesellschaft lebenden Personengruppe umgegangen werden sollte.

Im Vordergrund steht nicht mehr nur die Unterdrückung der Problematik mit repressiven Mitteln, sondern auch die Hilfestellung im sozialen und medizinischen Bereich. Es entstehen ein umfassenderes Verständnis der Drogenproblematik und entsprechend differenziertere Massnahmen, um konstruktiv und menschenwürdig darauf zu reagieren.

Anders ausgedrückt – der Akzent im Umgang mit Drogenabhängigen hat sich von der Repression hin zur 'Santé Publique' verschoben.

## Kennzahlen Klinik Selhofen

### Statistische Daten 1996 - 2000

Indikator	1996	1997	1998	1999	2000
Auslastung	73%	69%	77%	86%	77%
Anzahl Eintritte	368	463	409	427	382
Alter bei Eintritt (ø)	26	29	29	30	31
Anteil Erstaufnahmen*	70%	68%	56%	48%	50%
Aufenthaltsdauer Tage (ø)	15	11	13	13	13
Anteil reguläre Austritte	45%	55%	55%	61%	58%
Anteil stationäre Nachsorge	12%	16%	17%	18%	20%
Anteil ambulante Nachsorge	4%	11%	22%	30%	27%
Anteil keine professionelle Nachsorge	29%	29%	16%	13%	10%
Anteil Abbrüche	55%	45%	45%	39%	42%
Anteil Frühabbrüche (< 4 Aufenthaltstage)	-	-	24%	16%	15%
KlientIn nicht zur Aufnahme erschienen	86	116	107	75	62
KlientIn von Aufnahme abgewiesen	-	16	25	29	34

\* KlientInnen, die zum ersten Mal in die Klinik Selhofen eintreten.

## Drogenstatistiken Schweiz

(Zobel et al., 2003)

### Epidemiologie des Drogenkonsums

Beim Heroinkonsum ist von 1990 bis 1993 eine Zunahme und ab 1994 eine Stabilisierung bzw. leichte Abnahme festzustellen. Im Jahr 1997 wird die Zahl der von Heroin abhängigen Personen in der Schweiz auf ca. 28'000 geschätzt.

Heroin bleibt die am regelmässigsten (mehrmals pro Woche) konsumierte Substanz. Der Konsum von Cocktails (Gemisch von Heroin und Kokain) nimmt von 1993 bis 1996 zu.

Der Anteil von Methadonbehandlungen steigt Ende 80er Jahre und Anfang 90er Jahre beträchtlich an. Nach einer Stabilisierungsphase bis 1996 zeichnet sich von 1997 bis 2000 ein erneuter Anstieg von Methadonbehandlungen ab. Die Methadonmenge pro Behandlung nimmt in den Jahren 1997 bis 2000 um 17% zu.

Mit der Einführung und dem Ausbau der ärztlich verschriebenen Heroinabgabe steigt zwischen 1992 und 2000 der Anteil an Opiatabhängigen in heroingestützten Behandlungen entsprechend an.

Zwischen 1993 und 1998 kann eine Zunahme des Kokainkonsums festgestellt werden.

Bei Cannabis und legalen Drogen (Alkohol, Tabak) ist ein klarer Anstieg des Konsums festzustellen. Seit Beginn der 90er Jahre zeichnet sich zudem die klare Tendenz ab, dass das Einstiegsalter sinkt. Zudem lässt sich weiter ein Anstieg des THC-Gehalts der auf dem Markt angebotenen Cannabisprodukte beobachten.

Datenmaterial zum Konsum von anderen illegalen psychoaktiven Substanzen (Ecstasy, Partydrogen, Halluzinogene usw.) ist rar. Umfragen lassen auf einen leichten Anstieg des Konsums schliessen. Das Einstiegsalter scheint relativ tief zu liegen, und ein

beträchtlicher Teil der Konsumierenden scheinen regelmässige Benutzer mehrerer Substanzen zu sein.

Allgemein ist eine Zunahme von Mehrfachabhängigkeit (Polytoxikomanie) zu verzeichnen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass beim Heroin die angestrebte Stabilisierung der Anzahl an Abhängigen, die harte Drogen konsumieren, erreicht ist. Bei allen anderen Substanzen ist eine tendenzielle Zunahme festzustellen, wobei die Situation bei Kokain nicht ganz klar ist.

### Epidemiologie Gesundheitszustand

Bei drogenbedingten Todesfällen, HIV/Hepatitis-Neuinfektionen und Todesfällen infolge von Aids ist in den 90er Jahren ein stetiger Rückgang zu verzeichnen.

Programme der ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln haben zudem eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes der Personen in den Behandlungsprogrammen zur Folge.

### Demographische, soziale Merkmale

Über alle verschiedenen suchtspezifischen Einrichtungen hinweg ist in den 90er Jahren ein Anstieg des Durchschnittsalters der Klientel zu beobachten.

Der Anteil an Drogenabhängigen ohne festen Wohnsitz ist von 1993 bis 2000 rückgängig, die Unterstützung durch Leistungen der Sozialhilfe und der Sozialversicherung (IV, RAV) tendenziell zunehmend.

## Entwicklungstendenzen 2000

### Statistische Daten Klinik Selhofen und Daten des Massnahmenpakets zur Verminderung der Drogenprobleme

(Zobel et al., 2003)

Indikator	MaPaDro	Klinik Selhofen
Alter der Konsumierenden Heroin/Kokain	↗	↗
Alter der Konsumierenden Cannabis	↘	-
Alter der Konsumierenden legaler Drogen	↘	-
Anzahl Personen in Behandlung	↗	→
Anzahl Wiedereintritte	-	↗
Dauer der Behandlung	-	→
Vernetzung der Behandlung	-	↗
Mehrfachabhängigkeit (Polytoxikomanie)	→	↗
Substitutionsbehandlungen	→	→
Teilentzüge	-	→
Anzahl drogenbedingter Todesfälle	→	-
Anzahl neuer HIV-Fälle	→	-
Häufigkeit der Injektionen	↘	-
Anzahl Strafanzeigen (Heroin, Kokain)	↘	-
Prostitution	→	-
keine feste Wohnsituation	↘	→
Wohnen in Institution	-	↗
Arbeitslosigkeit	→	→
Sozialhilfe/IV-Bezug	↗	→

In die Umsetzung der Vier-Säulen-Politik wird in den 90er Jahren viel Energie, Zeit und Geld investiert. Im Rahmen des Massnahmenpakets zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro) werden vom Bund bis 300 Projekte und Programme gefördert und rund 200 Millionen Franken investiert. Die Gesamtkosten für Bund, Kantone, Gemeinden, Sozialversicherungen und Sozialhilfe belaufen sich auf schätzungsweise eine Milliarde Franken pro Jahr. Durch Realisierung der Massnahmen können in allen vier Säulen beachtliche sicht- und messbare Ergebnisse erzielt werden. Die Politik ist im Bereich der Drogenproblematik der unumgängliche Hauptakteur in der Initiierung von Massnahmen.

Im Bereich der Behandlung von suchtmittelabhängigen Menschen findet ein entscheidender Ausbau statt. Pionierähnlich aufgebaute Angebote werden gefestigt, diversifiziert und ergänzt. Der Bedarf und die Erreichbarkeit der Behandlungen bestätigen sich, indem zum Jahrhundertwechsel rund zwei Drittel der geschätzten 30'000 Abhängigen von harten Drogen in irgendeiner Form von Behandlung stehen.

## Absehbare Herausforderungen im Jahr 2000

Mit der Schliessung der offenen Drogenszenen und anderen erfolgreichen Massnahmen hat die Suchtproblematik in der Öffentlichkeit und somit auch in der Politik Ende der 90er Jahre an Brisanz verloren.

Die in vielen Bereichen positiven Entwicklungen könnten zum Schluss führen, dass das Drogenproblem in der Schweiz mit dem Vier-Säulen-Modell weitgehend gelöst sei. Nicht berücksichtigt bleiben dabei die sich verändernden Profile und Konsummuster der DrogenkonsumentInnen sowie die Schwierigkeit, sie in die Gesellschaft zu reintegrieren. Zudem befinden sich die grösseren Schweizer Städte stets in einem labilen Zustand bei der Verhinderung offener Drogenszenen.

Im Bereich der Behandlungen ist ersichtlich, dass die Sicherung der Qualität und eine langfristig kostengünstige Bereitstellung eines ausreichenden Angebots anstehen. Es gilt die Verankerung von Projekten und Programmen anzugehen, so dass diese nach Ablauf von Subventionen weitergeführt werden können. Die Suchtpolitik hat sich so auszurichten, dass sich die zahlreichen positiven Entwicklungen bestätigen und die knapper werdenden Ressourcen gezielter eingesetzt werden können. Es ist angezeigt, auch in den kommenden Jahren die Drogenproblematik sorgfältig, regelmässig und intensiv zu beobachten und weiterhin innovative und pragmatische Lösungen zu finden.

### Nochmals kurz aus dem Fenster gelehnt...

#### Der Süchtiger im Laufgitter – eine metaphorische Beschreibung der Suchtbehandlung

Das Laufgitter gibt dem Kleinkind einen Rahmen, der ihm Schutz vor der Aussenwelt bietet und die nötigen Grenzen setzt. Globale Schemata, strikte Regeln und Minimierung von Umwelteinflüssen charakterisieren die Konzepte der Suchthilfe als 'Laufgitter'. Die wohlmeinenden Eltern erproben eine Vielzahl von Erziehungs- und Ernährungsmethoden, die den Entwicklungsprozess des Sprösslings unterstützen, sodass er gross, stark und gesellschaftsfähig wird. Ein reichhaltiges Spielangebot soll ihn darüber hinwegtrösten, sein Lieblingsspielzeug – die Drogen – nicht mehr zu haben. Die Eltern, welche ihm allerhand Ersatzspielzeuge sowie ungeteilte Aufmerksamkeit schenken, sorgen für seine Zufriedenheit und bewirken, dass er möglichst wenig schreit und niemanden stört. Mit der Zeit macht er erste Schritte – immer noch sich am Gitter festhaltend – und blickt nach draussen. Wenn er genügend gross und kräftig ist, lassen die Eltern ihn aus dem Laufgitter raus, und er wird selbständig.



# Zeitfenster von 2001 bis 2005

## 2. Zeitfenster

2001 bis 2005  
Professionalisierung



Die Betriebsjahre von 2001 bis 2005 stehen ganz im Zeichen der Professionalisierung und des innovativen Ausbaus des Behandlungsangebots. Es gilt, auf sich verändernde Klientenprofile und -bedürfnisse zu reagieren. Die Anpassung der Stiftungsstruktur ermöglicht dies in flexibler Weise.

Das Verständnis der Sucht als nahezu von der Substanz unabhängiges Phänomen und die damit verbundene Individualisierung der Behandlung sind zentrale Aspekte von Konzeptanpassungen. Beraterische und therapeutische Elemente erhalten mehr Gewicht, und Ressourcen- und Lösungsorientierung bilden die Grundhaltung.

### Betriebsentwicklung

#### **Von der Drogenentzugs- und Übergangsstation zur Suchtfachklinik**

Das Behandlungsangebot der Klinik Selhofen wird diversifiziert, die Gesamtbehandlung professionalisiert und das Suchtverständnis erweitert. Zunehmend wird Sucht als psychosoziales Phänomen verstanden, das von der konsumierten Substanz relativ unabhängig ist. Entsprechend erfolgt im Jahr 2003 die Umbenennung der Klinik Selhofen von Drogenentzugs- und Übergangsstation in Suchtfachklinik. Die Namensänderung unterstreicht die Entwicklung in Richtung einer Klinik, deren Konzepte und Kultur substanzunabhängig und psychotherapeutisch ausgerichtet sind. Damit einher geht die Vernetzung mit Suchtfachkliniken im legalen Suchtbereich.

#### **Vom Verein Domino zur Stiftung Klinik Selhofen**

Die Mitgliederversammlung des Vereins Domino beschliesst im Dezember 2002 die Trägerschaft der Klinik Selhofen in eine Stiftung umzuwandeln. Per 1. Januar 2003 tritt die neue Rechtsform in Kraft, der Verein Domino wird aufgelöst. Die Stiftungsstruktur bestätigt sich als flexibler als die mitgliederorientierte Vereinsstruktur. Die Klinik Selhofen kann dadurch effizienter, dynamischer und innovativer geführt werden.

#### **Zertifizierung des Qualitätsmanagementsystems**

Ab Herbst 1999 werden Bestrebungen zur Qualitätssicherung koordiniert und das Qualitätsmanagement professionalisiert. Eine Qualitätsbeauftragte wird ernannt und die MitarbeiterInnen des Qualitätszirkels weitergebildet.

Auf der Basis des QuaTheDA-Referenzsystems führt die Klinik Selhofen im Herbst 2002 die Qualität-zertifizierung und im Herbst 2005 die Re-Zertifizierung erfolgreich durch.

Mit der Professionalisierung des Qualitätsmanagement einher gehen auch die Systematisierung und Formalisierung der Controlling- und Marketingaktivitäten.

## Projekt Sprungbrett und Triagestelle Bern

Im Rahmen der Erneuerung des Sozialhilfegesetzes und der Ausarbeitung des Finanzierungsmodells FiSu (leistungsbezogenes Finanzierungssystem der Suchttherapie) kommen im Jahr 2000 Bestrebungen des Kantons Bern in Gange, das Angebot der stationären Suchthilfeinrichtungen klarer identifizierbar und diversifizierbar zu machen. Im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern ist daher ein Zusammenschluss der Klinik Selhofen mit der Übergangswohngemeinschaft Sprungbrett in Mittelhäusern geplant.

Auf der Grundlage von Situations- und Umfeldanalysen werden im Herbst 2000 ein Entwurf zur Fusionierung und die Ergänzung durch eine Triagestelle ausgearbeitet. Als Trägerschaft ist eine Stiftung Suchthilfe Bern geplant. Auf operativer Ebene sind unter der Geschäftsleitung drei Bereiche vorgesehen: Entzug (Klinik Selhofen), Übergang (Sprungbrett), Triage (Triagestelle in Bern). Die Triagestelle in Bern wäre dabei neu zu schaffen und das Konzept der Übergangswohngemeinschaft zu überarbeiten.

Der Zusammenschluss wird durch schwierige Fusionsverhandlungen verzögert und scheitert definitiv durch den Rückzug der Übergangswohngemeinschaft Sprungbrett. Daraufhin beschliesst die Gesundheits- und Fürsorgedirektion die Schliessung der Wohngemeinschaft per Ende Mai 2002.

Auch die Konzeption der Triagestelle verzögert sich durch Schwierigkeiten bei der Genehmigung durch den Kanton Bern. Die Umsetzung scheitert letztendlich im Jahr 2002 an der Finanzierung.

## Fachwissen und Praxiserfahrung des Personals

Durch die stetige Weiterbildung des bestehenden Fachpersonals sowie die konsequente Anstellung von qualifizierten und erfahrenen MitarbeiterInnen kann die professionelle Basis weiter gestärkt werden. Seit 2005 wird das gesamte Personal systematisch nach dem ressourcen- und lösungsorientierten Ansatz weitergebildet.

Die stabilen Personalverhältnisse können über die Jahre aufrechterhalten werden. Einige MitarbeiterInnen feiern im Rahmen des 10-jährigen Betriebsjubiläums ihr 10. Dienstjahr.



## Konzeptentwicklung

Obwohl die Entwicklung des Behandlungskonzepts durch stetige Anpassungen charakterisiert ist, prägen zwei grosse Konzeptveränderungen im Juni 2001 und Februar 2003 die Behandlungsgeschichte der Klinik Selhofen.

### Prozessorientierung und Individualisierung

Die Klinik Selhofen stösst mit dem Phasenmodell und Regelsystem von Belohnung und Sanktion zunehmend an Grenzen. Der stark verhaltenstherapeutisch geprägte Ansatz lässt nur kleine individuelle Handlungsspielräume zu und bietet kaum Möglichkeit, die Psychodynamik der KlientInnen zu berücksichtigen. Es drängt sich ein erweitertes Behandlungsverständnis auf.

Die Annahme, der Ausstieg aus den Drogen sei ein linear verlaufender Weg, weicht somit dem umfassenden Verständnis, dass der Weg in die Abstinenz ein zirkulärer Prozess, im Sinne eines spiralförmigen Verlaufs, ist (in Anlehnung an das transtheoretische Modell von DiClemente et al., 1991).

Aufgrund der Praxiserfahrung der ersten fünf Betriebsjahre sowie des erweiterten Fachwissens erscheint das Phasenmodell in der Behandlung nicht mehr zeitgemäss. Im Juni 2001 wird ein neues prozessorientiertes Behandlungskonzept eingeführt. Die individualisierte Behandlung sowie die Eigenverantwortung der einzelnen KlientInnen werden stärker ins Zentrum gerückt. Eine massgebende Erneuerung ist die Einführung von regelmässigen interdisziplinären Standortgesprächen, durch welche die KlientInnen mit ihren individuellen Bedürfnissen und ihrer Eigenverantwortung stärker eingebunden werden können.

### Standortgespräche statt Verwarnungen

Nach diversen Analysen wird im April 2002 das Regelsystem erneuert, um konstruktiver auf Regelverstösse reagieren zu können. Die Verwarnungen werden zugunsten interdisziplinärer Standortgespräche abgeschafft. Das Standortgespräch etabliert sich als konstruktives und effektives Regelinstrument zur individuellen Vereinbarung von Lösungen und Konsequenzen. Die Vertrautheit mit dem neuen Regelsystem ermöglicht in den folgenden Jahren eine zunehmend ressourcenorientierte Handhabung von Regelverstössen.

### Diversifizierung des Behandlungsangebots

Um eine bedürfnisgerechtere Ausrichtung der Behandlung auf verschiedene Zielgruppen zu ermöglichen, wird im Februar 2003 das Behandlungsangebot in drei verschiedene Programme diversifiziert: Entzug/Übergang/Time-out, Kur, Integrationsprogramm (IP). Das IP als therapeutisches Intensivprogramm mit einer maximalen Aufenthaltsdauer von drei Monaten ist ein neues Angebot zur Stabilisierung und Förderung der Rehabilitationsfähigkeit.

Das professionelle Know-how kann durch die Angebotsdiversifizierung und die konsequente Individualisierung der Aufenthaltsdauer optimal auf die Bedürfnisse der Klientel ausgerichtet werden. Dies zeigt sich an einer hohen Gruppenstabilität und grosser Zufriedenheit der Klientel. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer steigt von 13 Tagen im Jahr 2001 auf 30 Tage im Jahr 2005 an.

Aufgrund der engen Vernetzung werden die Angebote Entzug/Übergang/Time-out und Kurprogramm ab dem Jahr 2005 wieder in einem Konzept kommuniziert.

Um die effektive Umsetzung des Gesamtkonzepts der Klinik Selhofen weiterhin zu gewährleisten, werden die einzelnen Gefässe des Gesprächs-, Informations-, Aktivierungs- und Beschäftigungsangebots strukturell und inhaltlich stets optimiert.

### Selbstverantwortung bei Ausgang und Freizeit

Mit der Individualisierung des Behandlungsangebots sowie der Erneuerung des Regelsystems einher geht neben der allgemeinen Verstärkung der Selbstverantwortung auch die Förderung der sozialen Verantwortung. Aussenkontakte werden zunehmend unterstützt, Besuchs- und Ausgangsvereinbarungen individuell getroffen. Ausgänge werden unter Berücksichtigung individueller Ressourcen der KlientInnen unter grösstmöglichem Schutz sanft gefördert.

Entsprechend wird auch das Freizeitangebot der Klinik Selhofen so gestaltet, dass es die aktive Teilnahme, die Ressourcen und die Übernahme von Verantwortung der KlientInnen anregt. Mit der Möglichkeit unbegleiteter Ausgänge (Bsp. Velofahren, Joggen, Spazieren) während der Woche kann die selbständige Freizeitgestaltung aktiv gefördert werden. Zur Gewichtung der Auseinandersetzung mit dem Thema Freizeit und deren Gestaltung führt die Klinik im Jahr 2005 ein Freizeitkonzept und eine Freizeitgruppe ein.

## **Von der Problem- und Konfliktorientierung zur Ressourcen- und Lösungsorientierung**

Die problem- und konfliktorientierte Arbeitsweise wird gegen Ende der ersten fünf Betriebsjahre zunehmend als kontraproduktiv erlebt. Eine ressourcenorientierte Haltung erweist sich in der Praxis allmählich als effektiver und konstruktiver. Die Konzeptüberarbeitung im Jahr 2001 und die Erneuerung des Regelwerks im Jahr 2002 basieren daher bewusst auf Ressourcenorientierung. Die ressourcen- und lösungsorientierte Haltung wird seit 2005 noch stärker unterstrichen und das Personal systematisch weitergebildet.

## **Strukturierung der Behandlungsplanung, Fallmanagement**

Im Jahr 2000 entsteht aus der bis dahin wenig strukturierten Behandlungsplanung der Bedarf nach besserer bereichsübergreifender Koordination mit dem Ziel, den Prozess der Behandlungsplanung zu optimieren und zu formalisieren. Eine erste Optimierung findet mit der Einführung der interdisziplinären Standortgespräche im Jahr 2001 statt.

Die weitere Formalisierung der Behandlungsplanung gelingt mit der Überarbeitung des Rapportwesens im Jahr 2003 und der Einführung des Fallmanagements im Jahr 2005, womit die Gesamtkoordination der Behandlungsplanung dem Fallmanagement obliegt.

## **Triage**

Die Vernetzung mit anderen Angeboten der Suchthilfe kann mit der zunehmend aktiven Triage durch den Bereich Beratung/Therapie deutlich verbessert werden. Der Anteil von KlientInnen, welche ohne professionelle Nachsorge aus der Klinik Selhofen austreten, sinkt von 29% im Jahr 1996 (16% im 2002) auf 10% im Jahr 2005.

## **Verfeinerung der medizinischen Behandlung**

In der medizinischen Behandlung ist durch die sich verändernde Klientel eine stetige Verfeinerung notwendig. Die Zunahme von Mehrfachabhängigkeit (Polytoxikomanie), substituierten KlientInnen, Doppeldiagnosen und suchtiinduzierten Folgeschäden aufgrund längerer Suchtanamnesen ist prägend. Zur Behandlung von DoppeldiagnoseklientInnen wird ein Leitfaden erarbeitet und das Personal fortgebildet.

Durch die immer individueller zugeschnittene medizinische Behandlung und den Ausbau der pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten wird der medizinische Behandlungsverlauf ruhiger und mehr Entzüge werden abgeschlossen. Der Anteil von Frühabbrüchen sinkt von 15% im Jahr 2001 auf 6% im Jahr 2005.

Im Jahr 2004 wird das Komplementärangebot der Klinik Selhofen bestehend aus Aromatherapie, Phytotherapie und Bäder durch Ohrakupunktur ergänzt. Nach einer einjährigen Pilotphase ist die Ohrakupunktur fixes Behandlungsangebot der Klinik Selhofen.

## **Professionalisierung des Aufnahmeprozederes**

Im Jahr 2004 wird infolge von langen Wartelisten das 'Intake' geschaffen, um die Wartezeiten für die KlientInnen nutzbar zu machen und sich gemäss ihrem Behandlungsziel auf den Aufenthalt vorzubereiten. Das telefonische Abklärungsgespräch mit der Besprechung von Eintrittsvereinbarungen ermöglicht die Einleitung des Behandlungsprozesses und die Aktivierung und Koordination des Helfernetzes bereits vor Eintritt. Das Intake hat somit die Funktion von Indikation und Triage.

Der regelmässige telefonische Kontakt vor dem Eintritt dient der Motivationsstabilisierung der KlientInnen und erhöht den Anreiz des Entzugsplatzes. Die Eintrittstermine werden dadurch sehr zuverlässig wahrgenommen. 2005 sind lediglich 17 KlientInnen nicht zum vereinbarten Eintrittstermin erschienen (im Vergleich zu 63 im Jahr 2001).

### Festigung und Bestätigung der Vier-Säulen-Politik

Eine ganze Palette von suchtpolitisch relevanten Massnahmen ist auf Gesetzesstufe geregelt. Vor allem im Bereich der illegalen Drogen werden im Rahmen der Vier-Säulen-Politik des Bundes eine Vielzahl von Projekten und Massnahmen umgesetzt (Massnahmenpaket zur Verminderung der Drogenprobleme, MaPaDro). Hauptsächlich im Bereich der Schadensminderung erzielt die Vier-Säulen-Politik beachtliche Resultate.

Das Vier-Säulen-Modell kann in der Politik und in der Bevölkerung verankert werden und findet auch international grosse Anerkennung. Das Modell zeigt sich als fortschrittlich, innovativ und wegweisend und bewährt sich als Basis eines breiten drogenpolitischen Konsenses in der Schweiz.

### Revision Betäubungsmittelgesetz

Das revidierte Betäubungsmittelgesetz wird vom Ständerat im Dezember 2001 angenommen. Der Nationalrat beschliesst jedoch im September 2003, entgegen der Empfehlung seiner vorberatenden Kommission, nicht auf den Gesetzesentwurf einzutreten.

In der Frühjahrsession 2004 bekräftigt der Ständerat seinen Willen nach einer Gesetzesrevision. Im Juni 2004 lehnt der Nationalrat nach einer emotionalen Debatte erneut ab, auf die Vorlage einzutreten, und bringt die Revision des Betäubungsmittelgesetzes zum Scheitern.

### Qualitätssicherung und Finanzierungsmodelle

Im Rahmen der Erneuerung des Sozialhilfegesetzes werden im Jahr 2000 neue leistungsbezogene Finanzierungsmodelle in der Suchttherapie eingeführt.

Zur einheitlichen Qualitätsüberprüfung von Einrichtungen im Suchtbereich werden vom Bundesamt für Gesundheit die Qualitätsnorm QuaTheDA (Qualität Therapie Drogen Alkohol) entwickelt. Mit der QuaTheDA-Zertifizierung wird der Nachweis erbracht, dass in der Institution alle Anforderungen des QuaTheDA-Referenzsystems erfüllt sind.

### Politisch geprägte Suchtpolitik

Suchtpolitischer Handlungsbedarf besteht dann, wenn Suchtprobleme im Einzelfall erheblich bzw. wenn viele Personen betroffen sind und wenn die Politik ein Eingreifen des Staates als notwendig erachtet.

Aus fachlicher Sicht liegt suchtpolitischer Handlungsbedarf in erster Linie bei der Verminderung von Suchtproblemen, die sich aus Missbrauch von Alkohol und Tabakkonsum ergeben. In der Schweiz gibt es über 100'000 Alkoholabhängige, wobei die Problemlast der Einzelnen beträchtlich ist. Beim Tabakkonsum ist die individuelle Problemlast mittelgross, in der Schweiz gibt es aber über eine Million stark Rauchende.

Gemäss fachlicher Beurteilung ist daher dem suchtpolitischen Handlungsbedarf im Bereich illegaler Suchtmittel zweite Priorität einzuräumen. Bei der Heroin- und Kokainsucht wird die individuelle Problemlast zwar als mittel bis erheblich eingestuft, davon sind jedoch gesamtschweizerisch gesehen nicht so viele Personen betroffen.

Die Ablehnung der Revision des Betäubungsmittelgesetzes bestätigt die durch selektive Wahrnehmung der Suchtproblematik geprägte Drogenpolitik.





## Kennzahlen Klinik Selhofen

### Statistische Daten 2001 - 2005

Indikator	2001	2002	2003	2004	2005
Auslastung	79%	76%	104%	104%	100%
Anzahl Eintritte	383	309	199	178	190
Alter bei Eintritt (ø)	31	31	31	32	33
Anteil Erstaufnahmen*	43%	40%	32%	41%	42%
Aufenthaltsdauer Tage (ø)	13	16	28	34	30
Anteil reguläre Austritte	57%	61%	62%	66%	55%
Anteil stationäre Nachsorge	21%	18%	22%	30%	25%
Anteil ambulante Nachsorge	24%	28%	27%	29%	20%
Anteil keine professionelle Nachsorge	12%	16%	13%	8%	10%
Anteil Abbrüche	43%	39%	38%	34%	45%
Anteil Frühabbrüche	15%	9%	5%	5%	6%
KlientIn nicht zur Aufnahme erschienen	63	43	21	7	17
KlientIn von Aufnahme abgewiesen	19	10	5	4	1

\* KlientInnen, die zum ersten Mal in die Klinik Selhofen eintreten.



## Drogenstatistiken Schweiz

(Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, 2004)

Mehr als jeder dritte Mann und jede fünfte Frau im Alter von 15 bis 39 Jahren hat 2002 mindestens einmal im Leben eine illegale Droge konsumiert; dabei handelt es sich vorwiegend um Cannabisprodukte.

Der Vergleich mit den Daten aus dem Jahr 1992 zeigt einen sehr deutlichen Anstieg der Anzahl der Personen mit Drogenerfahrung allgemein (auch Mehrfachkonsum), vor allem Cannabiserfahrung. Der Gebrauch aller anderen illegalen Drogen ist in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren verhältnismässig stabil geblieben.

### Anteil 15- bis 39-Jähriger mit Drogenkonsumerfahrung

Vergleich 1992, 1997 und 2002 (in %)  
(SFA, 2004, S. 72; Tabelle 1)

Indikator	Frauen			Männer			Gesamt		
	1992	1997	2002	1992	1997	2002	1992	1997	2002
Irgend eine Droge (Mehrfachkonsum möglich)	11.5	20.4	21.5	22.0	33.8	34.8	16.7	27.1	28.2
Cannabis	11.1	19.9	21.1	21.5	33.4	34.2	16.3	26.7	27.7
Heroin	0.7	0.7	(0.59)	1.9	1.4	1.3	1.3	1.0	0.9
Kokain	1.8	2.2	1.9	3.5	4.3	4.0	2.7	3.3	2.9
Methadon	0.3	0.3	*	0.5	0.5	*	0.4	0.4	(0.2)
Ecstasy (wurde 1992 nicht erhoben)	k.A.	1.5	1.5	k.A.	2.8	2.9	k.A.	2.2	2.2
Amphetamine und andere Stimulanzien	0.6	0.8	(0.3)	1.5	1.7	1.6	1.1	1.2	1.0
Halluzinogene	1.2	1.7	1.2	3.0	3.8	2.9	2.1	2.7	2.1
Andere	0.3	0.3	*	0.7	0.5	0.3	0.5	0.4	(0.2)

() = Die Angaben in Klammern repräsentieren weniger als 30 Fälle

\* = Nicht repräsentativ da weniger als 10 Fälle

Quelle: 1992: SFA (1997), Berechnungen auf Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992. n=6838.  
1997: SFA (1999), Berechnungen auf Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997. n=5709.  
2002: SFA (2004), Berechnungen auf Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002. n=6991.

## Entwicklungstendenzen 2005

### Statistische Daten Klinik Selhofen und Daten Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA, 2004)

Indikator	SFA	Klinik Selhofen
Alter der Konsumierenden Heroin/Kokain	→	↗
Alter der Konsumierenden Cannabis	↘	-
Alter der Konsumierenden legaler Drogen	↘	-
Anzahl Personen in Behandlung	-	↘
Anzahl Wiedereintritte	-	↗
Dauer der Behandlung	-	↗
Vernetzung der Behandlung	-	↗
Mehrfachabhängigkeit (Polytoxikomanie)	→	↗
Substitutionsbehandlungen	-	↗
Teilentzüge	-	↗
keine feste Wohnsituation	-	↗
Wohnen in Institution	-	↘
Arbeitslosigkeit	-	↗
Sozialhilfe/IV-Bezug	-	↗
Doppeldiagnosen	-	↗
Suchtinduzierte Störungen	-	↗

# Bilanz

Die suchtpolitischen Entwicklungen in den letzten fünf Jahren sind nicht mehr von so grosser Tragweite wie in den 90er Jahren. Die Vier-Säulen-Politik zeichnet sich als kompetente, vielfältige, fortschrittliche, innovative und wegweisende Suchtpolitik aus und bestätigt sich als gute Basis der nationalen Drogenpolitik. Sie ist verankert und gefestigt. Vor allem im Bereich der illegalen Drogen werden im Rahmen der Vier-Säulen-Politik eine Vielzahl von Projekten und Massnahmen umgesetzt.

Die Suchtpolitik ist deutlich politisch bestimmt. Die Massnahmen orientieren sich mehr an der öffentlichen Wahrnehmung als an der fachlichen Einschätzung des suchtpolitischen Handlungsbedarfs. Entsprechend weist die momentane Suchtpolitik Inkohärenz auf. Die Mittel für die Bekämpfung des Konsums illegaler bzw. legaler Suchtmittel werden unverhältnismässig zugunsten des illegalen Bereichs eingesetzt.

Die Wirksamkeit der suchtpolitischen Massnahmen des Bundes ist bisher nur wenig evaluiert, die Befunde sind nicht eindeutig. Es zeichnen sich mangelnde Effektivität und Effizienz von Massnahmen ab, da diese häufig inkongruent zu den Zielsetzungen sind. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis ist somit fragwürdig. Versorgungslücken in der Suchthilfe stellen eine weitere Schwachstelle der momentanen Suchtpolitik dar. Dies betrifft hauptsächlich die Bereiche der Suchtverlagerung, Mehrfachabhängigkeit sowie suchtspezifische oder suchtübergreifende Massnahmen.

Aufgrund verschiedener Schwachpunkte der grundsätzlich kompetenten und innovativen Suchtpolitik wird am Ende dieses Zeitfensters der Optimierungsbedarf der Vier-Säulen-Politik sichtbar. Es ist deutlich, dass das bestehende Modell optimiert und ausgebaut werden muss, um auch zukünftig eine umfassende Suchtpolitik zu gewährleisten.

Im Rahmen der Erneuerung des Sozialhilfegesetzes und der Ausarbeitung neuer Finanzierungsmodelle werden vom Kanton Bern Bestrebungen unternommen, das Angebot der stationären Suchthilfeeinrichtungen klarer identifizierbar und diversifizierbar zu machen.

In vielen Institutionen werden Behandlungskonzepte optimiert und den aktuellen Entwicklungen angepasst. Einzelne Angebote erfahren in Struktur und Inhalt eine zunehmend flexible Ausgestaltung bezüglich individueller Bedürfnisse der Klientel. Die qualitative Absicherung wird durch die Einführung von Qualitätsmanagementsystemen und deren Zertifizierung gefördert.

Der wissenschaftlich vielfach belegte zirkuläre Prozess einer Verhaltensänderung prägt in den letzten Jahren vermehrt das Behandlungsangebot und die Behandlungskonzepte in der Suchthilfe. Die Kurzzeittherapie und abstinenzenorientierte teilstationäre Angebote gewinnen an Bedeutung. Entsprechende Angebote sind jedoch noch nicht in genügendem Ausmass vorhanden.

## Absehbare Herausforderungen im Jahr 2005

(Spinatsch & Hofer, 2004)

Bezüglich Anforderungen an eine neue Suchtpolitik werden vor allem die Inkohärenz der bisherigen Suchtpolitik (Trennung zwischen legalen und illegalen Drogen, Nichtbeachtung weiterer Suchtformen), aber auch Defizite in der Kommunikation, Führung und Koordination beklagt. Eine besser integrierte Suchtpolitik würde begrüsst, davon wäre eine Reduktion der Inkohärenzen, die Schliessung von Angebotslücken und eine Verbesserung von Effizienz und Wirksamkeit zu erwarten. Diese Erwartungen decken sich auch mit den Befunden einer international vergleichenden Studie über integrative Ansätze in anderen Ländern.

Eine integrative Suchtpolitik muss auf dem Bestehenden aufbauen und kann nur in kleinen, pragmatischen Schritten angestrebt werden. Im Hinblick darauf wird empfohlen, dass das BAG ein nationales suchtpolitisches Leitbild erarbeitet und die Professionalität in Gestaltung und Vollzug der Suchtpolitiken weiter ausbaut.

Nochmals kurz aus dem Fenster gelehnt...

### **Der Süchtige in der Schule – eine metaphorische Beschreibung der Suchtbehandlung**

Im Vergleich zum 'Süchtigen im Laufgitter' wird dem 'Süchtigen in der Schule' mehr Eigenleistung zugetraut und Eigenverantwortung übertragen. Die Lehrer bringen dem Schüler alles bei im Zusammenhang mit Ursachen und Bewältigungsstrategien des Schwerpunktfaches 'Sucht'. Dabei werden bewährte Konzepte bezüglich Inhalt und Didaktik angewandt.

Der Schüler lernt unter Anweisung der erfahrenen Lehrer, zurück in ein Leben ohne Drogen zu finden. Und ähnlich der Schule wiederholt der die Lektion nochmals, der noch nicht alles verstanden hat, der nicht genug geübt hat, der womöglich zu wenig tief aufgearbeitet hat oder der die Strategien im Alltagsleben nicht umsetzen kann.

Der Lernplan ist fix und für alle Schüler gleich. Der Lehrer entscheidet, wann die Lernziele erreicht sind und die Schüler den Schulabschluss bestanden haben.

# Zeitfenster von 2006 bis 2010

## 3. Zeitfenster

2006 bis 2010  
Integration



Die stagnierende Suchtpolitik der letzten Jahre drängt zu neuen Ideen. Mit dem Ziel, eine integrative Suchtpolitik zu gestalten, werden von der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen (EKDF) Fachwissen, Entwicklungen und zu erwartende Veränderungen ineinander verflochten und neue Bestrebungen ausgearbeitet.

### Trends der Konsummuster

(Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF), 2006)

**Konsumierte Substanzen** Während der Konsum von Heroin stagniert, steigen Kokain- und Mehrfachkonsum an. Gemäss Studien konsumieren noch 15 Prozent aller Betroffenen ausschliesslich Heroin. Viele Einrichtungen berichten, wegen des Kokainkonsums der Klientel verstärkt mit Gewalt und Aggressionen konfrontiert zu sein. Schadensminderung und Therapie haben auf die Kokainproblematik bisher keine ausreichenden Antworten.

**Konsumformen** Während früher Heroin und Kokain vor allem injiziert wurden, nehmen Konsumformen wie Rauchen und Sniffen zu. Die Angebote der Schadensminderung und der Therapie sind auf diese neuen Konsummuster nicht genügend ausgerichtet.

**Konsumumfeld** Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen wird der Konsum von Partydrogen in den nächsten Jahren ein Problem bleiben. Das Problembewusstsein ist bei den Konsumierenden noch ungenügend. Es besteht zudem die Gefahr, dass sich ein Teil dieser Partyszene mit der Szene der harten Drogen vermischt.

### Trends der Profile von KonsumentInnen psychoaktiver Substanzen

(Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF), 2006)

Aspekte des Alters, des Geschlechts, der Herkunft sowie psychische Probleme sind zusätzliche Belastungen für die Konsumierenden. Für die künftig erforderliche Suchthilfe sind folgende Entwicklungen zu beachten.

**Alter** Problematisch ist der steigende Konsum von Alkohol und Cannabis bei Jugendlichen. Spezialisierte Beratungs- und Behandlungsangebote für diesen Bereich fehlen weitgehend. Es gibt immer mehr ältere Abhängige, die schon mehrere stationäre Aufenthalte und verschiedene weitere ambulante Substitutionsprogramme absolviert haben. Viele von ihnen müssen als chronisch Abhängige betrachtet werden. Hinzu kommen mit steigendem Alter weitere suchthinduzierte Folgeerkrankungen. Das herkömmliche Behandlungsziel der Abstinenz stösst hier an Grenzen. Diese Zielgruppe muss langfristig, eventuell bis an ihr Lebensende substituiert und behandelt werden. Spezifische Hilfsangebote für betagte Abhängige fehlen, die üblichen Angebote (wie Altersheime, Langzeitpflege, Spitex) sind auf Abhängige nicht eingestellt.

**Geschlecht** Punktuell gibt es sowohl im Bereich der Therapie als auch im Bereich der Schadensminderung geschlechtsspezifische (insbesondere frauenspezifische) Angebote. Fachleute suchen heute innerhalb der gemischtgeschlechtlichen Institutionen vermehrt nach geschlechtsspezifischen Konzepten. Über Bedarf, Zweck und Nutzen solcher Hilfsangebote ist man sich in Fachkreisen einig, die konkrete Umsetzung erweist sich jedoch als schwierig.

**Elternschaft** Oft sind zwei oder gar drei Generationen von der Suchtproblematik betroffen. Die abhängigen Eltern stehen in der Spannung zwischen ihrer Elternschaft und dem Konsum psychoaktiver Substanzen. Die Kinder wiederum stehen zwischen Schweigen und dem Gefühl oder der Notwendigkeit, Verantwortung für die Eltern und sich selber übernehmen zu müssen. Es gibt im Suchthilfesystem nur wenig Angebote, die konzeptionell und professionell auf die Eltern- und Kinderproblematik eingehen.

**Herkunft** Ebenfalls als eigenständige Problematik erkannt ist die Abhängigkeit bei MigrantInnen. Allgemeine kulturelle Unterschiede sowie Sprachbarrieren erschweren dieser Zielgruppe den Zugang zum Schweizer Hilfesystem. Auf gesamtschweizerischer Ebene fehlen konsolidierte Modelle für diese Situationen.

**Psychische Probleme** In den letzten Jahren ist das Problem der Doppeldiagnosen bei Abhängigen vermehrt erkannt worden. Dieses komplexe Phänomen stellt die verschiedenen Fachkreise vor neue Aufgaben. Erschwerend wirkt dabei die Tendenz, die Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Institutionen zu verkürzen. Gleichzeitig fehlen Anschlussprogramme für psychisch Kranke. Das heutige Suchthilfesystem kann diese Problematik nicht auffangen.

## Trends im gesellschaftlichen und politischen Umfeld

(Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF), 2006)

Bei der Planung künftiger suchtpolitischer Massnahmen sind die laufend stattfindenden gesellschaftlichen Veränderungen daraufhin zu prüfen, welche Auswirkungen sie auf die Drogenhilfe haben. Die folgenden Beispiele verdeutlichen das.

**Arbeitsmarkt und berufliche Integration** Die heutigen Ziele von Therapie und niederschweligen Arbeitsangeboten sind hauptsächlich auf die Stärkung und die Entwicklung der Persönlichkeit sowie auf die soziale und berufliche Eingliederung ausgerichtet. Veränderungen im Arbeitsmarkt lassen eine berufliche Eingliederung aber vielfach als aussichtslos erscheinen. Insbesondere Nischenarbeitsplätze für Unqualifizierte verschwinden. Die berufliche Reintegration ist daher bei vielen Abhängigen kaum mehr möglich. Der Begriff 'soziale und berufliche Integration' für Abhängige verliert in diesem Umfeld an Trennschärfe und Sinn.

**Gesellschaftliche Toleranz** In Gesellschaft und Politik finden sich Strömungen zu einer Null-Toleranz-Haltung gegenüber Abweichungen von der Norm. Diese Tendenz bedroht Hilfsangebote, die pragmatisch davon ausgehen, dass es in jeder Gesellschaft Konsum und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen gab und geben wird. Das Resultat des verstärkten Rufs nach Ruhe und Ordnung könnte ein Ausbau der Repression sein, während Hilfsangebote, insbesondere niederschwellige, abgebaut würden. Damit wären die bisherigen Erfolge der Schadensminderung gefährdet.

**Erreichbarkeit bei schadensmindernden Angeboten** Abhängige verkehren vielerorts in verdeckten Szenen. Dort ist die Infektionsprophylaxe stark erschwert. Dies gilt insbesondere an Orten ohne niederschwellige Angebote. Fachleuten ist der Zugang zu diesen Szenen kaum möglich. Die schwindende Sichtbarkeit des Drogenproblems könnte dazu führen, dass die Problematik übertragbarer Krankheiten aus dem Bewusstsein gerät.

### Neue Suchtpolitik für die Schweiz

Das Vier-Säulen-Modell geht auf die Krisen rund um die offenen Drogenszenen zurück und hat seine Aufgaben bei der Bewältigung dieser Krisen gut erfüllt. Zudem hat es vor allem mit den Säulen Therapie und Schadensminderung einen wesentlichen Beitrag zum Verständnis der Abhängigkeitsproblematik beigetragen.

Die Entwicklung, Differenzierung und Professionalisierung der einzelnen Bereiche führt in der Praxis jedoch zur Tendenz, dass sich die Säulen gegenseitig abgrenzen anstatt sich zu verbinden. Angebote der verschiedenen Säulen werden vor allem mit Kostenkriterien gegeneinander ausgespielt. Zudem fehlen Resultate über die Effektivität und Effizienz suchtherapeutischer sowie schadensmindernder Angebote. Es ist momentan unklar, welchen Nutzen verschiedene Aspekte eines therapeutischen oder schadensmindernden Angebotes bringen. Dies verhindert die gesamtschweizerisch koordinierte Bedarfsabklärung und Angebotsentwicklung.

In der Zukunft wird es darum gehen, einen neuen fachlichen und politischen Konsens über die Ziele der Suchtpolitik und der Suchthilfe zu entwickeln. Entscheidende Kriterien in der Suchthilfe sollten sorgfältige fachliche Indikationen sein.

### Psychoaktiv.ch

Die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF; 2006) hat in mehrjähriger Arbeit eine Analyse der Suchtmittelproblematik vorgenommen, welche aus verschiedenen relevanten Blickwinkeln (Geschichte des Umgangs mit Suchtmitteln, gesellschaftlicher Wandel, neurobiologische Forschung) erfolgte. Daraus entstand der Fachbericht 'psychoaktiv.ch'. Im Vordergrund steht das Bestreben, Erkenntnisse für die zukünftige Politik ableiten zu können.

Ein Vorschlag für eine neue Suchtpolitik im Sinne eines neuen Modells wurde ausgearbeitet (drogenpolitischer Würfel der EKDF). Zudem sind zehn konkrete Empfehlungen an den Bundesrat formuliert. Diese enthalten Aussagen zum Handlungsbedarf in der Schweiz.

Der Bericht zeigt anhand von mittelfristig realisierbaren Empfehlungen für den Zeitraum bis 2015 Optionen für den zukünftigen Umgang mit psychoaktiven Substanzen in der Schweiz auf. Ziel des Berichts 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.

Im Folgenden sind Auszüge aus dem Bericht festgehalten. Die Vollversion kann unter [www.psychoaktiv.ch](http://www.psychoaktiv.ch) eingesehen und heruntergeladen werden.



## Suchtpolitischer Würfel

Das neue Modell der Suchtpolitik, welches von der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen (EKDF; 2006) entwickelt wurde, geht von einer Gesamtschau aus und bezieht alle psychoaktiven Substanzen mit ein, auch die legalen. Es differenziert innerhalb der bisher bekannten vier Säulen nach verschiedenen Konsummustern und Substanzen, womit das Modell um eine dritte Dimension zu einem Würfel erweitert wird.

Risikoarmer Konsum bedeutet gelegentlicher und tief dosierter Konsum, über welchen das Individuum Kontrolle hat.

Problematischer Konsum (Missbrauch) heisst Risikokonsum, bei welchem die Probleme nicht sichtbar, aber vorhanden sind, sowie gesundheitsschädigender Konsum, welcher zu konkreten Problemen auf physischer, psychischer oder sozialer Ebene führt.

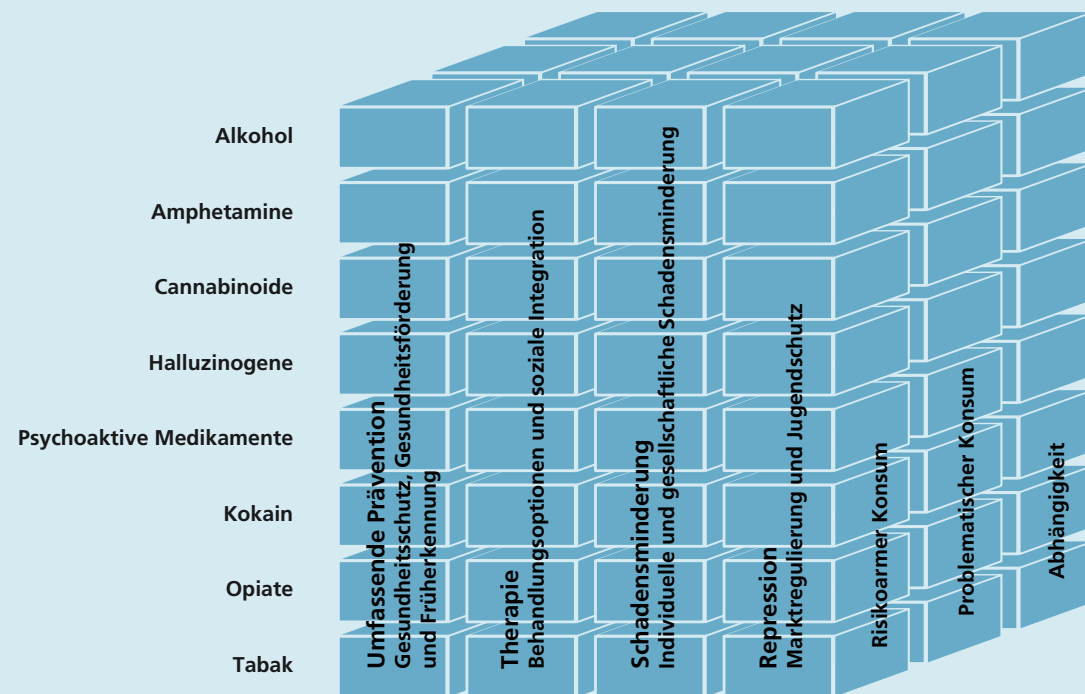
Abhängigkeit ist zu verstehen als schwerwiegender Konsum mit typischen Merkmalen von Gewöhnung, Dosissteigerung und Kontrollverlust.

Das dreidimensionale Modell lässt jede Massnahme der Suchtpolitik einordnen. Die einzelnen Bausteine beschreiben je ein klar definiertes Handlungsfeld, das analysiert werden kann. Dies bringt verschiedene Vorteile:

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 darüber hinauschießt.

Die Drogenpolitik (als Politik der illegalen Drogen) wird im neuen Modell zur Suchtpolitik (als Politik aller psychoaktiven Substanzen). Ziele der neuen Suchtpolitik sind:

- Minimierung von problematischem Konsum und Abhängigkeit
- Förderung der Selbstverantwortung
- optimale Wirkung der staatlichen Lenkung und Interventionen
- hohe Glaubwürdigkeit der Politik



## Empfehlungen zur neuen Suchtpolitik

(Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF), 2006)

Als Voraussetzung für die Umsetzung einer neuen Suchtpolitik spricht die EKDF zehn Empfehlungen aus.

### Von punktueller Regelung zu Kohärenz

#### Grundsatz

Voraussetzung für Wirksamkeit und Glaubwürdigkeit staatlicher Massnahmen ist Kohärenz in Zielsetzung, im Handeln und im Umgang mit psychoaktiven Substanzen.

#### Empfehlung 1

Gestützt auf den Bericht 'psychoaktiv.ch' erarbeitet der Bund ein Leitbild Suchtpolitik, das die Grundsätze für den Umgang mit psychoaktiven Substanzen festhält. Das Leitbild definiert zudem den Bedarf an Gesetzgebung und Policy-Making in diesem Bereich.

#### Empfehlung 2

Die künftige Suchtpolitik der Schweiz soll kohärent sein und sowohl die heute illegalen psychoaktiven Substanzen als auch die heute legalen einbeziehen. Sie soll alle Massnahmen in Betracht ziehen, die heute den Verkehr mit legalen und mit illegalen Substanzen regeln. Insbesondere ist zu prüfen, ob und wie bewährte Massnahmen im Bereich der heute legalen Substanzen auf die heute illegalen Substanzen übertragen werden sollen und umgekehrt.

### Von Prävention zu erweiterter Gesundheitsförderung

#### Grundsatz

Alle Personen sollen darin unterstützt werden, ein selbständiges Leben ohne problematischen Konsum psychoaktiver Substanzen zu erlernen und zu führen. Die Früherkennung risikoreicher und schädlicher Konsumformen erhöht die Erfolgsaussichten schadensmindernder Massnahmen.

#### Empfehlung 3

Die Gesundheitsförderung muss gewährleistet sein. Eine der notwendigen Voraussetzungen dazu ist das Wissen über die Wirkung von psychoaktiven Substanzen, über die Entstehung von Abhängigkeit sowie über Risiko- und Schutzfaktoren. Entsprechende Wissensvermittlung ist für alle sicherzustellen.

#### Empfehlung 4

Die präventiven Massnahmen sind vor allem in den Lebensbereichen Schule, Arbeit und Freizeit als verbindliche Programme zur Verhinderung und Früherfassung von problematischem Konsum zu integrieren und regelmässig zu evaluieren.

### Von Therapie zu Behandlungsoptionen

#### Grundsatz

Der problematische Konsum und die Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen müssen in geeigneter Weise behandelt werden können. Die Behandlung ist darauf ausgerichtet, Betroffenen ein selbständiges und in der Gesellschaft integriertes Leben zu ermöglichen.

#### Empfehlung 5

Therapeutische Interventionen sollen möglichst früh einsetzen. Sie sollen auf die individuelle Situation, das Umfeld und die Akzeptanz für Patientin und Patient abgestimmt sein. Für die Finanzierung anerkannter Therapiemethoden sind klare und verbindliche Grundsätze aufzustellen.

### Von Überlebenshilfe zu individueller und gesellschaftlicher Schadensminderung

#### Grundsatz

Massnahmen der Schadensminderung schützen die Gesundheit der Konsumierenden oder entlasten die Gesellschaft von schädlichen Wirkungen.

#### Empfehlung 6

Sowohl die individuelle als auch die gesellschaftliche Schadensminderung sind als Bestandteile der Suchtpolitik von Bund, Kantonen und Gemeinden zu integrieren. Wirksamkeit und Effizienz müssen fortlaufend evaluiert werden.

## Von Repression zu Marktkontrolle

### Grundsatz

Repression ist nicht ausschliesslich Sache von Polizei und Justiz, sondern dient der Durchsetzung aller Regulierungsmassnahmen.

### Empfehlung 7

Der Handel mit psychoaktiven Substanzen soll in einen regulierten Markt überführt werden, der je nach Gefährlichkeit der Substanz von vollständigem Marktverbot bis zur völligen Freigabe reicht und damit eine weite Palette staatlicher Steuerungsmassnahmen ausnützen kann. Konsumverbote in Bezug auf Orte, Personen und Situationen sind für Substanzen vorstellbar, bei denen problematischer Konsum und Abhängigkeit den risikoarmen Konsum deutlich überwiegen.

## Von Gesetzesstufe zu Verordnungsstufe

### Grundsatz

Die Rechtsetzung bei psychoaktiven Substanzen berücksichtigt auf internationaler Ebene langfristige Entwicklungen, ermöglicht aber auf nationaler Ebene eine rasche Reaktion auf verändertes Konsumverhalten.

### Empfehlung 8

Gemeinsam mit anderen Ländern sind Möglichkeiten zu prüfen, notwendige Anpassungen im internationalen Recht zu erreichen. Ebenso ist die volle Mitgliedschaft bei der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) anzustreben.

### Empfehlung 9

Die Gesetzgebung im Bereich der psychoaktiven Substanzen hat in Anlehnung an das zu erarbeitende Leitbild Suchtpolitik zu erfolgen. Gesetze sollen sich auf das Festhalten langfristiger Ziele beschränken; Einzelheiten der Umsetzung sind so weit wie möglich auf Verordnungsstufe zu regeln.

## Weichenstellung auf institutioneller Ebene

### Grundsatz

Der Wechsel von einer Politik der illegalen Drogen zu einer Politik der psychoaktiven Substanzen ist auch auf institutioneller Ebene zu vollziehen.

### Empfehlung 10

Der Bundesrat sucht bis Ende der laufenden Legislaturperiode nach geeigneten Wegen, den Wandel hin zu einer umfassenden Suchtpolitik auf institutioneller Ebene vorzubereiten. Denkbar wäre, die Eidgenössischen Kommissionen für Drogenfragen (EKDF), für Alkoholfragen und für Tabakprävention in eine einzige übergeordnete Kommission für Fragen psychoaktiver Substanzen zu überführen.

## Kernthemen eines Leitbildes Suchtpolitik

(Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF), 2006)

### Stärkung des Individuums

Die persönlichen und sozialen Kompetenzen sollen gefördert werden. Dazu gehören die Förderung von Widerstandsfähigkeit und Urteilsvermögen für das Selbstmanagement, aufeinander abgestimmte Massnahmen in der Sozial-, Familien-, Kinder- und Jugendpolitik sowie persönlichkeitsstärkende Massnahmen in der Bildungs- und Integrationspolitik.

### Stärkung gesellschaftlicher Institutionen

Politische Rahmenbedingungen sollen jene gesellschaftlichen Institutionen stärken, die die Wahrnehmung von persönlicher und sozialer Kompetenz des Individuums überhaupt erst möglich machen. Dazu gehören das örtliche Umfeld, Familie, Schule, Arbeit und Freizeit.

### Stärkung staatlicher Steuerung

Der Staat soll gezielter steuern können und dürfen. Je nach Substanz reguliert der Staat durch Besteuerung, Staatsmonopol, Lizenzsystem, Limitierung der Abgabestellen, Qualitätsnachweis, Aufklärungspflicht, Ausweispflicht und weitere Auflagen. Ziel sind die effektive Kontrolle des Handels und die Minimierung des problematischen Konsums. Die entsprechenden Bestimmungen müssen sich in der Praxis auch durchsetzen lassen. Das gewährleistet die Glaubwürdigkeit der Suchtpolitik und beugt dem Vorwurf vor, gegenüber gewissen psychoaktiven Substanzen gleichgültig zu sein. Die entsprechende Regulierung hat einfach und nachvollziehbar zu sein. Sie hat ethischen Gesichtspunkten zu folgen, nicht ökonomischen.

### Stellungnahme und Perspektiven der Klinik Selhofen

Das der neuen Schweizer Suchtpolitik zugrunde liegende innovative und integrative Gedankengut zeigt sich in einem differenzierten Modell. Der suchtpolitische Würfel der EKDF bildet eine verständliche und differenzierte Grundlage zur Beschreibung der theoretischen Ansätze einer zukünftigen Suchtpolitik. Auf der Grundlage des Modells werden übergeordnete suchtpolitische Ziele sowie Qualitätskriterien für einzelne Massnahmen fassbar und definierbar.

Die Klinik Selhofen als Teil der Suchthilfe erachtet die theoretische Grundlage für die zukünftige Suchtpolitik als geeignet und zweckmässig. Sie ist Folge eines Entwicklungsprozesses, der sich auch aus der Praxis der Suchthilfe bestätigen lässt.

### Angebotsbasis bereitstellen

Zur Umsetzung des neuen suchtpolitischen Modells ist die Suchthilfe nun gefordert. In der Terminologie des Würfels wird es ihre Aufgabe sein, die einzelnen Würfelsegmente mit Innenleben zu füllen und aufeinander abzustimmen. Ziel ist es, effektive und effiziente Angebote zu erhalten bzw. zu schaffen, die mit den übergeordneten suchtpolitischen Zielen kongruent sind.

Auf der Grundlage von Bedarfs- und Marktanalysen können am Modell des Würfels Angebotslücken oder Überangebote aufgezeigt werden. Das Suchthilfesystem ist gefragt, eine professionelle und umfassende Basis von qualitativ hochstehenden Angeboten bereitzustellen.

Aus der Praxis in der Klinik Selhofen ergeben sich im Bereich Therapie bei Abhängigkeit und problematischem Konsum primär folgende Angebotslücken:

- Kurzzeittherapie
- Teilstationäre abstinenzorientierte Angebote wie Wohnheime und Tageskliniken

### Individuelle Ausgestaltung

Die lückenlose Suchthilfe bildet die Voraussetzung zur erfolgreichen Umsetzung der angestrebten Suchtpolitik. Sie ist notwendig, jedoch nicht hinreichend.

Dies lässt sich aus der Erfahrung in der Praxis der Suchthilfe ableiten. Auch mit noch so guten Angeboten können die suchtpolitischen Ziele nur dann umgesetzt werden, wenn im Einzelfall die erwünschten Effekte erreicht werden. Die Passform von Möglichkeiten des Angebots und Ressourcen des Kunden sind entscheidend. Individualität ist der zentrale Aspekt:

- individuelle Indikation (Angebotsauswahl)
- individuelle Koordination (Angebotskombination, angebotsübergreifende Behandlungsplanung)
- individuelle Behandlungsplanung (angebotsinterne Interventionsauswahl und -kombination)

### Integrativ und innovativ in der Praxis

Die grosse Herausforderung für die Suchthilfe wird darin bestehen, das Innovative der angestrebten neuen Suchtpolitik in die Praxis umzusetzen. Das Entscheidende und Wertvolle ist der integrative Grundgedanke.

Das abstrakte Modell des Würfels ist hilfreich, um Ideen und Ziele der neuen Politik theoretisch beschreibbar zu machen. Zur Umsetzung in der Praxis wird jedoch die Ausgestaltung des Würfelinnenlebens von Bedeutung sein. Will man Angebote mit generellen Konzepten umsetzen, läuft die Suchthilfe Gefahr sich in einzelnen Würfelsegmenten zu isolieren. Dies würde lediglich zu einer umgewandelten Form der bisherigen Fixierung auf Säulen und einzelne Substanzen führen. Die Suchthilfe wird sich von Globalbehandlungen lösen und sich an integrativen und auf den Einzelfall abgestimmten Lösungen orientieren müssen.

## Suchtfachstelle Indikation und Koordination

Jedes einzelne Angebot der Suchthilfe ist zu einer konsequenten integrativen Haltung gefordert. Nur so kann die Individualität und die damit verbundene Wirksamkeit von Behandlungen gewährleistet werden.

Das Angebot der Suchthilfe ist durch unabhängige Suchtfachstellen zu ergänzen, welche individuelle Indikation und Koordination sicherstellen. Konkret ist für die Umsetzung folgende Indikationsstellung vorstellbar:

- Welches Ziel wird unter Berücksichtigung der individuellen Ressourcen und Restriktionen vom Kunden angestrebt?
- Welche Angebote dienen in effektiver und effizienter Weise der Umsetzung der individuellen Ziele?
- Wie sind die einzelnen Interventionen miteinander zu vernetzen, damit der gesamte Behandlungsprozess zielführend und effizient ist?

Die Klinik Selhofen postuliert aus der Praxis der Suchthilfe zu den Empfehlungen der EKDF nebenstehende Ergänzung:

### Von generellen Konzepten zu individueller Indikation

#### Grundsatz

Die Suchthilfe bietet eine differenzierte und qualitativ hochstehende Angebotsbasis an. Einzelne Massnahmen sind indiziert und leiten sich von einer individuell ausgearbeiteten Behandlungsplanung ab. Sie gewährleisten im Einzelfall grösstmögliche Effektivität und Effizienz. Der Kunde wird als Experte für sich selbst zur Verantwortung gezogen. Ziel ist die optimale Kombination der Ressourcen des Kunden mit den Ressourcen des Hilfesystems.

#### Empfehlung

Im Bereich Therapie übernehmen Fachstellen die angebotsübergreifende Behandlungsplanung auf der Grundlage professioneller Indikation und Koordination einzelner Suchthilfeangebote. Die Ausarbeitung der individuellen Behandlungsplanung basiert auf einer ressourcen- und lösungsorientierten Haltung.



### Nochmals kurz aus dem Fenster gelehnt...

#### **Der Süchtige im Reisebüro – eine metaphorische Beschreibung der Suchtbehandlung**

Der 'Süchtige im Reisebüro' beschäftigt sich mit Reisen. Dies mag verlockend klingen, Reisen hat jedoch so einiges in sich.

Angefangen bei der Frage, wohin es gehen soll, geschweige denn, wie lange die Reise dauern soll. Und wer bestimmt überhaupt das Ziel?

Ist das grobe Ziel klar, gilt es von den vielen Wegen zur gewünschten Destination einen geeigneten auszuwählen – einer der möglichst effektiv und effizient zum Ziel führt. Dazu gehört, Zwischenziele festzulegen.

Kann das Ziel frei gewählt werden, folgt häufig noch die Qual der Wahl. Entscheidung heisst, Verantwortung für ein Ziel, einen Weg zu übernehmen. Den einen Weg zu gehen, bedeutet andere Alternativen aufzugeben. Die Wahl fällt nicht leichter, wenn niemand die Garantie geben kann, dass es eine schöne Reise wird und dass das Ziel wirklich dem entspricht, was es verspricht. Sich auf eine Reise zu begeben, kann auch heissen, Illusionen aufgeben zu müssen. Auf eine Reise zu gehen, heisst auf jeden Fall, die momentane Situation zu verlassen.

Da mag sich der eine oder andere fragen: Warum denn in die Ferne schweifen, denn das Gute liegt so nah.

Das Reisebüro (Suchthilfe) ist als Profi gefordert, zusammen mit dem Kunden (Süchtiger) mögliche Zieldestinationen abzuklären. Der Fachmann muss Reisewege kennen und anbieten. Seine Kunst liegt darin, den Kunden in seiner Reisezielbestimmung zu unterstützen. Je besser dies gelingt, desto grösser ist die Freude an der Reise und an unerwarteten, abenteuerlichen und herausfordernden Situationen, welche den Reisenden stärken werden.



## Wir schliessen die Fenster

...wenigstens vorübergehend. Die Zimmer und Gänge sind durchlüftet, das Archiv durchkämmt und geordnet. Die Sicht ist klar, der Weg geebnet, der Rahmen gesteckt, die Vorgaben formuliert.

Wir bleiben aktiv und werden uns für veränderte Ansprüche unserer Klientel und Leistungsbesteller einsetzen und mit innovativen Ideen auf neue Aufgaben aufmerksam machen.

Unser Interesse und übergeordnetes Ziel ist, eine lückenlose Suchthilfe zu erreichen, die Vernetzung mit dem Angebot anderer Institutionen zu verdichten, neue Massstäbe für die Suchtbehandlung zu setzen und im Würfel der Suchtpolitik weitere Dimensionen zu eröffnen.





## Literaturverzeichnis

- Bundesamt für Gesundheit (2000). *Die Schweizer Drogenpolitik*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicier, W. F., Velasquez, M. M., Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 59, 295-304.
- Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF) (2006). *Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen*. Bern: Huber.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2004). *Zahlen und Fakten zu Alkohol und anderen Drogen. Ausgabe des Jahres 2004*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
- Spinatsch, M. & Hofer, S. (2004). *Eine neue Suchtpolitik für die Schweiz? Grundlagen und Materialien für eine verstärkte Integration der suchtpolitischen Aktivitäten des Bundes*. Bern: Bericht zuhänden des Bundesamtes für Gesundheit.
- Zobel, F., Thomas, R., Arnaud, S., de Preux, E., Ramstein, T., Spencer, B., Jeannin, A., Dubois-Arber, F. (2003). *Globalevaluation des Massnahmenpakets des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro). Vierter zusammenfassender Bericht 1999 – 2002*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

## Abkürzungsverzeichnis

- BAG  
Bundesamt für Gesundheit
- EKDF  
Eidgenössischen Kommissionen für Drogenfragen
- FFE  
Fürsorgerischer Freiheitsentzug
- HeGeBe  
Heroingestützte Behandlung
- KOSTE  
Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich (neu Infodrog; Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht)
- MaPaDro  
Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme
- QuaTheDA  
Qualität Therapie Drogen Alkohol
- SFA  
Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme

## Internet Links

- Klinik Selhofen, Kehrsatz  
[www.klinikselhofen.ch](http://www.klinikselhofen.ch)
- Fachbericht der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen (EKDF)  
[www.psychoaktiv.ch](http://www.psychoaktiv.ch)
- Bundesamt für Gesundheit (BAG)  
[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA)  
[www.sfa-isp.ch](http://www.sfa-isp.ch)
- Umfassendes Adressverzeichnis der schweizerischen Suchthilfe (Drogindex)  
[www.drogindex.ch](http://www.drogindex.ch)
- Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht (Infodrog)  
[www.infodrog.ch](http://www.infodrog.ch)
- Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF)  
[www.suchtforschung.ch](http://www.suchtforschung.ch)
- Qualitätssicherung für Einrichtungen im Suchtbereich (QuaTheDA)  
[www.quatheda.ch](http://www.quatheda.ch)

Autorin:  
Simone Tschopp, Psychologin lic. phil.

Redaktion und Gestaltung:  
Klinik Selhofen mit Simone Tschopp, Heinz Rolli,  
Regine Gysin, Nina Walker, Pia Lack und der freund-  
lichen Unterstützung der Werbeagentur Racine &  
Partner Biel/Bienne

Druck:  
Hertig + Co AG Biel/Bienne  
03.2006 2000 Ex.

Empfohlene Zitatangabe:  
Tschopp, S. (2006). *Die Klinik Selhofen öffnet drei Fens-  
ter. Rückblick und Ausschau auf Entwicklungen in der  
Suchthilfe und Suchtpolitik in 3 Zeitfenstern*. Kehrsatz:  
Klinik Selhofen.

© Klinik Selhofen Kehrsatz



Klinik Selhofen  
Selhofenstrasse 31  
Postfach 79  
1322 Kehrsatz  
T 031 963 64 64  
F 031 963 64 60  
[info@klinikselhofen.ch](mailto:info@klinikselhofen.ch)  
[www.klinikselhofen.ch](http://www.klinikselhofen.ch)

Trägerschaft  
Stiftung Klinik Selhofen  
Postfach 79  
3122 Kehrsatz