

# Suchttherapie im Wandel der Zeit

**Seit den Anfängen der Suchttherapie hat sich viel verändert. Die Formen der Sucht, die therapeutischen Methoden, die Substanzen und die gesellschaftliche Akzeptanz von Suchtproblemen sind heute ganz andere als noch vor vierzig Jahren. Als eine der wenigen stationären Suchthilfeeinrichtungen der Nordwestschweiz hat der Chratten diesem Wandel standgehalten. Das Rezept: Die Fähigkeit, sich schnell auf eine veränderte Nachfrage einzustellen, und der Mut, bestehende Konzepte und festgefahrene Strukturen zu hinterfragen. Eine Chronologie.**

## Eric Vuille

Leiter Chratten Suchttherapie und Chratten Auszeit, CH-4229 Beinwil SO, eric.vuille@stiftungsucht.ch<sup>1</sup>

### Schlagwörter:

Suchttherapie | Sozialtherapie | Geschichte | Abstinenz | Substitution |

Die Anfänge der stationären Suchttherapie gehen zurück in die 1970er-Jahre, in die Zeit der Hippies, der Longo-Mai-Bewegung und des aufsteigenden Heroinkonsums. Für die Suchthilfe gab es damals keine Vorbilder, keine bewährten Methoden und keine Finanzierungsmodelle. Doch es gab eine dringende Nachfrage und einige IdealistInnen, die darauf reagieren wollten. So begann auch der Chratten als erste stationäre Einrichtung in der Schweiz seine Geschichte als pädagogische Kleinfamilie mit einem charismatischen Leiter und einem mutigen Stiftungsrat in einem kleinen, schattig gelegenen Haus im solothurnischen Jura. Kurz darauf folgte der Ulmenhof in Ottenbach (ZH). Allmählich entstand ein ganzes Netz von mehrheitlich ländlich geprägten therapeutischen Wohngemeinschaften.

## Zwischen Traktor und Entzug

Weitab von der Stadt Basel hatten die Gründer 1971 den alten Hof «Unter-Chratten» gekauft, den sie zur therapeutischen Wohngemeinschaft umfunktionierten. Es gab Widerstände – die AnwohnerInnen der Gemeinde wehrten sich gegen die «Drögeler» in ihrer Nähe. Es waren viel Aufklärungsarbeit und ein Machtwort des Abtes von Mariastein nötig, bevor die Suchttherapie auf dem Chratten von der Bevölkerung langsam akzeptiert wurde. Gleichzeitig waren die Anforderungen an die Mitarbeitenden enorm. Sie mussten alles können: Steiles Terrain beackern, Traktoren und sanitäre Anlagen reparieren, Kühe melken und gleichzeitig Süchtige durch ihren Alltag begleiten. Damals hiess das, die KlientInnen an 365 Tagen rund um die Uhr, ohne Ferien und ohne therapeutische Ausbildung zu betreuen. Unter dieser Mehrfachbelastung sind etliche Pioniere der Suchtarbeit nach einigen Jahren ausgebrannt. Die Anstrengungen waren gross, die Möglichkeit sich abzugrenzen gab es kaum.

## Suchttherapie als Weltbild und Zugeständnis

Im Laufe der Jahre wurden die therapeutisch-pädagogischen Konzepte allmählich professioneller. Das Buch «Drogentherapie. Modelle, Methoden, Erfahrungen» von Hilarion Petzold<sup>2</sup> war für

alle Mitarbeitenden in den therapeutischen Gemeinschaften Pflichtlektüre. Dennoch behielten sie auch in den 1980er- und 1990er-Jahren noch einen stark ideologisch gefärbten Charakter. Die KlientInnen wurden als Opfer einer beschleunigten Arbeitswelt verstanden. Das Heroin war extrem teuer, sodass Kriminalität und Verschuldung als logische Folgen der Sucht auftraten. Dann kam auch noch HIV dazu.

Die Süchtigen aus dieser verrückten gesellschaftlichen Dynamik aussteigen zu lassen und ihnen eine entschleunigte Gegenwart als Alternative zu bieten, war es, was man als heilsam einstufte. Der Erfolg der Behandlung wurde daran bemessen, dass jemand gänzlich abstinent von Drogen und Alkohol weiterleben konnte. Wer sich im Chratten therapieren liess, fühlte sich als Mitglied einer eingeschworenen Gemeinschaft. Um dazu zu gehören, mussten sich die KlientInnen persönlich zu einem vage umschriebenen Weltbild (wir sind anders – vielleicht sogar ein wenig besser als der Rest der Welt) bekennen, das die Institution propagierte. Man war ein Chrattianer und damit etwas Besonderes.

Im Zentrum der Behandlung stand entsprechend dazu die Milieu- resp. Gruppentherapie. Aus den USA und aus Deutschland wurden Modelle von Daytop und Synanon<sup>3</sup> auf die schweizerischen Verhältnisse übertragen.

## Strenge Kriterien und Regeln

Gleichzeitig waren selbst noch in den 1990er-Jahren die Bedingungen für eine Aufnahme in eine Therapieeinrichtung äusserst streng und die Regeln des Alltags teilweise rigide. Das Beispiel des Chratten verdeutlicht auch diese Haltung: Wer im Chratten aufgenommen werden wollte, musste sich für mindestens 1,5 Jahre Therapie verpflichten – drei Jahre wurden als optimal angesehen. Der erste selbständige Ausgang wurde den KlientInnen frühestens nach vier Monaten erlaubt. Davor durften sie den Hof faktisch nicht verlassen. Es gab ein Regelwerk, das rund 120 Benimmregeln enthielt und das es zu befolgen galt. Beispielsweise wurde für den Abwasch geknobbelt. Wer zum Essen eingeladen war, musste ebenfalls mitknobeln und, wenn er das kürzeste Holz gezogen hatte, abwaschen. Selbst ein anwesender Stiftungsrat wurde da nicht ausgenommen. Ein neuer Mitarbeiter musste sich auch bei den BewohnerInnen bewerben, obwohl deren Mitspracherecht bei der Anstellung nirgends geregelt war. Wer sich nicht an die Regeln hielt, hatte mit harten Konsequenzen

zu rechnen. Rückfälle wurden mit dem Ausschluss aus dem Programm geahndet, denn Abstinenz hatte oberste Priorität. Auch Methadon galt als suspekt. Wer substituiert war, durfte bei der Bewerbung nicht mit den anderen am Tisch essen.

### **Abstinenz versus Substitution – der Glaubenskampf**

Parallel zur stationären Therapie setzte sich angesichts von Platzspitz und Letten die Erkenntnis durch, dass Abstinenz offensichtlich nicht für jeden Süchtigen und jede Süchtige das richtige Behandlungsmodell war. Die Fronten zwischen den SuchttherapeutInnen – meist aus stationären Einrichtungen – die die Abstinenz als den Königsweg ansahen, und denjenigen, die die Substitution propagierten, begannen sich aufzuweichen. Methadon-, später auch Heroinprogramme trugen massgeblich dazu bei, Kriminalität, Verelendung, HIV- und Hepatitis-Anstreckung und Todesfälle drastisch zu senken.

So begannen wir ab 2003 auch auf dem Chratten, vereinzelt substituierte KlientInnen aufzunehmen – zu Beginn eher zögerlich, noch bestand kein konkretes therapeutisches Konzept dazu.

Neu war die Erkenntnis, dass wir unserer Klientel nicht mehr ausschliesslich predigen konnten, ihre Sucht zu besiegen, sondern dass wir therapeutische Konzepte entwickeln mussten, die ihnen beibringen konnten, mit ihrer Abhängigkeit zu leben.

### **Neue Finanzierungsmodelle, neue Strukturen**

Parallel dazu begann das Bundesamt für Sozialversicherung Anfang der 2000er-Jahre, sich aus der Grundsubventionierung der Therapieinstitutionen zurückzuziehen. Es flossen keine IV-Gelder mehr in die Suchttherapie. Das bedeutete, dass die Tagessätze in den Therapieeinrichtungen fast verdoppelt werden mussten. Lag ein durchschnittlicher Tagessatz vor dieser Wende noch bei 180 bis 190 Franken pro KlientIn, stieg er wenig später innert kurzer Zeit auf 350 Franken, denn er musste den realen Kosten des Therapieplatzes entsprechen. Dies zog unweigerlich strukturelle Veränderungen mit sich.

Einige Institutionen für stationäre Suchttherapie gerieten stark unter Druck. Die fehlenden IV-Gelder und die sinkende Nachfrage nach abstinenzorientierter, stationärer Therapie (zu teuer, viel zu lange Therapiedauer, zu unflexibel für Nicht-Opiatabhängige, Konkurrenz durch die schadensmindernde Methadon-Verabreichung) führten u. a. dazu, dass in den letzten fünfzehn Jahren etwa 50 Einrichtungen geschlossen werden mussten. Diejenigen, die bestehen bleiben wollten, mussten sich diversifizieren.

### **Kürzere Therapiedauer, flexiblere Modelle**

Auch der Chratten bekam diesen doppelten Umbruch Anfang des neuen Jahrhunderts zu spüren. 2009 sank die Belegung der Therapieplätze so stark, dass wir handeln mussten. Die Klientel, die wir mit unserer Langzeittherapie primär ansprachen, gab es so nicht mehr. Viele Opiatabhängige hatten bereits mehrere stationäre Therapien absolviert und waren inzwischen «therapiemüde», substituiert und in betreuten Wohnmodellen gut «versorgt». Die anderthalb bis zwei Jahre, auf die wir hinarbeiteten, wurde von den süchtigen Menschen offenbar als zu lange empfunden. Es gab immer mehr Kokain- und Cannabis-Süchtige und auch Verhaltenssüchte wurden langsam sichtbar. Also schrieben wir unser Therapiekonzept um: Wir wechselten Ende 2009 zu einem modularen System, das auf Zeitabschnitten von je drei Monaten basierte. Wer wollte, konnte jeweils nach drei Monaten die Behandlung beenden, ohne dass dies als Versagen oder Abbruch gewertet wurde. Die KlientInnen entschieden selbst, ob sie das nächste Therapiemodul absolvieren wollten oder nicht. Selbstbestimmung und Offenheit ersetzten das frühere patriarchale und gleichzeitig pseudo-demokratische

Modell. Dies stiess gerade bei Kliniken und anderen primären Anlaufstellen für Personen mit Suchtproblemen auf sehr positive Resonanz. Der Chratten war damals eine der einzigen Institutionen, die so arbeiteten. Unsere Spezialität war, dass wir eine kleine, überschaubare Gruppe bildeten, die weit weg vom Schuss und behutsam nach einem systemischen und gestalttherapeutischen Modell arbeiten konnte, ohne dabei an den früheren, rigiden Strukturen zu haften.

### **Weg vom Schuss, aber nicht isoliert**

Das Konzept von damals steht bis heute. KlientInnen können die Dauer ihrer Behandlung selber bestimmen. Sie können zudem jedes vom Arzt verordnete Medikament auch weiterhin erhalten. Abstinenz ist nur eine von mehreren Optionen.

Unsere Arbeit ist viel individueller geworden, wir beziehen immer die zuweisenden Stellen und Personen mit ein und halten sie auf dem Laufenden über die Entwicklung der Klientin oder des Klienten. Die Betroffenen behalten ihre Aussen-Bezugsperson, mit der sie sich austauschen und beraten können und die auch nach der Beendigung der stationären Therapie für sie da sein kann. Die strukturellen Veränderungen der letzten zwanzig Jahre haben unsere Arbeit professionalisiert. Die Therapiemethoden sind seriös und anerkannt, die Lebensqualität wird während des Aufenthalts wissenschaftlich mittels eines gemeinsam mit der Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW entworfenen Fragebogens (Qualimeter) gemessen.<sup>4</sup> Individuell zugeschnittene, dank regelmässigen Standortbestimmungen mit den ambulanten Fachstellen gut reflektierte Interventionen, sowie regelmässige Konsultationen bei den zuständigen SuchtmedizinerInnen, gehören zum Standard. Auch die Arbeitsintegration von KlientInnen wird von Fachleuten begleitet und gecoacht. Das Qualitätsmanagement, regelmässige Weiterbildung und Fallsupervision sowie die fachliche Aufsicht durch staatliche Fachstellen erfordern eine stetige Selbstreflexion und Verbesserung der eigenen Handlungsweisen. Der Chratten steht hier nicht allein: Seit über 15 Jahren tauschen wir uns fünf- bis sechsmal jährlich mit weiteren stationären Einrichtungen fachlich aus.

### **Bewährte Krisenintervention auf dem Chratten**

Das Suchtverhalten, die Substanzen und die gesellschaftliche Akzeptanz von Suchtproblemen ändern sich laufend. Wie uns die Vergangenheit gezeigt hat, ist einer der Erfolgsfaktoren unserer Institution, dass wir auf die sich ständig ändernde Nachfrage reagieren konnten.

So haben wir bereits vor zehn Jahren damit angefangen, vereinzelt Time-out-KlientInnen aufzunehmen.

Die Nachfrage nach solchen Platzierungen ist in den letzten Jahren gestiegen. So beschlossen wir, nach einer Bedarfsabklärung bei mehreren potentiellen Zuweisern, unser Time-out-Setting zu institutionalisieren und systematisch auszubauen. Es entstand die «Chratten Auszeit».

### **Chratten Auszeit: Vom Einzelfall zum System**

Die Stiftung Sucht erarbeitete ein Konzept, das im Mai dieses Jahres lanciert wurde.

In der Chratten Auszeit bieten wir vier Plätze für Menschen an, die sich während einer Therapie oder einer ambulanten Behandlung in einer Krise befinden. Distanz zur Gasse und zur nächsten Beiz, die Ruhe und die ländliche Umgebung spielen dabei eine wichtige Rolle. Auch als Brückenangebot bietet der Chratten einen sicheren Rahmen für Menschen, die sich nach einer stationären oder ambulanten Behandlung neu orientieren müssen. Die Rahmenbedingungen für den Aufenthalt werden dabei immer von der zuweisenden Person definiert.

Es fällt auf, dass sowohl im Chratten wie auch in vielen





anderen stationären Einrichtung die «Pionier- und Kämpfer-Generation» sich allmählich in den Ruhestand begibt. Ein neuer Berufstypus tritt auf den Plan, der sich an wissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert und die langjährige Prägung der Suchthilfe nicht «mitgemacht» hat. MitarbeiterInnen, die 15, 20 oder mehr Berufsjahre in der Suchthilfe verbracht haben, werden zur Ausnahme.

Die finanzpolitischen Rahmenbedingungen der Zuweiser werden sowohl auf die Arbeitsweise, wie auch die Behandlungsdauer, Auswirkungen haben.

Das Zusammenspiel zwischen Suchtmedizin und stationärer Suchttherapie wird in Zukunft noch intensiver, weil unsere KlientInnen kränker als früher zu uns kommen und mehr medizinische Behandlung benötigen.

Um auch künftige Herausforderungen zu meistern, wird von allen stationären Suchttherapien eine zentrale Kompetenz

weiterhin gefordert sein: die Fähigkeit, sich flexibel auf veränderte Bedürfnisse der KlientInnen und Zuweiser einzustellen, und bestehende Behandlungskonzepte und das eigene Handeln konstant kritisch zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen. ●

#### Literatur

Petzold, H. (Hrsg.) (1974): Drogentherapie. Modelle, Methoden, Erfahrungen. Paderborn: Jungfermann.

#### Endnoten

- 1 Trägerin ist die Stiftung Sucht mit Sitz in Basel.
- 2 Vgl. Petzold 1974.
- 3 Synanon wurde 1958 in Santa Monica, Kalifornien gegründet und war die weltweit erste Selbsthilfeorganisation von Drogenabhängigen. Das Synanon-Konzept wurde in den folgenden Jahrzehnten beispielhaft für Einrichtungen der Drogenhilfe, wie etwa der 1963 gegründeten Daytop. Vgl. Eintrag auf Wikipedia, [www.tinyurl.com/y8ou2pth](http://www.tinyurl.com/y8ou2pth), Zugriff 01.11.2017.
- 4 Qualimeter: wissenschaftliches Tool zur Messung der Veränderung der Lebensqualität im Verlauf der stationären Behandlung.