

Fachkonzept Abhängigkeitserkrankungen 2022

Impressum

Autoren

Hans-Peter Engler, Executive MBA, Klinikleitung ESTA Klinik, Suchthilfe Region Basel, Reinach
(Mitarbeit bis Herbst 2020)

Martin Kofmel, Bereichsleiter Soziale Arbeit, Stiftung Blaues Kreuz/MUSUB beider Basel, Liestal

Otto Schmid, Dr. phil., Geschäftsleiter Suchtcoach Basel, Basel

Klauspeter Stark, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Chefarzt Schwerpunkt für Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrie Baselland, Liestal

Joos Tarnutzer, Kantonaler Suchtbeauftragter, Amt für Gesundheit, Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft, Liestal

Gerhard Wiesbeck, Prof. Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ehem. Ärztlicher Leiter Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen UPK, in Praxis, Basel

Projektbegleitung

Regine Steinauer, M.Sc., Leiterin Abteilung Sucht, Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt, Basel

Thomas Müller, Fachteam Staatsbeiträge und Projektmanagement, Abteilung Sucht, Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt, Basel

Versand durch

Amt für Gesundheit, Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft und Bereich Gesundheitsversorgung, Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt

Dezember 2022

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage und Ziel	4
2	Evaluation bestehendes Suchthilfeangebot	5
2.1	Evaluation nach Zielgruppen	5
2.1.1	Jugendliche (unter 18 Jahren).....	5
2.1.2	Junge Erwachsene (18 bis 25 Jahre).....	6
2.1.3	Erwachsene (26 bis 59 resp. 64 Jahre).....	6
2.1.4	Ältere Menschen (Basel-Stadt über 60 und Basel-Landschaft über 65 Jahre).....	7
2.1.5	Angehörige	7
2.2	Evaluation nach Finanzierung	8
2.2.1	Sozioökonomische Situation	8
2.2.2	Verschiebung von der Objekt- zur Subjektfinanzierung	8
3	Schnittstellen und Kooperationen	9
4	Trends und Konsequenzen	11
4.1	Entwicklungen	11
4.2	Früherkennung und -intervention als bisher unerreichtes Ziel	12
4.3	Integrierte Versorgung als Schlüssel zur Qualitätsverbesserung	13
4.4	«Ambulant vor stationär» – aufsuchende ambulante Behandlung	14
4.5	Behandlung im Rahmen einer stationären therapeutischen Massnahme	16
4.6	Auswirkungen «ambulant vor stationär» und TARPSY	17
5	Optimierungspotential und Empfehlungen für die Gemeinsame Gesundheitsregion (GGR)	17
6	Literatur	22

Das *Fachkonzept Abhängigkeitserkrankungen 2022* ist eines von sechs Konzepten, welche in den Jahren 2020 bis 2022 in der Gemeinsamen Gesundheitsregion der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt erstellt wurden. Für mehr Informationen zum Hintergrund der Konzepte wird an dieser Stelle auf Kapitel 1.1 des Dokuments *Psychiatriekonzept 2022: Zukunft Psychiatrie in der Gemeinsamen Gesundheitsregion der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft* verwiesen.

1 Ausgangslage und Ziel

Die *Nationale Strategie Sucht* basiert auf dem Gleichgewicht zwischen Eigenverantwortung und Unterstützung für jene, die diese benötigen. Als Teil der gesundheitspolitischen Prioritäten Gesundheit 2020 entwickelt sie die erfolgreiche Viersäulenstrategie weiter: Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression werden ergänzt mit einer stärkeren Vernetzung aller Akteure, genauerem Wissen zu Sucht, der Förderung von Weiterbildungen, der besseren Information von Fachleuten und Bevölkerung und dem internationalen Erfahrungsaustausch (Bundesamt für Gesundheit, 2015). Nachdem in den letzten Jahrzehnten die Schweizer Suchtpolitik sich im Wesentlichen auf die Bereiche Alkohol, Tabak und illegale Drogen konzentriert hat, stützt sich die aktuelle *Nationale Strategie Sucht* auf einen Public Health-Ansatz. Darin werden drei inhaltliche Orientierungspunkte umschrieben: mehr als Abhängigkeit, mehr als Legalstatus und mehr als Substanzen (Eidgenössische Kommissionen für Alkoholfragen [EKAL], für Drogenfragen [EKDF] und für Tabakprävention [EKTP], 2010). Diesen Ansatz verfolgt auch das vorliegende Arbeitspapier.

Ein weiterer zentraler Aspekt in der Umsetzung der *Nationalen Strategie Sucht* ist die Berücksichtigung des Prinzips der gesundheitlichen Chancengleichheit. Damit verbunden sind Bemühungen, allen Menschen – unabhängig vom Geschlecht, sozioökonomischen Status, kulturellen Hintergrund oder Alter – Informationen und Hilfsangebote zugänglich zu machen. Entstigmatisierung bleibt dabei ein wichtiges Thema. Eine Untersuchung zeigt, dass sich über 70 Prozent der befragten Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Abhängigkeitserkrankung stigmatisiert fühlen (Schmid et al., 2018).

Menschen mit Suchtproblemen und ihren Angehörigen steht in den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt grundsätzlich ein differenziertes, professionelles und zum überwiegenden Teil bedarfsgerechtes Angebot von suchtmmedizinischen, sozialpsychiatrischen und psychosozialen Hilfestellungen in verschiedenen Behandlungssettings zur Verfügung. Dem gesellschaftlichen Wandel und den demographischen Ansprüchen gerecht zu werden, bedingt eine ständige Überprüfung und Anpassung an die aktuellen Erfordernisse und Bedürfnisse, an veränderte Verhaltensmuster und Konsumtrends. Die Suche nach innovativen Antworten auf die wechselnden Fragestellungen zeigt sich im ständigen gestalterischen Bestreben aller Akteure der Suchtbehandlungseinrichtungen und Suchthilfe beider Basel.

Ziel des Psychiatriekonzeptes soll im Bereich der Suchterkrankungen die erhöhte Inanspruchnahme der Angebote durch frühzeitigen Zugang und ein auf die konkreten Bedürfnisse der Betroffenen zugeschnittenes Angebot sein. Auch die Gruppe der Menschen mit risikoreichem Konsum muss in das Konzept mitaufgenommen werden. Die Entstigmatisierung der Erkrankung Sucht soll dabei weiterhin vorangetrieben werden.

2 Evaluation bestehendes Suchthilfeangebot

Die aktuelle Situation des Suchthilfeangebotes in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft gestaltet sich aus Sicht der Autoren wie folgt: Das Suchthilfeangebot musste in den letzten Jahren weiter ausgebaut werden. Neben den bekannten Abhängigkeiten von Substanzen sind neu die Verhaltenssüchte (Glücksspiel-, Internet-, Sex- und Kaufsucht) dazu gekommen.

Nahezu unverändert bleibt die Stigmatisierung von Menschen mit Suchterkrankungen, auch wenn in Fachkreisen das Verständnis von Sucht als Krankheit seit Jahren unbestritten ist.

Die Evaluation der aktuellen Situation im Suchthilfeangebot der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft wird im Folgenden nach Zielgruppen und nach Finanzierung unterteilt kurz skizziert.

2.1 Evaluation nach Zielgruppen

Heute fällt der Mischkonsum von psychoaktiven Substanzen ins Gewicht. Bei jungen Menschen kommen das Rauschtrinken, der Cannabiskonsum, die Nutzung von Online-Games und der Tabakkonsum hinzu. Mit zunehmendem Alter kann sich die Problematik in Richtung chronischer Konsum akzentuieren. Die Zahlen der Heroinabhängigen und Kokainkonsumierenden sind seit Mitte der 2000er-Jahre stabil. Zentrale Kennzahlen zum Konsum in der Schweiz und aufgeschlüsselt je nach Substanz finden sich auf den Webseiten *Suchtschweiz*¹ und *MonAM – Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten*².

Es fällt auf, dass bei der Zielgruppe «ältere Menschen» in den Konzepten der Psychiatrischen Kliniken Basel-Stadt und Basel-Landschaft unterschiedliche Altersgrenzen gelten. Falls weiterhin eine altersbedingte Grenze der Angebote bestehen bleiben sollte, wäre es zu empfehlen, diese in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft einheitlich zu definieren.

2.1.1 Jugendliche (unter 18 Jahren)

- Es besteht ein umfassendes primärpräventives Angebot in den Kantonen Basel-Landschaft und Kanton Basel-Stadt. Ein für alle Schulklassen in Basel-Stadt obligatorischer halbtägiger Suchtpräventionsworkshop wird ergänzt durch ein breites freiwilliges Angebot in den Settings Schule und Freizeit. Auch den Schulen im Kanton Basel-Landschaft stehen zahlreiche Angebote zur Verfügung.

¹ <https://zahlen-fakten.suchtschweiz.ch/> (abgerufen am 07.03.2022).

² <https://www.obsan.admin.ch/de/MonAM> (abgerufen am 07.03.2022).

- Es besteht ein ungenügendes Angebot an ambulanten Suchtsprechstunden durch spezialisierte Suchttherapeutinnen und -therapeuten oder Fachärztinnen und Fachärzte. Einzelne Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind vorhanden.
- Es fehlt ein ausreichendes und spezialisiertes stationäres Angebot in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft für Jugendliche, bei welchen eine stationäre Behandlung indiziert ist.
- Online Präventions- bzw. Beratungsangebote sind zwar teilweise vorhanden, erreichen die Zielgruppe der gefährdeten Jugendlichen aber noch zu wenig.
- Die enge Zusammenarbeit und Vernetzung mit der Schulsozialarbeit, der Jugendstaatsanwaltschaft, der Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB), dem Kinder- und Jugenddienst resp. Fachbereich Kindes- und Jugendschutz und weiteren Akteuren ist vor dem Hintergrund fehlender Ressourcen erschwert.

2.1.2 Junge Erwachsene (18 bis 25 Jahre)

- Junge Erwachsene sind in die strukturellen Angebote der stationären Erwachsenenpsychiatrie eingebettet, jedoch meist ohne spezifische konzeptionelle Verankerung. Auf individueller Ebene wird den Bedürfnissen dieser Altersgruppe hingegen entsprochen.
- Im ambulanten Bereich besteht ein Bedarf an Beratung und Behandlung bei Suchtproblemen. Dies betrifft niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater wie auch die klinischen ambulanten Angebote, bei denen die Nachfrage aktuell grösser ist als das Angebot. Dieses kann aufgrund mangelndem qualifiziertem und interessiertem Fachpersonal nur eingeschränkt zur Verfügung gestellt werden.

2.1.3 Erwachsene (26 bis 59 resp. 64 Jahre)

- Es besteht ein ausreichend grosses spezialisiertes Angebot in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft.
- Diverse Leistungen könnten statt stationär auch ambulant erbracht werden und somit die stationäre Versorgung entlasten.
- Viele Menschen mit einer Suchtproblematik werden im somatischen (Akut-)Spital behandelt und nicht an spezialisierte psychiatrische Kliniken überwiesen.
- Nach wie vor erfolgt die (ambulante) Behandlung von Menschen mit (v. a. exzessivem) Alkoholkonsum zu spät. Eine frühzeitige Einbindung durch die bereits seit vielen Jahren behandelnden Hausärztinnen und Hausärzte erfolgt selten.
- Es fehlt an Durchlässigkeit und Flexibilität der unterschiedlichen Angebote innerhalb, aber v. a., zwischen den Institutionen. Erschwert wird dieser Umstand durch administrative Hürden wie Kostengutsprachen, Wartelisten, etc.

- Intermediäre Angebote und eine integrierte Versorgung sind im Kanton Basel-Landschaft ausgenommen der Tagesklinik Binningen und intermediären Angeboten in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Liestal sowie im Kanton Basel-Stadt nicht bedarfsgerecht ausgebaut.
- Es mangelt an einem Angebot einer intermediären Nachtambulanz.

2.1.4 Ältere Menschen (Basel-Stadt über 60 und Basel-Landschaft über 65 Jahre)

- Die Trennung aufgrund des Alters ist meist nicht fachlich indiziert, Zuweisungen sind teilweise willkürlich.
- Spezialisierungen auf Suchterkrankungen im Alter sind im Kanton Basel-Stadt innerhalb der Alterspsychiatrie vorhanden.
- Eine Spezialisierung und Zusammenarbeit zwischen dem Schwerpunkt für Abhängigkeitserkrankungen und dem Schwerpunkt für Alterspsychiatrie sind im Kanton Basel-Landschaft konzeptionell entwickelt und die Zusammenarbeit ist etabliert. Jedoch fehlen in beiden Kantonen teilweise Konzepte und Ressourcen zur Betreuung von älteren Menschen mit Suchterkrankungen in Institutionen ausserhalb der Psychiatrie (Pflegeheime, Wohnheime).
- Anschlusslösungen in Pflegeheimen sind vorhanden, werden jedoch wenig genutzt.
- Es gibt im Kanton Basel-Stadt ein spezialisiertes Pflegeheim (Sternenhof).
- Fortbildungen zum Thema Sucht wurden in den Jahren 2016 bis 2018 von vielen Pflegeheimen genutzt.
- Im Kanton Basel-Landschaft werden konsiliarische Dienste bei auftretenden Fragestellungen von vielen Institutionen genutzt.

2.1.5 Angehörige

- Ambulante Beratungsangebote für Nahestehende sind vorhanden und werden teilweise von den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft bereits gemeinsam angeboten. Zunehmend werden im Rahmen eines systemischen Ansatzes auch Angehörige ins Beratungsangebot integriert.
- In beiden Kantonen bestehen Selbsthilfegruppen und ein Angebot von niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern.
- Es gibt kaum Angebote für Kinder, insbesondere kleine Kinder, von suchtkranken Eltern, die zeitnah genutzt werden können.
- In kritischen Situationen können die kantonalen KESB miteinbezogen werden.

2.2 Evaluation nach Finanzierung

2.2.1 Sozioökonomische Situation

Die Finanzierung in der Suchthilfe geschieht mehrheitlich wie folgt:

- KVG³ im ambulanten Bereich (TARMED⁴ mit Einzelfalleistungen)
- KVG über die Fallpauschalen (DRG⁵, TARPSY⁶) im stationären Bereich (Kostenteilung zwischen Krankenversicherern und Kanton)
- Sozialhilfe als Einzelfall- oder als Objektleistung (institutionelle Sozialhilfe)
- Leistungen aus der Invalidenversicherung und Ergänzungsleistungen (EL)
- Gemeinwirtschaftliche Leistungen im Rahmen der kantonalen Spitalfinanzierungsgesetze
- Zuwendungen aus dem Alkoholzehntel, der Tabakbesteuerung, der Geldspielsuchtabgabe sowie der Präventionsabgabe über das KVG (Art. 19)
- Spenden

2.2.2 Verschiebung von der Objekt- zur Subjektfinanzierung

In der stationären Behandlung fand in den letzten Jahren eine Verschiebung von der Finanzierung von Strukturen und Einrichtungen (Objektfinanzierung) hin zu einer Finanzierung von Einzelleistungen an zu Behandelnde (Subjektfinanzierung) statt.

Die Subjektfinanzierung stösst insbesondere bei chronischen und komplexen Suchterkrankungen an ihre Grenzen. In der Regel findet sich neben der Sucht eine Vielzahl zusätzlicher körperlicher, psychischer und sozialer Probleme. Um diesen wirksam begegnen zu können, wäre oftmals eine übergreifende Zusammenarbeit von Akteuren des Gesundheits- wie auch des Sozialbereichs in Netzwerken notwendig. Die hierfür bedingte Koordination und Zusammenarbeit an den Schnittstellen wird über das KVG definierte Modell nur ungenügend finanziell abgedeckt. Auch im durch Sozialhilfe finanzierten Bereich können sich durch den Wegfall der Objektfinanzierung Lücken ergeben.

Ein weiteres Problem kann in der Finanzierung von ausserordentlichen Strukturkosten bestehen (z. B. für Neubau Gebäude oder Prozessanpassungen infolge von neuen gesetzlichen Auflagen), da auch diese Aspekte nur teilweise in den Tarifen abgedeckt sind und insbesondere im Sozialhilfebereich den Einrichtungen die Bildung von Rückstellungen nur eingeschränkt erlaubt ist. Hinzu kommt

³ Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994.

⁴ Der TARMED ist ein Einzelleistungstarif, welcher im ambulanten Bereich zur Abrechnung von ärztlichen Leistungen in Praxen und Spitälern angewendet wird.

⁵ Das Diagnosis-Related Groups (DRG) System ist ein Abrechnungssystem für stationäre Krankenhausbehandlungen, bei dem über Fallpauschalen unabhängig von der Verweildauer von Patientinnen und Patienten abgerechnet wird.

⁶ TARPSY bildet die Leistungsbereiche der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie nach den Regeln der Swiss DRG AG ab.

ein allgemeiner Kostendruck bei allen Finanzierern, was auch zum Anreiz führt, Behandlungen in andere Bereiche zu anderen Finanzierern verschieben zu wollen.

Zusammengefasst besteht sowohl im Kanton Basel-Stadt als auch im Kanton Basel-Landschaft das Risiko, dass komplexe Fälle nur ungenügend koordiniert werden und dass die Steuerung nach finanziellen Aspekten erfolgt und weniger nach fachlichen. Der Kostendruck bei den stationären sozialtherapeutischen Angeboten die über Sozialhilfegelder und EL finanziert werden, wird zunehmend grösser.

3 Schnittstellen und Kooperationen

Die Zielgruppe dieses Fachgebiets ist komplex, daher sind auch zahlreiche Institutionen in die Behandlung und Begleitung involviert. Den Patientinnen und Patienten sollte eine optimale, gemeinsam abgestimmte Versorgung angeboten werden, welche den individuellen Behandlungsbedürfnissen der Betroffenen und ihren Angehörigen gerecht wird. Oftmals behandeln und begleiten diverse Akteure Patientinnen und Patienten völlig autonom und ohne Schnittstellenmanagement. Für Menschen mit einer Suchtgefährdung oder einem Suchtproblem ist das Angebot oft unübersichtlich.

Als Schnittstellen und Kooperationspartner sind ohne Anspruch auf Vollständigkeit insbesondere nachfolgende Bereiche zu beachten und sofern nicht explizit angegeben sowohl im Kanton Basel-Stadt als auch im Kanton Basel-Landschaft vorhanden:

Medizin- und Pflegeleistungen (KVG):

- Kinder- und Jugendpsychiatrische Kliniken
- Kinderspitäler
- Niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater/psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Niedergelassene somatische Ärztinnen und Ärzte
- Öffentlich-rechtliche Spitäler/Kantonsspitäler
- Privatspitäler
- Spitex (somatisch und psychiatrisch)

Therapieeinrichtungen (nicht KVG):

- Sozialtherapeutische Therapie- und Nachsorgeeinrichtungen

Beratungsstellen:

- Anbieter Selbsthilfegruppen
- Angehörigenberatung

- Case Management der Abteilung Sucht, Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt
- Schuldensanierungsstellen
- Suchtberatungsstellen

Wohnen und Arbeit:

- Arbeitsintegrationsprogramme
- Begleitetes und betreutes Wohnen
- Beschäftigungsprogramme/Tagesstruktur
- Wohnheime

Verwaltungsstellen und Versicherungen:

- Abteilung Sucht, Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt
- Amt für Beistandschaften und Erwachsenenschutz, Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt Kanton Basel-Stadt
- Amt für Gesundheit, Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft
- Amt für Sozialbeiträge, insbesondere Abteilung Behindertenhilfe, Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt Kanton Basel-Stadt
- Arbeitslosenkassen
- Ausgleichskassen/Sozialversicherungsanstalten
- Gefängnisse
- Kantonspolizei
- Kinder- und Jugenddienst Kanton Basel-Stadt/Fachbereich Kindes- und Jugendschutz Kanton Basel-Landschaft
- Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden
- Krankenkassen
- IV-Stellen
- Justizbehörden/Bewährungshilfe
- Beistandschaften
- Schulpsychologischer Dienst
- Sozialdienst der Kantonspolizei Basel-Stadt
- Sozialhilfe
- Suchtprävention Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft

Schadensmindernde Angebote:

- Aufsuchende Gassenarbeit
- Gassenküchen

- Kontakt- und Anlaufstellen
- Quartiertreffpunkte

4 Trends und Konsequenzen

Die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten steht im Fokus, kontrollierter Konsum oder Genusskonsum wie auch Abstinenz sind mögliche Ziele von Menschen mit Suchtproblemen. Um problematischem Konsum vorzubeugen, zielt moderne Suchtprävention darauf ab, individuelle gesundheitliche Ressourcen als Schutzfaktoren zu stärken und Risikofaktoren zu vermindern.

Eine bikantonale Versorgung in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft ist dabei anzustreben und ist in den folgenden Trends die Voraussetzung für eine Optimierung des bestehenden Angebotes.

4.1 Entwicklungen

Der demographische Wandel äussert sich in der Schweiz u. a. in einer höheren Lebenserwartung, in einem Rückgang der geburtenstarken Jahrgänge sowie in einem wachsenden Anteil von Personen mit Migrationshintergrund. Insgesamt werden das Bevölkerungswachstum und die Heterogenität der Gesellschaft zunehmen. Daraus lassen sich suchtpolitisch relevante Konsequenzen prognostizieren:

- In den kommenden Jahren wird die Bevölkerung der Schweiz weiter anwachsen (Bundesamt für Statistik, 2020). Einen grossen Anteil daran werden Personen mit Migrationshintergrund haben. Das Suchthilfesystem wird sich mit veränderten Beratungs- und Behandlungskonzepten auf diese Menschen einstellen müssen.
- Die höhere Lebenserwartung wird zu einer Zunahme älterer Menschen mit Suchtproblemen führen. Dies bedeutet u. a. auch eine Zunahme an Komorbidität und Komplexität der Fälle. Besonders deutlich wird sich diese Entwicklung bei den substituierten opioidabhängigen Patientinnen und Patienten zeigen (Dürsteler-MacFarland et al., 2011).
- In den kommenden Jahren verschwinden die geburtenstarken Nachkriegsjahrgänge («Baby-boomer») vom Arbeitsmarkt. Das daraus resultierende Defizit bei den Erwerbstätigen wird zu einer Verdichtung der Arbeit mit höherem Leistungsdruck führen. Der bereits heute bestehende Trend zur pharmakologischen Steigerung der Leistungsfähigkeit bei Gesunden («Neuro-Enhancement») könnte sich dadurch noch verstärken (Maher, 2008).
- Beim Konsum von Cannabis und Alkohol zeichnet sich im letzten Jahrzehnt ein Anstieg des problematischen Konsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ab (Cerdá et al., 2020).

- Eine Zunahme des Konsums von Medikamenten in Kombination mit illegalen Substanzen sowie die kombinierte Einnahme von Benzodiazepinen mit Alkohol ist ebenfalls bei Jugendlichen zu beobachten. Das Risikobewusstsein ist, vielleicht auch aufgrund noch mangelnder Information, gering. Dieser Trend könnte in den kommenden Jahren eher noch zunehmen.
- Der Konsum von opioidhaltigen Schmerzmitteln hat über die vergangenen Jahre hinweg markant zugenommen. Zum einen werden sie rezeptpflichtig verschrieben zur Behandlung von starken Schmerzen z. B. nach Operationen, zum andern werden sie aber oft missbräuchlich eingenommen.
- Die zunehmende Digitalisierung der Gesellschaft wird zu einer «Verlagerung» vieler Verhaltensweisen mit Suchtpotential ins Internet führen (z. B. Online-Gambling, Online-Gaming, Online-Kaufen, Internet-Pornographie).
- Die Nachfrage nach Suchtberatungen von Angehörigen nimmt zu. Neben Partnerinnen und Partnern kontaktieren v. a. auch (jugendliche) Kinder von suchtkranken Eltern wie auch Eltern von Jugendlichen vermehrt suchtmmedizinische Ambulatorien und Beratungsstellen.
- Tagesstruktur und Arbeitsintegration bleiben weiterhin Ziele vieler Betroffenen. Die im Zweiten Arbeitsmarkt wiedergewonnene Strukturierung im Alltag und die positive Erfahrung der Selbstwirksamkeit kann zu einem geregelteren Konsum, manchmal zum Wunsch hin zu Abstinenz oder einem kontrollierten Konsum führen, neben welchem das Arbeiten wieder möglich sein kann.

4.2 Früherkennung und -intervention als bisher unerreichtes Ziel

In der medizinischen Basisversorgung bleiben viele Problemkonsumentinnen und Problemkonsumenten, v. a. bei der Hauptproblemsubstanz Alkohol, unterversorgt. Nur 10 Prozent dieser Bevölkerungsgruppe werden durch eine spezialisierte Behandlung erfasst. V. a. diejenigen Menschen, bei denen der Alkoholkonsum noch keine sichtbaren Spuren wie schwere Schädigung der Gesundheit, Zerstörung des familiären Netzwerkes oder Knick der beruflichen Karriere hinterlassen hat, werden von der Suchtberatung nur sehr mangelhaft erfasst. In der Regel werden bestenfalls die Folgen des Missbrauchs behandelt. Die Sucht als solche bleibt oftmals unerkannt, wird ignoriert oder die Angebote werden von den Betroffenen zu hochschwellig wahrgenommen. Die Folgen sind langsame Chronifizierungen und enorme Folgekosten. Trotz intensiver Bemühungen und vielversprechender Ansätze im Bereich der Früherkennung blieben die Erfolge diesbezüglich sprichwörtlich ernüchternd (siehe u. a. auch Ziele der Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept des Kantons Basel-Landschaft [Kanton Basel-Landschaft, 2003]).

Motivierende Gesprächsführung ist ein unbestrittener und geeigneter Ansatz, Menschen für eine Veränderung zu gewinnen und zu begleiten. Dies wurde bei den Basisversorgern aber auch bei

psychotherapeutischen Versorgern und allen anderen Feldern der Sozialen Arbeit hinlänglich propagiert und sollte allen bekannt sein. Alleine scheint dies nicht zu genügen, um im Bereich der Früherkennung einen Schritt vorwärts zu kommen.

Dies liegt u. a. auch an der bestehenden Struktur des Versorgungssystems für Suchtbetroffene wie der Prävention, der Schadensminderung, der Behandlung sowie der Beratung. Medizinische Kostenträger, Invalidenversicherung und Kantone investieren v. a. in akuten Krisen und bereits eingesetzter Chronifizierung. Ein effizienter, nachhaltiger, auch sekundärpräventiver Fokus sollte aber auch stark auf Menschen ausgerichtet sein, deren Konsum noch keine bleibenden negativen Folgeerscheinungen gezeigt hat. Der Zugang zum Versorgungssystem sollte bereits beim problematischen Konsum oder beim Missbrauch einer Substanz erfolgen. In diesem frühen Stadium helfen einfache ambulante Interventionen viel.

Es wäre ein Meilenstein der Qualitätsverbesserung in der Suchtbehandlung, wenn Menschen mit Suchtproblemen früher erreicht und in eine Behandlung geführt werden könnten.

4.3 Integrierte Versorgung als Schlüssel zur Qualitätsverbesserung

Eine Qualitätssteigerung in der Versorgung von Suchtpatientinnen und Suchtpatienten wird nicht in erster Linie nur durch neue und erweiterte Angebote erzielt, sondern durch eine noch konsequentere, strukturierte und gelebte integrierte Behandlung aller Versorger (Psychiatrie, Hausärztinnen und Hausärzte, Spitäler, Fachstellen, Spitex, Betreuungsangebote etc.). Integrierte Behandlung bedeutet ein Mehrfaches als lediglich Vernetzung. Die Stärken der einzelnen Anbieter in den beiden Kantonen sind bekannt und unbestritten. Der gegenseitige Zugang zu ergänzenden Angeboten soll durchgängig erleichtert und gefördert werden. Damit können die Synergien in der Behandlungskette über die Grenzen von Einrichtungen gezielt genutzt werden.

Wie im einleitenden Teil des Psychiatriekonzepts (siehe Kapitel 1.3 *Psychiatriekonzept 2022: Zukunft Psychiatrie in der Gemeinsamen Gesundheitsregion der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft*) festgehalten, handelt es sich bei Schnittstellen üblicherweise um die Übergänge von einer Versorgungsform in eine andere (im Bereich Suchtversorgung z. B. vom stationären Entzug in eine ambulante Begleitung oder Therapie).

Wie in der «Angebots- und Bedarfsanalyse im Suchtbereich Basel-Stadt 2017-2025» (Oetterli, Dietrich und Bieri, 2018) festgehalten, ist eine gute Ausgangslage für eine integrierte Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen vorhanden. Es bestehen Kooperationsvereinbarungen, Vernetzungs- und Austauschgefässe sowie Fachgruppen. Gleichwohl besteht Optimierungsbedarf v. a. im

Bereich der Patientenpfade. Die daraus erfolgten Forderungen sind auch aus unserer Sicht zielführend:

- Personal für die spezifischen Anforderungen der integrierten Versorgung und Kooperation schulen
- Angebote ausserhalb des engen Suchtbereichs bekannt machen und vermehrt Case Management anwenden zwecks Optimierung der Behandlungspfade
- Institutions- und themenübergreifende Qualitätszirkel und Fallbesprechungen sowie Fachgruppen fördern
- Kooperationsvereinbarungen zwischen Institutionen fördern, um die Zusammenarbeit personenunabhängig zu machen.

Diese Forderungen und Errungenschaften aus dem Kanton Basel-Stadt gilt es auch im Kanton Basel-Landschaft vermehrt zu integrieren und kantonsübergreifend umzusetzen. Dies gilt v. a. auch für die Idee und das Konzept eines professionellen Case Managements in Baselland und integriert eine prozessorientierte Fallsteuerung⁷. Dabei sollen auch neue bereichernde Formen institutionsübergreifender Zusammenarbeit und entsprechende Finanzierungsmodelle entwickelt werden.

4.4 «Ambulant vor stationär» – aufsuchende ambulante Behandlung

Wie im einleitenden Kapitel erläutert, weisen Studien daraufhin, dass ambulante Therapien ebenso erfolgreich wie stationäre Behandlungen sein können (Driessen et al., 2019), jedoch erweist sich der erfolgreiche Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung als problematisch (Banaschewski et al., 2019). Für die Behandlung von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung gilt Ähnliches: Die Erfolge ambulant durchgeführter Alkoholentzugsbehandlungen sind mit denen stationärer Therapien vergleichbar (Schmidt et al., 2009). Entsprechendes gilt vermutlich auch für andere Formen der Abhängigkeit.

In der Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sind verschiedene Faktoren an der Chronifizierung des Krankheitsbildes von Bedeutung. Die Latenz vom Beginn des problematischen Konsums bis Inanspruchnahme des Suchthilfesystems liegt bei alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten bei 13 Jahren (Fischer et al., 2014).

⁷ Prozessorientierte Fallsteuerung geht der fachlichen und organisationsunabhängigen Frage nach, was die Patientin oder der Patient zu welchem Zeitpunkt braucht und wer von den beteiligten Fachpersonen resp. Institutionen über die geeigneten Mittel und Instrumente verfügt, diesen Bedarf abzudecken.

In der danach anschliessenden Behandlungsphase wird das Krankheitsbild von Rückfällen mitbestimmt. In der ambulanten Behandlung wird die Behandlung durch Therapieabbrüche und das Nichteinhalten von Terminen erschwert. Studien konnten belegen, dass nach Abschluss einer mehrmonatigen Alkohol-Entwöhnungstherapie bei insgesamt nachgewiesener guter Wirksamkeit, die Rückfallrate mit 30 Prozent aller Rückfälle im ersten Monat am höchsten ist (Missel et al., 2011). Eine kontinuierliche Nachsorge ist unerlässlich. Grundsätzlich sind ergänzende Hausbesuche bei ambulanten Behandlungen zu empfehlen. Um diese anbieten zu können, sind Konzepte und Finanzierungsmodelle zu schaffen.

Im *Leitfaden zur Psychiatrieplanung* der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (2008) wird zur Vermeidung bzw. Verkürzung stationärer Behandlungen der Ausbau ambulanter und auch aufsuchender Angebote empfohlen. Die aufsuchende ambulante Behandlung verfolgt die Ziele Förderung der Autonomie der Patientin oder des Patienten, Entlastung und Beratung der Angehörigen und falls noch bestehend, Erhalt der beruflichen bzw. sozialen Integration. Dieser Ansatz der integrierten psychiatrischen Versorgung wird u. a. in einem Modellprojekt des Home Treatments der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel untersucht.⁸ Bisher sind Menschen mit schwerer Abhängigkeitserkrankungen im Modellprojekt Home Treatment ausgeklammert.

Die niederschwellig aufsuchende, integrierte psychiatrische Versorgung sollte jedoch nicht nur bei den bereits schwerst chronifizierten Patientinnen und Patienten eingesetzt werden, sondern bereits in einem früheren Stadium, um Chronifizierung zu vermeiden oder frühzeitig zu minimieren.

Vorstellbar ist diese Intervention u. a. auch bei schwer erreichbaren Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Ziele sind Hilfe und Unterstützung bei wichtigen Entwicklungsprozessen wie Loslösung aus dem Elternhaus, berufliche Entwicklung, sexuelle Orientierung, Aufbau eines eigenen sozialen Umfeldes. Die Jugendlichen und jungen Erwachsenen werden unterstützt, Strategien zur Lösung sozialer Anforderungen und Probleme zu entwickeln, Ressourcen aus dem eigenen sozialen Umfeld zu aktivieren (Verwandte, Freundinnen und Freunde, professionelle Helfersysteme, Schule, Lehrbetrieb) sowie positive Kontakte zu Gleichaltrigen aufzubauen. Auch beim Abbruch des Kontaktes bei bestehender ambulanter Therapie oder nach der Entwöhnungstherapie (30 Prozent aller Rückfälle innerhalb des ersten Monats) ist die aufsuchende ambulante Therapie sinnvoll.

⁸ Für mehr Informationen siehe Bericht der Gesundheits- und Sozialkommission zum Ratschlag 18.0408.01 Staatsbeitrag für aufsuchende Angebote «Home Treatment bei High Utilizer» und «Home Treatment bei Übergangsbildung nach stationärer Behandlung» der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) von 2018 bis 2021 (abrufbar unter <http://www.grosserrat.bs.ch/dokumente/100388/000000388334.pdf?t=160793989020201214105810>, abgerufen am 15.12.2021).

Geprüft werden sollte, ob das Home Treatment aus einem bestehenden Versorgungssystem (z. B. Substitutionsbehandlung) oder durch eigenständige, spezialisierte Teams erfolgen sollte. Aus der klinischen Perspektive erscheinen beide Angebote sinnvoll.

Die Population der chronifiziert opioidabhängigen Patientinnen und Patienten altert, so dass in naher Zukunft die somatischen Erkrankungen der körperlich vorgealterten Population zunehmen werden. Wie einleitend beschrieben wird die medizinische Versorgung und soziale Integration sowohl für Pflegeheime als auch in der ambulanten Behandlung zur Herausforderung werden. Ziel ist es, Menschen so lange wie möglich in ihrem sozialen Umfeld zu belassen. Gerade die aktuelle Situation während der Corona-Pandemie hat gezeigt, dass die aufsuchende integrierte psychiatrische Versorgung u. a. in der Substitutionsbehandlung von Vorteil wäre, um der betroffenen Population aktuell das Social Distancing zu erleichtern und die Verbreitung des Virus in der Risikopopulation zu verhindern. Vorwiegend sollte die Intervention des Home Treatments ermöglichen, die Patientinnen und Patienten so lange wie möglich in ihrem häuslichen Umfeld zu belassen und niederschwellige Behandlungsangebote anzubieten. Die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Institutionen wird entscheidend sein für eine erfolgreiche Behandlung und Integration der Patientinnen und Patienten.

4.5 Behandlung im Rahmen einer stationären therapeutischen Massnahme

Nach Art. 60 StGB⁹ wird eine stationäre therapeutische Massnahme angeordnet, wenn eine Tatbegehung im Zusammenhang mit einer Sucht oder einer anderen Abhängigkeit steht. Ziel der Massnahme ist die Behandlung dieser Abhängigkeit. Dadurch soll der Gefahr der Begehung von weiteren Straftaten durch die verurteilte Person begegnet werden (vgl. auch *Fachkonzept Forensik 2022*).

Diese therapeutische Massnahme dauert in der Regel höchstens drei Jahre. Sind die Behandlungsziele nach diesen drei Jahren nicht erreicht, kann das Gericht auf Antrag der Vollzugsbehörde die Massnahme einmal um ein weiteres Jahr verlängern. Die Massnahme soll in spezialisierten Institutionen oder in einer psychiatrischen Einrichtung vollzogen werden.

In der Regel handelt es sich bei den Straftaten nicht um schwerwiegende Delikte, sondern um Vergehen gegen das Betäubungsmittelgesetz, welche im Zusammenhang mit ihrer Abhängigkeitsstörung begangen wurden. Ebenfalls stellen die verurteilten Personen in seltenen Fällen eine Gefährdung für die Bevölkerung dar, so dass eine Behandlung in einer geschlossenen forensischen Klinik oder einer Justizvollzugsanstalt unverhältnismässig erscheint. Aktuell fehlt es jedoch schweizweit an geeigneten geschlossenen Einrichtungen für Personen, die aufgrund ihrer Abhängigkeitsstörung mit dem Gesetz in Konflikt geraten sind. Aus diesem Grund werden die Massnahmen teilweise trotzdem

⁹ Schweizerisches Strafgesetzbuch (StGB) vom 21. Dezember 1937.

im geschlossenen Strafvollzug durchgeführt. Es zeigt sich ein Trend, dass die Zahl dieser Personen stetig zunimmt. Das Ziel wären suchtspezifische Einrichtungen mit den Schwerpunkten Behandlung und Resozialisierung, d. h. weg von repressiven Massnahmen, die der Störung nicht gerecht werden und nachweislich keine Wirkung auf die Reintegration der Betroffenen zeigen.

4.6 Auswirkungen «ambulant vor stationär» und TARPSY

Das Wechselspiel von Wirtschaft und Gesellschaft kommt auch in der Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zum Tragen. Bspw. erfüllt «ambulant vor stationär» ein Patientenbedürfnis und wäre im Prinzip bei allen Suchterkrankungen möglich. Dem entgegen stehen jedoch die unterschiedlichen Tarifsysteme mit finanziellen Fehlanreizen für stationäre Behandlungen (siehe dazu auch Kapitel 2.4 des *Psychatriekonzept 2022: Zukunft Psychiatrie in der Gemeinsamen Gesundheitsregion der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft*). Hier besteht Handlungsbedarf! Die Einführung von TARPSY (siehe dazu ebenfalls Kapitel 2.4 des *Psychatriekonzept 2022: Zukunft Psychiatrie in der Gemeinsamen Gesundheitsregion der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft*) hat zur Folge, dass sogenannte Belastungsproben (längere Ausgänge und Wochenenden ausserhalb von weniger als 24 Stunden) nicht verrechnet werden können.

Die positive Entwicklung in eine flexible, moderne Suchthilfe, die die Autonomie und Selbstwirksamkeit der Betroffenen unterstützt, sollte mit den stationären Angeboten abgestimmt sein. Wie in Kapitel 2.2.2 erläutert, reicht die Unterstützung bzw. die Dauer des Aufenthalts bei schweren, chronischen Erkrankungen oft nicht aus. Die Entwicklung von ambulanten und tagesklinischen Angeboten ist zu begrüessen.

5 Optimierungspotential und Empfehlungen für die Gemeinsame Gesundheitsregion (GGR)

Aus den in den vorhergehenden Kapiteln *Evaluation*, *Schnittstellen* und *Trends und Konsequenzen* aufgezeigten Themen werden nun im Folgenden kurz gefasste Empfehlungen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen aufgelistet:

Entstigmatisierung

Zwar hat das Bundesgericht im 2019 die Rechtsprechung für die Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente (IV-Rente) bei Suchterkrankungen geändert und Sucht wird als psychische Krankheit anerkannt, trotzdem werden Menschen mit Suchterkrankungen nach wie vor stigmatisiert. Nicht Abwertung und Ausgrenzung, sondern Akzeptanz und Befähigung müssen im Fokus von Prävention, Behandlung, Schadensminderung und Regulierung stehen.

Regionales Suchtkonzept

Damit es erst gar nicht zu einer Suchterkrankung kommt, muss die Prävention gestärkt werden. Menschen mit Risiken für Suchtprobleme müssen frühzeitig erkannt werden, um ihre persönliche Lebensqualität hoch zu halten und unnötige Behandlungskosten zu verhindern. Spezialisierte Angebote (Therapie, Beratung, Prävention, etc.) sollen sowohl Menschen mit erhöhtem Risiko für eine Suchterkrankung, Menschen mit einer Suchtproblematik als auch ihren Angehörigen zur Verfügung stehen. Die Angebote sollen zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft miteinander bedarfs- und bedürfnisgerecht abgestimmt werden. Kooperationen und Zusammenarbeitsvereinbarungen müssen formuliert und die Finanzierung geregelt werden.

Stärkung der Prävention

Erfahrungsgemäss ist Suchtprävention besonders wirksam, wenn sie zu einem frühen Zeitpunkt einsetzt und längerfristig ist. In keinem Lebensabschnitt sind Gesundheitsförderung und Prävention so wirksam, nachhaltig und wirtschaftlich ertragreich wie in der Kindheit und Jugend. Mit früher Unterstützung können Ausgaben in Millionenhöhe jährlich vermieden werden. Dies belegen verschiedene Studien bspw. zum «Return on investment» bei Tabak- und Alkohol-Prävention.

Menschen müssen jedoch in allen Lebensphasen darin unterstützt werden, einen risikoarmen Umgang mit Substanzen oder Verhaltensweisen zu pflegen. Rahmenbedingungen sollten so gestaltet werden, dass risikoarmes Verhalten attraktiv ist.

Digitalisierung

Die raschen Entwicklungen im Bereich Digitalisierung verändern Angebote und ermöglichen eine bessere Erreichbarkeit für unterschiedliche Zielgruppen. Prävention, Früherkennung und Beratung können über zielgruppenspezifische digitale Angebote (Apps, Skype, Chats, Blended Counseling etc.) gefördert werden. Die bestehenden Anbieter im Suchthilfebereich müssen diese digitalen Möglichkeiten prüfen und diese vermehrt anbieten; dieser Bereich weist noch Entwicklungsbedarf auf. Auch sollen die digitalen Arbeitsmittel die regionale Vernetzung erleichtern.

Andrerseits wird die zunehmende Digitalisierung der Gesellschaft zu einer «Verlagerung» vieler Verhaltensweisen mit Suchtpotential ins Internet führen (z. B. Online-Gambling, Online-Gaming, Online-Kaufen, Internet-Pornographie). Diese Problematik muss entsprechend aufgegriffen und Massnahmen müssen in allen vier Säulen der Suchtpolitik ergriffen werden.

Anpassung der Behandlungsmodelle auf Ziele der Patientinnen und Patienten

Viele Klientinnen und Klienten und Patientinnen und Patienten möchten mehr Mit- und Selbstbestimmung. Sie sollen auch mehr Selbstverantwortung bekommen. Nach Möglichkeit muss sich die Ausrichtung der Angebote an den Wünschen der Patientinnen und Patienten orientieren. Diversität der Ziele soll sowohl Abstinenz, Reduktion des Konsums oder kontrollierter Konsum (z. B. mittels

KISS¹⁰) beinhalten. Die Angebote sollen flexibel den sich verändernden Realitäten angepasst werden können und aktuelle Trends berücksichtigen (z. B. steigender Leistungsdruck, «Neuro-Enhancement»). Eine Durchlässigkeit der Angebote im KVG- und Nicht-KVG Bereich muss ermöglicht werden.

Qualifiziertes Fachpersonal und Peers

Mitarbeitende aller Professionen sowie die Peers müssen spezialisierte Fortbildungen besuchen und entsprechende Qualifikationen erlangen. So sollen z. B. Schulungen für «Motivational Interviewing» für alle Akteure spezifisch angeboten werden. Der Einbezug von Expertinnen und Experten mit Erfahrung (Peers) sollte gefördert werden und besonderes Gewicht ist auf die Zusammenarbeit aller Berufsgruppen zu legen.

Finanzierung (siehe Kapitel 2.2)

Die Subjektfinanzierung stösst insbesondere bei chronischen und komplexen Suchterkrankungen an ihre Grenzen. Eine übergreifende Zusammenarbeit von Akteuren des Gesundheits- wie auch des Sozialbereichs in Netzwerken ist notwendig. Die hierfür bedingte Koordination und Zusammenarbeit an den Schnittstellen wird über das KVG-definierte Modell nur ungenügend abgedeckt. Neue, flexiblere Finanzierungsmodelle, auch im ambulanten Bereich, müssen angedacht werden.

Versorgungslücken aufgrund demographischer Veränderungen (siehe Kapitel 4.1)

Höhere Lebenserwartung und komplexere Fälle bedingen neue Angebote.

- Angehörige und Kinder: Diese werden im Suchthilfesystem stiefmütterlich behandelt. Die standardmässige Einbeziehung der Familie wird noch zu wenig praktiziert. Auch eine aktive Bemühung um diese Gruppe ist nicht wirklich ersichtlich. Dabei können Angehörige einen wesentlichen Teil beitragen, Betroffene in eine Behandlung zu bringen und Fachleute können bestehende (Entwicklungs-)Störungen im System frühzeitig erkennen und behandeln. Angehörige sollen befähigt werden, die Betroffenen zu unterstützen und Sorge zu sich selbst zu tragen.
- Jugendliche: Es braucht mehr stationäre, intermediäre und ambulante Versorgungsmodelle bzw. Behandlungsplätze für Jugendliche mit exzessivem Substanzkonsum.
- Junge Erwachsene: Die Schnittstellen zu internen und externen Fachpersonen der Kinder- und Jugendpsychiatrie müssen definiert und genutzt werden.
- Für junge Erwachsene wie auch für Jugendliche und Kinder wären zusätzliche spezialisierte, multidisziplinäre Angebote wünschenswert. Auch sollen fachlich qualifizierte niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater sowie Psychologinnen und Psychologen mit Spezialisierung auf junge Erwachsene mit Suchtproblemen gewonnen werden.

¹⁰ KISS steht für Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum.

- Ältere Menschen: Die Trennung aufgrund Alter ist meist nicht fachlich indiziert, Zuweisungen sind teilweise willkürlich. Die Vernetzung zwischen Pflegeheimen, versorgenden Hausärztinnen und Hausärzten und psychiatrischen Konsiliarärztinnen und Konsiliarärzten sollte intensiviert werden. Für ältere Menschen mit Suchtproblemen sollten spezifische Konzepte und Betreuungsangebote geschaffen werden.
- Menschen mit Migrationshintergrund: Diesen soll ein entsprechendes Angebot zur Verfügung stehen.

Früherkennung und -intervention sowie Prävention (siehe Kapitel 4.2)

Aktuell wird das Vorliegen einer Suchterkrankung noch bei zu wenigen Menschen rechtzeitig erkannt. Dies v. a. im Bereich Alkohol, aber auch im Bereich der Verhaltenssuchte wie Kaufsucht oder Spielsucht. Um Menschen mit Risiken für eine Suchterkrankung möglichst früh zu erreichen, ist ein Ausbau des sekundärpräventiven Angebots angezeigt. Im Bereich der Früherkennung benötigt es einen «Schwellenregulator», um die Menschen zu erreichen. Zugänge zu Hausärztinnen und Hausärzten, Spitälern und Kliniken etc. müssen für Institutionen und Fachleute geschaffen werden, die niederschwellig arbeiten und für die Patientinnen und Patienten keine unerwünschten Nebeneffekte haben (Stigma, unentgeltliche Beratung, Anonymität, Zieloffenheit). In diesem Bereich sind Kompetenzen und Aufgaben zwischen Psychiatrie und ambulanten Fachstellen zu klären und Synergien zu nutzen (siehe auch integrierte Versorgung Kapitel 4.3). Aus gesundheitspolitischer Sicht ist eine Zusammenarbeit von den Kantonen und den Krankenkassen ein Weg, Früherfassung bei den Basisversorgern einzufordern und zu implementieren.

Bei der Früherkennung braucht es den Willen von allen langfristig und konstant dieses Feld zu bearbeiten und an der Idee dran zu bleiben.

In die bestehenden guten Präventionsangebote müssen laufend die aktuellen Trends integriert werden. Neben Tabak, Alkohol, Cannabis und Internetkonsum müssen auch Mischkonsum bei Jugendlichen oder Schmerzmittelkonsum zunehmend Platz finden.

Studien zeigen, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien ein bis zu sechs Mal höheres Risiko haben, selbst eine Abhängigkeit, eine andere psychische Störung oder Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln. Damit gelten sie als grösste bekannte Risikogruppe hinsichtlich der Entwicklung einer Suchtproblematik. Dieser grossen Population von gefährdeten Kindern sollte präventiv Unterstützung im Sinne der Stärkung von Resilienzfaktoren angeboten werden. Dabei ist darauf zu achten, dass es bei einem allfälligen Screening dieser Zielgruppe nicht zu einer Stigmatisierung kommt.

Integrierte Versorgung (siehe Kapitel 4.3.)

Für den Erfolg einer Suchtbehandlung ist das Schnittstellenmanagement der verschiedenen Versorger untereinander von zentraler Bedeutung. Ebenso führt oftmals nur eine strukturierte und konsequente integrierte Behandlung aller Versorger und Berufsgruppen bei chronifizierten Patientinnen und Patienten zum Erfolg. Dieser Ansatz muss besser gelebt und umgesetzt werden.

Zielführend könnten in diesem Bereich Projekt-Kooperationen mit grösseren Hausarztzentren, Spitälern und Krankenkassen sein, welche an einer vertieften Modell-Zusammenarbeit interessiert sind. Eine intensivere Vernetzung und Kooperation zwischen Basisversorgern und Dienstleistern suchtspezifischer Angebote ist angeraten.

Ambulant, intermediär und stationär (siehe Kapitel 4.4)

Home Treatment: Eine Ausweitung des Home Treatments auf den Suchtbereich ist auch im Kanton Basel-Landschaft unbedingt zu prüfen. Angebote wie Home Treatment sollen entweder aus einem bestehenden Versorgungssystem oder durch eigenständige spezialisierte Teams erfolgen und evaluiert werden.

Das bisher fehlende intermediäre Angebot einer Nachtambulanz soll überdacht werden.

Auf die ambulante Nachsorge muss mehr Gewicht gelegt und die Finanzierung gesichert werden.

Behandlung von Schwerstkranken (siehe Kapitel 4.5)

Ein Angebot für Schwerstkranken nach der Akutbehandlung mit oder ohne Massnahmenvollzug muss aufgebaut werden. Dieses dient als Anschlusslösung an einen Klinikaufenthalt und bietet eine intensive Betreuung für Menschen, welche bisher als „Heavy-user“ viele Ressourcen in Anspruch nahmen.

TARPSY und Kostendruck (siehe Kapitel 4.6)

Es besteht das Risiko, dass komplexe Fälle nur ungenügend koordiniert werden und dass die Steuerung nach finanziellen Aspekten erfolgt und weniger nach fachlichen. Der Kostendruck bei den stationären sozialtherapeutischen Angeboten, die über Sozialhilfegelder oder EL finanziert werden, wird zunehmend grösser. Eine bezüglich Dauer, Inhalt und Intensität flexible, bedarfsgerechte Behandlung muss möglich sein. Eine Durchlässigkeit der verschiedenen Phasen der Behandlung (Akut/Stabilisierung/Integration) muss realisiert werden.

6 Literatur

Banaschewski, T. und Driessen, M. (2019). Transition – Stationäre Behandlung. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 87(11), S. 625-627.

Bundesamt für Gesundheit (2015). Nationale Strategie Sucht 2017-2024. November 2015.

Bundesamt für Statistik (2020). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone 2020-2050. BFS-Nummer 201-2000. <https://www.viz.bfs.admin.ch/assets/01/ga-01.03.01/de/index.html> (abgerufen am 16.12.2021).

Cerdá M., Mauro, C., Hamilton, A., Levy, L. S., Santaella-Tenorio, J., Hasin, D. ... und Martins, S. S. (2020). Association Between Recreational Marijuana Legalization in the United States and Changes in Marijuana Use and Cannabis Use Disorder From 2008 to 2016. JAMA Psychiatry, 77(2), S. 165-171.

Driessen, M., Schulz, P. und Jander, S., Ribbert, H., Gerhards, S., Neuner, F. und Koch-Stoecker, S. (2019). Effectiveness of inpatient versus outpatient complex treatment programs in depressive disorders: a quasi-experimental study under naturalistic conditions. BMC Psychiatry, 19(1), S. 380.

Dürsteler-MacFarland K. M., Vogel, M., Wiesbeck, G. A. und Petitjean, S. A. (2011). There is no age limit for methadone: a retrospective cohort study. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 6(9).

Eidgenössische Kommissionen für Alkoholfragen [EKAL], für Drogenfragen [EKDF] und für Tabakprävention [EKTP] (2010). Herausforderung Sucht: Grundlagen eines zukunftsfähigen Politikansatzes für die Suchtpolitik in der Schweiz. Steuergruppe der drei Eidg. Kommissionen für Alkoholfragen, für Drogenfragen und für Tabakprävention.

Fischer, B., Telser, H., Widmer, P. und Leukert, K. (2014). Alkoholbedingte Kosten in der Schweiz. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Olten: Polynomics.

Kanton Basel-Landschaft (2003). Schlussbericht der Folgeplanung II zum Psychatriekonzept Basel-Landschaft, Vorlage an den Landrat vom 19. August 2003.

Maher B. (2008). Poll results: look who's doping. Nature, 452(7188), S. 674-675.

Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Brenner, R., Finkelmeier, B., Funke, W., ... und Klein, T. (2011). Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation–FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2008 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht aktuell, 1, S. 7.

Oetterli, M., Dietrich, F. und Bieri, O. (2018). Angebots- und Bedarfsanalyse im Suchtbereich Basel-Stadt 2017–2025: Synthese der Ergebnisse zuhanden der Abteilung Sucht im Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, Interface Politikstudien Forschung Beratung.

Schmidt, P., Küfner, H., Löhnert, B., Kolb, W., Zemlin U. und Soyka M. (2009). Effizienz der ambulanten und stationären Alkoholentwöhnung - Prädiktoren des Behandlungserfolgs. Fortschritte Neurologie Psychiatrie, 77(8), S. 451-456.

Schmid, O., Müller, T., Fehr, S. und Vogel, M. (2018). Werden drogenkonsumierende Menschen stigmatisiert? Suchtmedizin, 5, S. 315-322.

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2008). Leitfaden zur Psychiatrieplanung.