



Suchthilfekonzept des Kantons Bern

Strategien und Massnahmen

Bericht des Regierungsrates

Bericht zur Umsetzung der Motion
(M 285/2008) Blaser, Steffisburg (SP)
vom 17. November 2008
„Es braucht eine zeitgemässe Suchthilfe im
Kanton Bern“

Genehmigt am 21. Dezember 2011 durch
den Regierungsrat

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	Error! Bookmark not defined.
1 Einleitung	5
1.1 Ausgangslage und Auftrag	5
1.2 Gegenstand	5
2 Grundlagen und Begriffe der Suchthilfe und Suchtpolitik	7
2.1 Definitionen von Sucht	7
2.2 Funktion und Leistung der Suchthilfe	8
2.3 Suchtpolitik	8
2.4 Gesetzliche Rahmenbedingungen und Aufgaben	11
2.5 Steuerung und Finanzierung	12
3 Suchthilfeangebote im Kanton Bern	14
3.1 Überblick	14
3.2 Ambulante Beratung und Therapie	14
3.3 Stationäre Sozialtherapie	15
3.4 Suchtmedizin	16
3.5 Substitution	17
3.6 Schadensminderung	18
3.7 Wohnen und Arbeit	19
3.8 Zusammenfassung Finanzbedarf Suchthilfe	21
4 Entwicklung und Leistungsbedarf	22
4.1 Epidemiologisch Daten	22
4.2 Entwicklung von Konsummustern und Problemlasten	24
4.3 Wahrnehmung in der Öffentlichkeit und Politik	28
4.4 Trends in Bezug auf Lösungsansätze und Leistungsbedarf	29
5 Schlussfolgerungen für den Kanton Bern	31
6 Leitsätze zur Suchthilfe im Kanton Bern	33
7 Strategien und Massnahmen	35
7.1 Handlungsfeld A „Bedarfsorientiertes Angebot“	35
7.2 Handlungsfeld B „Strategische Partnerschaften“	37
7.3 Handlungsfeld C „Vernetzung und Kooperation“	39
7.4 Handlungsfeld D „Klienten- und Patientenorientierung“	40
7.5 Handlungsfeld E „Ressourcen und Qualität“	40
8 Umsetzung	43
9 Antrag an den Grossen Rat	44

Zusammenfassung

Ausgangslage

Der Kanton Bern verfügt über eine innovative und fachlich breit anerkannte Suchthilfe entlang der vier Säulen Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression. Neben den konstant schwersten Problemlagen im Bereich Alkohol und Tabak verändern sich das Konsumverhalten, die Therapieansätze sowie die gesellschaftliche Einstellung zu Suchterkrankungen und deren Behandlung kontinuierlich. Die Steuerung der Angebote unterliegt deshalb ebenso einer Entwicklung wie die Grundsätze der Mittelvergabe. Dies im Sinne einer noch gezielteren Versorgung der betroffenen Menschen. Vor diesem Hintergrund ist auch die Motion Blaser (M285/2008) als Auftrag zur Optimierung der Steuerung zu verstehen.

Die Angebote im Kanton Bern

Der überwiegende Teil der Suchthilfeangebote wird durch den Kanton und die Gemeinde finanziert (Lastenausgleich). Gesetzliche Grundlage der Steuerung und Finanzierung der Angebote bildet je nach Angebotsbereich das Sozialhilfegesetz (SHG), das Spitalversorgungsgesetz (SpVG) und/oder das Krankenversicherungsgesetz (KVG).

Ambulante Beratung und Therapie: Fünf Anbieter stellen ein regional ausgerichtetes Angebot bereit, pro Jahr werden durchschnittlich 6'600 Fälle behandelt. Das Angebot umfasst Informations-, Triage- und Beratungsgespräche sowie Informationsveranstaltungen. Ziele sind die Verbesserung und Stabilisierung der Lebenssituation, die Erweiterung von Kompetenzen im Umgang mit Sucht, Abklärung und Vermittlung in geeignete Hilfsangebote sowie Informationszugang.

Stationäre Sozialtherapie: Sechs Anbieter stellen 134 Plätze bereit, davon 97 in Therapieeinrichtungen und 37 in Gastfamilien. Die Fallzahlen betragen pro Jahr durchschnittlich 255. Das Angebot richtet sich an Personen mit Abhängigkeit von illegalen Substanzen. Sämtliche Lebensbereiche (Wohnen, Arbeit, Gesundheit, Beziehung, Freizeit, Bildung) werden den individuellen Zielsetzungen entsprechend bearbeitet. Die Aufenthalte erfolgen freiwillig oder im Rahmen von strafrechtlichen Massnahmen gemäss Art. 60 StGB. Die Zielsetzungen der stationären Sozialtherapie sind: Abstinenz bezüglich Hauptproblemsubstanz, Stabilisierung und Verbesserung der Lebenssituation sowie soziale und berufliche Wiedereingliederung und Planung von adäquaten Anschlusslösungen.

Suchtmedizin: Die Suchtmedizin umfasst ambulante und stationäre Entzugs- und Entwöhnungsprogramme. Diese werden von drei Suchtfachkliniken - mit 37 stationären Entzugs- und 89 Entwöhnungsplätzen sowie von vier psychiatrischen Einrichtungen mit 113 Plätzen für Entzugsbehandlungen und 53 Plätzen für Entwöhnung erbracht. In Entzugsprogrammen wird die qualifizierte, körperliche Entgiftung von einer oder mehreren Substanzen durchgeführt. Die stationäre Entwöhnung zielt auf eine umfassende psychische und körperliche Genesung der Patientinnen und Patienten ab.

Substitution: Der Bereich Substitution beinhaltet die Methadongestützte und die Heroingestützte Behandlung und richtet sich an opioidabhängige Personen. Gesamtkantonal werden in vier Zentren 400 Plätze für Heroingestützte Behandlung sowie 545 Plätze in vier Zentren für Methadongestützte Behandlung angeboten. Die Finanzierung der Heroingestützten Behandlung erfolgt über Krankenversicherungs- und Kantonsbeiträge.

Wohnen und Arbeit: Angebote der Wohn- und Arbeitsintegration stehen Personen zur Verfügung, deren Wohnkompetenz und/oder Arbeitsfähigkeit aufgrund der Abhängigkeitsstörung und möglicher weiterer Diagnosen vorübergehend oder dauerhaft eingeschränkt sind. Die Aufenthalte erfolgen grösstenteils freiwillig. Die Finanzierung von Wohn- und Arbeitsangeboten erfolgt über Leistungsvertrag oder Ermächtigung sowie Subjektbeiträge.

Strategien und Massnahmen

Mit der Zielsetzung einer verbesserten Steuerung, einer bedarfsgerechteren Mittelallokation sowie der Optimierung des Angebotes wurden folgende Handlungsfelder und Massnahmen definiert. Sie sollen Entscheidungsgrundlage für die Angebotspalette, die Angebotsschwerpunkte,

das Mengengerüst, die Zielgruppen und somit für die fachliche Ausrichtung der Leistungserbringer bilden und sind somit Basis für die Leistungsverträge.

Bedarfsorientiertes Angebot

Optimierungspotential wird in der verbesserten Abstimmung der Angebote sowie einer vermehrten Einnahme der Versorgerperspektive anstelle einer Institutionsperspektive gesehen. Der Bedarf soll über verschiedene Quellen umfassender ermittelt und verstärkt politisch legitimiert werden. Hierzu soll als erste Massnahme ein Steuerungskreislauf implementiert werden. In einem Vierjahreszyklus soll ein Angebotsprogramm entworfen, validiert und in Leistungsverträge übersetzt werden.

Eine kantonale Plattform mit Vertretungen der zentralen Versorgungspartner, der Regionen sowie der Umsysteme soll Austausch über die aktuellen Entwicklungen sowie die Validierung von Konzepten ermöglichen.

Strategische Partnerschaften

Die Vielfalt der Anbieter soll durch sinnvolle Partnerschaften reduziert werden. Dabei steht in erster Linie die Bündelung der Anbieter nach deren Leistungsbereichen im Vordergrund. Mittelfristig sind Zusammenschlüsse entlang der Behandlungspfade denkbar.

Vernetzung und Kooperation

Durch die starke Verbreitung von Suchterkrankungen und deren Auswirkungen auch in den Sozialraum sind verschiedene Systeme mit der Problematik konfrontiert und konsequenter als bisher in Lösungsansätze einzubeziehen. Neben dem Suchthilfesystem im engeren Sinn, welches die spezialisierten Anbieter umfasst, sind insbesondere auch die Grundversorgung (Hausärzte und Psychiatrie) aber auch die Umsysteme wie Polizei, Erziehungsberatung, Schulen, etc.) einzubinden. Dies soll über regionale Vernetzungsplattformen dieser Systeme geschehen. Zielsetzung ist die Vernetzung und Kooperation sowie die Diskussion von Bedarfslagen.

Klienten und Patientenorientierung

Durch die Steuerung nach NEF sind die Leistungserbringer zu wirtschaftlichem Handeln angehalten. Dies kann dazu führen, dass die Klientensicht nicht an erster Stelle steht. Um die Beurteilung des Behandlungsbedarfes auf individueller Ebene zu versachlichen sollen deshalb Triage-Systeme geprüft werden. Dies kann bereits durch die Vereinheitlichung der bestehenden Systeme erfolgen. Der Aufbau von zusätzlichen Strukturen muss vermieden werden. Über die Einführung des Case Management soll zudem die Behandlung und Betreuung von Menschen mit komplexen Problemlagen verbessert werden.

Ressourcen und Qualität

Die Finanzierung der Suchthilfe ist heterogen. Neben dem Budget der Sozialhilfe werden insbesondere medizinische Leistungen über das KVG finanziert. Dadurch können sich zwischen Angeboten im legalen und illegalen Bereich Ungleichheiten ergeben, welche unerwünschte Anreize oder Nebeneffekte ergeben. Diese Problemlage soll mit einem Projekt aufgearbeitet werden. Zielsetzung muss die konsequente leistungsorientierte Abgeltung in allen Angeboten sein.

Die Grundversorger sind häufig mit Suchterkrankungen konfrontiert. Die spezialisierten Suchthilfeanbieter können sie bei dieser Thematik noch systematischer unterstützen. Dafür soll eine Internet-Plattform geschaffen werden. Neben der Bereitstellung von Fachinformationen soll insbesondere der Dialog unter Hausärzten und Spezialversorgern verstärkt werden.

Ebenfalls die SPITEX soll in ihren suchtfachlichen Kompetenzen gestärkt werden. Dies durch die Bereitstellung von Weiterbildungs-Einheiten sowie durch gezieltes Coaching nach Bedarf.

Für die Suchthilfe im hier dargelegten wendet der Kanton insgesamt rund 39 Mio. auf (nach Abrechnung Lastenausgleich; inkl. suchtmmedizinische Spezialversorgung der Psychiatrie). Weitere 4.3 Mio. betragen die Aufwendungen über den Fonds für Suchthilfe.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage und Auftrag

Der Kanton Bern verfügt seit Jahren über eine fortschrittliche und fachlich breit anerkannte Suchthilfe entlang der vier Säulen Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression. Entsprechend den sich verändernden Problemlagen wird das Angebot kontinuierlich weiterentwickelt. In den letzten Jahren wurde dabei besonders die Aufhebung der Abgrenzung zwischen institutionellen Zuständigkeiten im legalen und illegalen Bereich berücksichtigt.

Der Kanton hat die Aufgabe, die Ausrichtung der Suchthilfe in Zusammenarbeit mit den Gemeinden zu steuern. Um diese Aufgabe auch in Zukunft weiterhin transparent und sachgerecht zu erfüllen, müssen die entsprechenden Instrumente den sich verändernden Bedingungen angepasst und weiterentwickelt werden.

Eine Besonderheit im Bereich der Suchthilfe ist die Tatsache, dass die Angebote aus unterschiedlichen Quellen finanziert werden. Zum Einen bestehen Leistungen, welche über die Krankenversicherung im Sinne von Subjektfinanzierung abgegolten werden, zum Anderen bestehen im Rahmen der institutionellen Sozialhilfe Leistungsverträge mit Anbietern der Suchthilfe.

Mit dem Ziel einer verstärkten Bedarfsorientierung und Koordination in der Suchthilfe hat die Gesundheits- und Fürsorgedirektion das Projekt Suchthilfestrategie gestartet. Dieses Vorhaben wurde unterstützt durch die im Jahre 2008 überwiesene Motion Blaser¹. Durch die Überweisung der Motion Blaser wurde der Regierungsrat beauftragt, ein kantonales Versorgungskonzept zu erarbeiten, in welchem die zukünftigen Problemlasten und die daraus resultierenden Ziele und Massnahmen aufgezeigt und die strukturellen Konsequenzen für die Suchthilfe erarbeitet werden.

Das vorliegende Suchthilfekonzept soll im Sinne eines Versorgungskonzeptes den Akzent bei der (politischen) Steuerung setzen. Es soll - insbesondere mit den formulierten Strategien und Massnahmen - die Basis für künftige Leistungsaufträge des Kantons bilden. Die Strategien und Massnahmen bilden Entscheidungsgrundlagen für die Bestimmung der Angebotspalette, der Angebotsschwerpunkte, des Mengengerüsts, der Zielgruppen und somit der fachlichen Ausrichtung der Leistungserbringer. Der Abschluss von Leistungsaufträgen erfolgt auf dieser Grundlage.

Für die Erarbeitung wurde eine partizipative Vorgehensweise gewählt, um eine ausreichende Abstützung des Projektes im Feld sicher zu stellen. Im ersten Projektabschnitt wurde im Rahmen von fünf Teilprojektgruppen (Ambulante, Schadensminderung, Stationäre Therapie, Wohnen und Psychiatrie) eine Bestandsaufnahme durchgeführt. Die Zielsetzung bestand darin, mittels qualitativer Erhebung ergänzende Informationen zu beschaffen, damit der Kanton die politische Dimension möglicher Handlungsoptionen im Suchthilfebereich erkennen kann.

Basierend auf den Erkenntnissen der Bestandsaufnahme wurden vom Direktor der GEF die Eckpfeiler festgelegt, die als politische Handlungsstrategie begleitend sein sollen. Im zweiten Projektabschnitt wurden die fachlichen Ziele und die dazu notwendigen Leistungen bestimmt. Die Zielsetzung des zweiten Projektabschnittes lag darin, ein Instrument für die Umsetzung der politischen Steuerung durch die GEF zu entwickeln.

1.2 Gegenstand

Die folgenden Ausführungen beziehen sich in erster Linie auf die Säulen Therapie und Schadensminderung. Diese beiden Säulen bilden die Suchthilfe im engen Sinne und gleichzeitig den Perimeter dieses Konzeptes. Auf der Ebene der institutionellen Versorgung fallen alle spezifischen, suchtherapeutischen und –medizinischen Angebote unter die Suchthilfe (auch die spezialisierten suchtmmedizinischen Angebote der institutionellen Psychiatrie).

¹ Motion Blaser M 285/2008 „Es braucht eine zeitgemässe Suchthilfe im Kanton Bern“

Für die Steuerung der Säule Gesundheitsförderung/Prävention (nichtmedizinischer Bereich) besteht im Kanton Bern ein Instrument, welches im Vierjahreszyklus die Aufgaben festlegt². Dabei werden auf der Grundlage der Einschätzung der Entwicklung der Problemlasten, der Wahrnehmung von Suchtproblemen in der Öffentlichkeit sowie deren Thematisierung in politischen Vorstössen Schwerpunkte für jeweils weitere vier Jahre festgelegt.

Die Thematik der Früherkennung und Frühintervention stellt eine der zentralen Schnittstellen zwischen den Säulen Prävention und Therapie dar. Das Thema Früherkennung / Frühintervention fliesst – obwohl es nicht eindeutig der Säule Therapie zu zuordnen ist - in das vorliegende Konzept ein. Die Abstimmung auf den Präventionsbereich soll insbesondere in der Umsetzungsphase ausreichend beachtet werden.

Repression, verstanden als Marktregulierung und Jugendschutz sowie als polizeiliches Handeln mit der Aufgabe der Strafverfolgung, ist ebenfalls nicht Gegenstand des vorliegenden Konzeptes.

Wesentliche Leistungen der Suchthilfe werden in Rahmen des Grundversorgungsauftrages durch verschiedene Akteure des Gesundheits- und Sozialwesens (insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte, Spitäler, Spitex und Sozialdienste) erbracht. In diesem Rahmen werden Menschen mit Suchtproblemen und –krankheiten behandelt, gepflegt, beraten und unterstützt. Im Konzept ist die Grundversorgung nur punktuell angesprochen, im Steuerungsprozess sowie in der Umsetzung der Massnahmen ist vorgesehen, diese Versorgungsbereiche der Suchthilfe soweit möglich mit zu berücksichtigen.³

Eine besondere Rolle nimmt die Psychiatrie ein. Sie ergibt sich einerseits daraus, dass Substanzabhängigkeiten als psychiatrische Erkrankungen anerkannt sind und andererseits, dass die institutionelle Psychiatrie spezifische Angebote vorhalten.

² [http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheitsfoerderung_praevention/Kantonale_Schwerpunkte.html](http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheitsfoerderung_praevention/Kantonale_Schwerpunkte.html)

³ Die Abgrenzung zwischen Grund- und Spezialversorgung wird im vorliegenden Konzept folgendermassen definiert: Einrichtungen der Spezialversorgung behandeln/betreuen ausschliesslich Personen mit Suchtproblemen; die Grundversorgung behandelt/betreut Zielgruppen mit unterschiedlichen Problemlagen, darunter auch Personen mit Suchtproblemen.

2 Grundlagen und Begriffe der Suchthilfe und Suchtpolitik

2.1 Definitionen von Sucht

Die Komplexität der Thematik Sucht zeigt sich beim Versuch, den Gegenstand zu definieren. Sucht ist ein alltagssprachlicher Begriff, welcher verschiedene Verhaltensweisen oder Krankheitsbilder bezeichnet.

Medizinische Sichtweise

Aus medizinischer Sicht wird die Substanzabhängigkeit als ein komplexes, sich in sozialen, psychischen und körperlichen Dimensionen abspielendes Krankheitsgeschehen verstanden.

Das aktuelle Diagnosesystem (Internationales statistisches Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, ICD 10) beschreibt mehrere Erscheinungsbilder in der Klasse Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19; bei den F-Diagnosen handelt es sich um die „klassischen“ psychiatrischen Diagnosen). Insbesondere zu nennen sind die akute Intoxikation, der schädliche Gebrauch, das Abhängigkeitssyndrom sowie das Entzugssyndrom.⁴

Bei der akuten Intoxikation handelt es sich um ein Zustandsbild nach Aufnahme einer psychotropen Substanz mit Störungen von Bewusstseinslage, kognitiven Fähigkeiten, Wahrnehmung, Affekt und Verhalten oder anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen. Die Störungen stehen in einem direkten Zusammenhang mit den akuten pharmakologischen Wirkungen der Substanz und nehmen bis zur vollständigen Wiederherstellung mit der Zeit ab.

Von schädlichem Gebrauch wird dann gesprochen, wenn ein Konsumverhalten vorliegt, das zu einer tatsächlichen körperlichen oder psychischen Gesundheitsschädigung führt oder geführt hat. Synonym zum „schädlichen Gebrauch“ wird der Begriff des „problematischen Konsums“ verwendet.

Ein Abhängigkeitssyndrom bezeichnet das Phänomen, wenn der Konsum einer Substanz für die betroffene Person Vorrang gegenüber anderen Verhaltensweisen hat, die von ihr früher höher bewertet wurden, wenn Schwierigkeiten bestehen, den Konsum zu kontrollieren und wenn der Konsum trotz schädlicher Folgen fortgesetzt wird. Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z.B. opiatähnliche Substanzen), oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen⁵.

Das Diagnosesystem definiert weiter den Entzug als Gruppe von Symptomen unterschiedlicher Zusammensetzung und Schwere nach absolutem oder relativem Entzug einer psychotropen Substanz, die anhaltend konsumiert worden ist.

Wird der Begriff Sucht verwendet, sind damit auch nicht substanzgebundene Suchtformen, sogenannte Verhaltenssuchten (z.B. Spielsucht, Onlinesucht) angesprochen. Der Begriff Verhaltenssucht bezeichnet exzessive Verhaltensweisen, welche Merkmale einer psychischen Abhängigkeit aufweisen. Verhaltenssuchten wurden vom ICD-10 bisher nicht aufgenommen.

Soziologische Sichtweise

Aus soziologischer Sicht kann Sucht als Erkrankung bezeichnet werden, welche gesellschaftlich jeweils unterschiedlich bewertet wird. Substanzkonsum kommt seiner Wirklichkeit nur in dem Masse zu, als eine Gesellschaft ihn als solche erkennt und ihren Konsum problematisiert. Damit sind Phänomene der Macht und des Wertens, wie bei jedem sozialen Problem auch beim Konsum von Substanzen oder substanzunabhängigen Verhaltensweisen, inhärent.

Generell sind unterschiedliche Problemdimensionen von Sucht im Auge zu behalten.

⁴ Aus der medizinischen Sichtweise leitet sich der Anspruch der Psychiatrie ab, eine integrierende fachliche Funktion in der Versorgung von Substanzabhängigen zu übernehmen.

⁵ ICD 10, Kapitel V, Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, (F10-F19)

- Persönliche Probleme (somatische, psychische und soziale Schäden, wirtschaftliche Schäden, zum Beispiel Erwerbslosigkeit)
- Probleme für das Umfeld (Familie, Arbeitsplatz, öffentlicher Raum etc.)
- Folgekosten für den Staat (medizinische und soziale Kosten)

Entsprechend der vorherrschenden, gesellschaftlichen Werte stehen unterschiedliche Problemdimensionen im Vordergrund. Der Umgang einer Gesellschaft mit Verhaltensweisen verändert sich laufend, auch bezüglich Sucht. Erkenntnisse aus der Medizin sind oft nicht direkt handlungsrelevant, weder für die Gesellschaft noch für Individuen. Insbesondere beim Tabak lässt sich aufzeigen, dass vom Zeitpunkt der gesicherten Erkenntnisse über die Schädlichkeit des Rauchens, bis zur gegenwärtigen Legiferierung und Umsetzung im Alltag, 50 Jahre vergangen sind.

Therapeutische Sicht

Aus therapeutischer Sicht schliesslich lassen sich primär sozialtherapeutisch und psychosozial ausgerichtete von primär medizinisch orientierten Behandlungsformen unterscheiden. Forschung und Praxis stellen übereinstimmend fest, dass sich die beiden Ansätze nicht ausschließen, sondern – sinnvoll eingesetzt – sich gegenseitig ergänzen.

2.2 Funktion und Leistung der Suchthilfe

Entsprechend der unterschiedlichen und sich verändernden Zugangsweisen zum Phänomen Sucht werden auch unterschiedliche Erwartungen an das System der Suchthilfe deutlich.

Die ausschliessliche Abstinenzorientierung als Zielsetzung der Suchthilfe ist heute eher in den Hintergrund getreten. Hingegen werden Konzepte, welche die öffentliche Sicherheit in den Vordergrund stellen, gleichzeitig mit Suchthilfekonzepten, welche die Konsumreduktion als Zielsetzung verankern, diskutiert. Insbesondere wurde auch die Schadensminderung im revidierten Betäubungsmittelgesetz verankert.

Aus präventiver Sicht geht es darum, jeglichen Konsum von Substanzen, welcher gesundheitsschädliche Folgen entwickeln kann (alles was über den risikoarmen Konsum hinausgeht) oder gar den Einstieg, auch in substanzungebundene Süchte, zu vermeiden.

Mit einem Fokus der öffentlichen Sicherheit muss insbesondere der sichtbare Konsum im öffentlichen Raum vermieden werden. Gleichzeitig müssen die sozioökonomischen Lebensbedingungen der Konsumierenden verbessert/gesichert werden, um das Gesundheits- und Kriminalitätsrisiko zu minimieren. Beschaffungs-Prostitution und -Diebstähle geschehen im öffentlichen Raum.

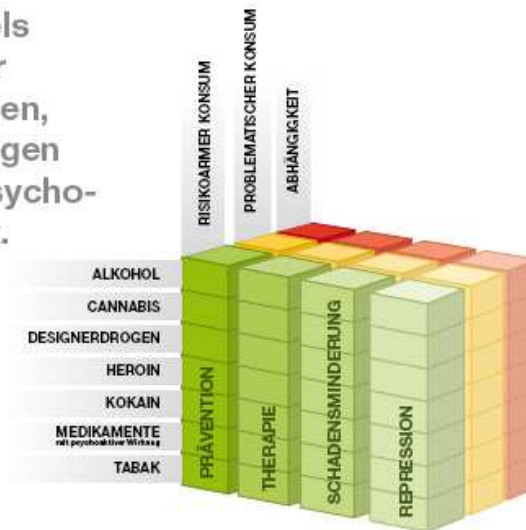
2.3 Suchtpolitik

Ebene Bund

Auf der Grundlage des Vier-Säulen-Modells mit den Säulen Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression hat die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF) ein erweitertes Modell – den Würfel entwickelt.⁶ Die Säulen sind um die Dimension Konsumformen (risikoarmer Konsum, problematischer Konsum sowie Abhängigkeit) und Substanzen (legale und illegale) erweitert worden. Mit dem Würfelmodell wurde erreicht, dass Massnahmen differenzierter geplant und Zielsetzungen entsprechend den Konsumformen und Substanzen festgelegt werden können. Das Modell ist grundsätzlich auch auf nicht substanzgebundene Suchtformen erweiterbar.

⁶ Eidgenössische Kommission für Drogenfragen, 2005

Das Denkmodell des Würfels dient der Entwicklung einer sachlichen, in sich stimmigen, wirksamen und glaubwürdigen Suchtpolitik, welche alle psychoaktiven Substanzen erfasst.



Die Säulen:

Prävention	Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung und Früherkennung
Therapie	Therapie mit verschiedenen Behandlungsoptionen; soziale Integration
Schadensminderung	Individuelle und gesellschaftliche Schadensminderung
Repression	Marktregulierung und Jugendschutz

Konsumformen:

Risikoarmer Konsum	gelegentlicher und/oder tief dosierter Konsum, den das Individuum gut unter Kontrolle hat.
Problematischer Konsum	Risikokonsum, bei dem die Probleme zwar nicht sichtbar, aber unterschwellig vorhanden sind sowie gesundheitsschädigender Konsum, bei dem konkrete Probleme auf physischer, psychischer oder sozialer Ebene beobachtbar sind.
Abhängigkeit	Konsum mit schwer wiegenden Auswirkungen, den das Individuum nicht mehr unter Kontrolle hat, obwohl es die Konsumprobleme kennt. Die Abhängigkeit stellt gemäss der Definition der WHO eine Krankheit dar.

Auch wenn dieses Modell sowohl von Politik wie von der Fachwelt breit getragen ist, richten sich die Handlungsfelder der Suchthilfe sowie der Politik nicht konsistent danach. Politik wird immer noch sehr sektoriell betrieben, so gibt es immer noch drei substanzbezogene Politikbereiche Alkohol, Tabak und Betäubungsmittel, welche je ihre eigene eidgenössische Kommission haben. Bestrebungen zur Vereinheitlichung sind im Gang.

Neben dem Würfelmodell ist der Bericht ‚Herausforderung Sucht‘⁷ als weitere Grundlage der eidgenössischen Suchtpolitik von Bedeutung. Mit der Zielsetzung der drei Kommissionen eine gemeinsame Grundlage zu schaffen und damit eine konsistente Suchtpolitik zu erreichen, wurde der Bericht mit zehn Leitsätzen verfasst. Als theoretische Grundlage wurde der Public Health Ansatz gewählt.

Welche Prämissen sind damit eingeschlossen?

- Mit der Wahl des Public Health Ansatzes wird Sucht klar als gesundheitspolitisches Phänomen verortet. Es wird somit zur gesellschaftlichen Aufgabe, auch im Suchtbereich Massnahmen zu beschliessen und umzusetzen, welche auf eine Verbesserung der Gesundheit, der Lebensverlängerung und der Verbesserung der Lebensqualität abzielen.

⁷ Eidg. Kommission für Alkoholfragen, für Drogenfragen und für Tabakprävention, 2010; Herausforderung Sucht

- Der Public Health Ansatz wählt als Ausgang immer die gesundheitliche Problemlast. Als Masseinheit werden in der Regel DALYS⁸ verwendet. Damit sind die Folgen für die Mitwelt nicht mit eingerechnet.
- Soziale Einflussfaktoren – die Entstehung von Gesundheit und von Krankheit ist insbesondere sozial determiniert. Diese Faktoren werden Gesundheitsdeterminanten genannt. Vier Hauptfaktoren werden genannt: Verhaltens- und Lebensweisen, Unterstützung durch das soziale Umfeld, Lebens- und Arbeitsbedingungen, ökonomische, kulturelle und physische Umfeldbedingungen (Lebensstandard, Arbeitsmarkt). Als Modell wird hier häufig das „Zwiebelmodell“ verwendet.
- Staatliches Handeln für das Gemeinwohl: Es ist Aufgabe der Public-Health-Ämter, Fachleute und Verbände, den staatlichen Entscheidungsträgern Massnahmen vorzuschlagen, von denen belegt ist, dass sie zur Verminderung der gesundheitlichen und gesellschaftlichen Problemlast beitragen. Damit sind die Aufgaben und die Verantwortung der Fachpersonen klar bezeichnet.
- Integration von Verhältnis- und Verhaltensprävention: Kombination von strukturellen und auf das Individuum abzielenden Massnahmen.
- Gesundheit in allen Politikbereichen: Gesundheit ist nicht durch ein Politikfeld alleine herzustellen. Sowohl Ursachen wie Lösungsansätze sind multisektoriell. Entsprechend umfassend muss eine Gesundheits- und eben auch eine Suchtpolitik sein.

Mit der Wahl des Public Health Ansatzes als Grundlage für Suchtpolitik wird der gesundheitlichen Problemlast klar das Primat eingeräumt.

Werden sozialpolitische Aspekte des Themas stärker betont, so treten gesellschaftliche Aspekte deutlicher in den Vordergrund, neben der „Verringerung des Drogenkonsums“ schliesst die Formulierung „Verminderung der negativen Folgen für die KonsumentInnen und für die Gesellschaft“ (mapadro III⁹) andere als gesundheitliche Aspekte klar mit ein. Damit sind ökonomische und sozialpolitische Auswirkungen des Drogenkonsums angesprochen, welche es immer mitzubersichtigen gilt.

Ebene Kanton

Die Ausgestaltung und Entwicklung der kantonalen Suchtpolitik orientiert sich grundsätzlich an der nationalen Politik, insbesondere am Würfelmodell. Der Kanton setzt diese Politik um und legt Wert auf eine ausgewogene Abstimmung der Massnahmen. Neben den Massnahmen welche früh und breit einsetzen, der eigentlichen Gesundheitsförderung, sind Massnahmen der Therapie und der Schadensminderung fest im Angebot verankert.

Innerhalb der „Richtlinien der Regierungspolitik 2011-2014“ ist die Suchtpolitik nur implizit erwähnt: Unter dem Titel „Gesundheit und soziale Sicherheit“ fördern, erklärt sich der Kanton verantwortlich für die Qualität der Gesundheitsversorgung. Der Kanton sorgt für eine gute und wirtschaftlich tragbare integrierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in allen Regionen. Im Zentrum wird die hoch spezialisierte Versorgung sichergestellt. Zudem soll sich die neu zu entwickelnde Gesundheitsstrategie am Ziel der Prävention orientieren.

Für die kantonale Suchtpolitik ausserdem relevant sind die Leitlinien, die von der Kantonalen Kommission für Gesundheitsförderung und Suchtfragen (SUGEKO) definiert und im Juni 2007 verabschiedet wurden. Die im Folgenden aufgeführten Leitlinien sind für die Planung des Suchthilfeangebotes richtungsweisend:

- Grundsätzlich ist die Trennung illegal - legal aufzuheben und es ist eine Suchtpolitik (anstelle der bis dato gültigen Drogenpolitik) zu entwickeln. Je nach Zielgruppe, Lebensrealität und Problemstellung braucht es jedoch weiterhin spezifische auf die Substanzen ausgerichtete Beratungs- bzw. Behandlungsangebote.

⁸ DALY = Disability adjusted life Years: Summe der vorzeitig (vor dem 70. Lebensjahr) verlorenen Lebensjahre sowie die mit körperlicher oder psychischer Beeinträchtigung verbrachten Lebensjahre.

Daneben wird auch der Begriff Quality's verwendet, welcher verlorene oder in minderer Lebensqualität verbrachte Lebensjahre bezeichnet (Quality adjusted life years). Ein Public Health Ansatz orientiert sich insbesondere an den Problemlasten eines Phänomens.

⁹ Die Drogenpolitik der Schweiz. Drittes Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III) 2006–2011 BAG, 2006

- Die Nachhaltigkeit der Interventionen ist gewährleistet (durch eine geeignete Nachsorge, durch Rückfallprophylaxe).
- Der Bereich der Schadensminderung (Arbeits-, Aufenthalts- und Wohnmöglichkeiten) muss für Alkoholabhängige ausgebaut werden.
- Die Mittelallokation entspricht grundsätzlich den Problemlasten. Das Versorgungssystem muss zudem rechtzeitig auf neue Problemlasten reagieren können (z.B. substanzunabhängige Risiken/Abhängigkeiten).
- Das Versorgungsangebot ist kantonal gesteuert und regional ausgerichtet. Die Gemeinden sind eingebunden.
- Die PatientInnenwege sind klar: Doppelspurigkeiten sind ausgeschaltet, die Übergänge zwischen den Angeboten sind gewährleistet.
- Der Tendenz ambulant vor stationär wird Rechnung getragen.
- Die Vernetzung zwischen den Akteuren der Suchthilfe, der Psychiatrie, der Grundversorgung (Aerztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker), der Sozialdienste, der Jugendarbeit, der Schule, der Polizei etc. ist institutionalisiert. Damit sollen primär die Früherfassung / -intervention und der Jugendschutz gewährleistet werden. Wo nötig wird das Familiensystem eingebunden.
- Die psychosozialen Angebote und die medizinischen Angebote ergänzen sich. Interdisziplinarität ist, wo sinnvoll, gewährleistet.

2.4 Gesetzliche Rahmenbedingungen und Aufgaben

Ebene Bund

Generell liegt der Bereich der Gesundheitsversorgung weitgehend in kantonaler Hoheit. Die Bundeskompetenz in der Suchtpolitik ist in drei Bereichen geregelt:

Umfangreich sind die Rechtsbestimmungen betreffend Alkohol. Neben Regelungen zur Produktsicherheit, der Herstellung und des Handels bestehen verschiedene Vorgaben zum Schutz der Gesundheit und insbesondere zum Schutz der Jugend. Es handelt sich dabei um Vorschriften bezüglich Abgabebeschränkungen, Täuschung, Besteuerung, Werbung, Strassenverkehrssicherheit und Arbeitsplatzsicherheit.

Das Betäubungsmittelgesetz (BetmG) und die entsprechenden Verordnungen regeln den Umgang mit Betäubungsmitteln und psychotropen Stoffen sowie die Aufgabenteilung der zuständigen nationalen und kantonalen Behörden. Das revidierte BetmG hat den Jugendschutz verstärkt, die Schadensminderung verankert und räumt der Früherkennung und Prävention mehr Gewicht ein.

Im Bereich Tabak ist insbesondere der Schutz vor Passivrauchen verankert, aber auch Vorschriften zu den Tabakprodukten, der Tabaksteuer, sowie Werbevorschriften bezüglich Radio- und Fernsehen.

Ebene Kanton

Die Kantone verfügen über weit reichende Zuständigkeiten und Kompetenzen im Bereich der Gesundheitspolitik. Neben den präventiven Aufgaben und der Versorgung obliegen den Kantonen Aufgaben im polizeilichen und justiziellen Bereich. Im Bereich Alkohol und Tabak sind die Kantone beispielsweise zuständig für die Einhaltung der Abgabeverbote, für die Festlegung der Ladenöffnungszeiten, die Regelungen für Gastgewerbe und Detailhandel sowie den Erlass von Werbevorschriften.

Aufgrund der Polizeihoheit und der Gerichtsbarkeit sind die Kantone zuständig für die Durchsetzung des Verbots von Drogen auf ihrem Gebiet, aber auch für die Umsetzung der Verkaufsverbote beim Tabak.

Diese Kompetenzen sind in verschiedenen gesetzlichen Grundlagen geregelt, insbesondere im Gastgewerbegesetz, welches den Handel mit alkoholischen Getränken regelt sowie den

Passivraucherschutz verankert. Das Gesetz über Handel und Gewerbe (HGG) verbietet die Abgabe und den Verkauf von Tabak an Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren.

Für die Bestellung der Angebote der Suchthilfe des Kantons ist einerseits die Sozialhilfegesetzgebung (SHG), andererseits das Spitalversorgungsgesetz (SpVG) sowie das Krankenversicherungsgesetz (KVG) massgebend.

Das Sozialhilfegesetz regelt die Sozialhilfe, darunter auch die Angebote der Suchthilfe: Art. 69 SHG hält fest, dass der Kanton zusammen mit den Gemeinden die erforderlichen Angebote der allgemeinen Gesundheitsförderung, der Suchtprävention und der Suchthilfe bereitstellt. Zu den Angeboten gehören die Leistungen insbesondere von Einrichtungen zur Prävention, Beratung und Information, Früherkennung, Betreuung und Behandlung.

In Art. 70 SHG ist der Fonds für Suchtprobleme verankert. Die Mittel sind zur Finanzierung von Massnahmen und Einrichtungen der allgemeinen Gesundheitsförderung, der Suchtprävention und der Suchthilfe zu verwenden. Die Mittel des Fonds für Suchtprobleme stammen aus eidg. Quellen mit entsprechenden gesetzlichen Vorschriften.

Das Sozialhilfegesetz regelt weiter auch das Bewilligungswesen für stationäre Angebote. Leistungserbringende, die eine stationäre Einrichtung betreiben und den aufgenommenen Personen Unterkunft, Verpflegung, Betreuung und Pflege gewähren, benötigen eine Betriebsbewilligung (Art. 65 SHG). Bewilligungsbehörde für Heime und Private Haushalte im Suchtbereich ist gemäss Heimverordnung (HEV, Art. 6) das Sozialamt.

Das kantonale Spitalversorgungsgesetz (SpVG) sichert die Planung und Finanzierung der stationären (sucht-) medizinischen Versorgung auf der Grundlage des nationalen Krankenversicherungsgesetzes (KVG).

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) verankert zudem den Anspruch auf eine medizinische „Grundversorgung“ für alle Versicherten. Die eidgenössische Kommission für Leistungen der Krankenversicherung legt fest, welche Leistungen zur „Grundversorgung“ gehören. Behandlungen von Suchterkrankungen gehören in den Leistungskatalog.

2.5 Steuerung und Finanzierung

Mit der Verankerung der Neuen Verwaltungsführung (NEF) im Sozialhilfegesetz (SHG) wurde auf die wirkungs- und leistungsorientierte Verwaltungsführung umgestellt. Die Einführung von Leistungsverträgen löste die bis dahin praktizierte Defizitdeckung ab. Die Suchthilfe als Teil der institutionellen Sozialhilfe wird überwiegend direkt, das heisst mittels Leistungsverträgen zwischen dem Kanton und den Institutionen finanziert. In einigen Fällen erfolgt die Finanzierung von Einrichtungen der Suchthilfe indirekt mittels Ermächtigung via Gemeinden. Eine Ermächtigung erlaubt es einer Gemeinde, Aufwendungen für Leistungen dem Lastenausgleich zuzuführen. Die Gemeinden schliessen mit geeigneten Organisationen Leistungsverträge ab.

Die Finanzierungsmodelle unterliegen den Bestimmungen des Staatsbeitragsgesetzes (StGB).

Leistungsverträge halten die inhaltlichen, qualitativen und finanziellen Vorgaben für die Leistungserbringung fest, regeln die zu liefernden Daten sowie die vom Leistungsbesteller zu leistende Abgeltung. Die Leistungen werden vom Kanton abgegolten und unterliegen den Bestimmungen des Lastenausgleiches. Die Abgeltung erfolgt wo möglich leistungsorientiert (z.B. Behandlungstage). Im Rahmen der Wirkungsorientierten Steuerung werden Leistungs- und Wirkungsziele festgelegt und entsprechende Aufträge erteilt. Die erbrachten Leistungen werden anhand der Berichterstattung überprüft. Auf deren Grundlage wird die Bereitstellung der künftigen Angebote angepasst.

Im Bereich der Direktfinanzierung gilt als grundsätzliche Voraussetzung für den Abschluss eines Leistungsvertrages, dass die Einrichtung über ein Qualitätszertifikat einer akkreditierten Zertifizierungsstelle verfügt.

Die Angebote der stationären Suchtmedizin werden auf der Basis des SpVG und des KVG geplant, gesteuert und finanziert. Die planerische Grundlage bildet die Versorgungsplanung gemäss SpVG. „In der Versorgungsplanung werden die Versorgungsziele festgelegt, der Bedarf und die Kosten der voraussichtlich zu erbringenden Leistungen ausgewiesen sowie die

Versorgungsstrukturen, in denen die Leistungen zu erbringen sind, konkretisiert.¹⁰ Daraus abgeleitet wird die Spitalliste, welche den Institutionen die planungsbasierten und versorgungsnotwendigen Leistungsaufträge zuweist. In diesem Rahmen werden die Leistungen erbracht. Was die Finanzierung betrifft, gelten ab 2012 die neuen Regeln des revidierten KVG. Der Kanton, der nicht Tarifpartner ist, bezahlt mindestens 55 Prozent der ausgehandelten Tarife.

¹⁰ Art.4 Abs.2 Spitalversorgungsgesetz

3 Suchthilfeangebote im Kanton Bern

3.1 Überblick

Im Kanton Bern besteht ein umfassendes Suchthilfeangebot, bestehend aus ambulanten, teilstationären und stationären Leistungen. Das Angebot richtet sich an Betroffene und Angehörige, Jugendliche und Erwachsene, umfasst legale und illegale Substanzen sowie substanzungebundene Abhängigkeitsprobleme (Verhaltenssüchte). Das Angebot beinhaltet folgende Leistungsbereiche:

Ambulante Beratung und Therapie	psychosoziale Beratung und Therapie in ambulanten Organisationen
Stationäre Sozialtherapie	stationäre Therapie in sozialtherapeutischen Einrichtungen oder Gastfamilien
Suchtmedizin	Entzug und Entwöhnung ambulant und stationär in Suchtfachkliniken und psychiatrischen Einrichtungen mit spezialisierten Angeboten (z.B. Spezialabteilung für suchtkranke Menschen)
Substitution	ambulante Methadon- und Heroingestützte Behandlung in spezialisierten Zentren
Schadensminderung	niederschwellige Angebote zur individuellen Überlebenshilfe und zur Entlastung des öffentlichen Raumes
Wohnen und Arbeit	betreute und begleitete Wohnangebote sowie Arbeits- und Beschäftigungsprogramme

Der überwiegende Teil der Suchthilfeangebote wird durch den Kanton und die Gemeinde finanziert (Lastenausgleich). Gesetzliche Grundlage der Steuerung und Finanzierung der Angebote bildet je nach Angebotsbereich das Sozialhilfegesetz (SHG), das Spitalversorgungsgesetz (SpVG) und/oder das Krankenversicherungsgesetz (KVG) (Vgl. Kapitel 2.5).

Finanzierung Suchthilfe	SHG		SpVG	KVG
	Leistungsverträge	Ermächtigungen	Spitalliste	
Ambulante Beratung/Therapie	x			
Stationäre Sozialtherapie	x			
Suchtmedizin	x		x	x
Substitution	x			x
Schadensminderung	x	x		
Wohnen und Arbeit	x	x		

3.2 Ambulante Beratung und Therapie

Angebotsbeschreibung

Ambulante Beratungs- und Therapiestellen richten ihr Angebot an alle direkt oder indirekt von Suchtproblemen betroffenen Personen. Es wird nach Ansätzen der psychosozialen Beratung und mit verschiedenen psychotherapeutischen Konzepten gearbeitet. Das Angebot umfasst Informations-, Triage- und Beratungsgespräche, psychotherapeutische Begleitung von Einzelpersonen, Paaren und Familien. Ebenso werden Gesprächs- und Selbsthilfegruppen sowie Nachsorgebegleitung nach stationären Aufenthalten angeboten. Im Rahmen der Früherkennung werden Informations-, Bildungs- und Sensibilisierungsveranstaltungen durchgeführt.

Ambulante Beratungs- und Therapiestellen richten Ihre Angebote auf folgende Ziele aus: Verbesserung und Stabilisierung der Lebenssituation, Initiierung von Entwicklungsprozessen und Ressourcenaktivierung, Erweiterung von Kompetenzen im Umgang mit Sucht, Abklärung und

Vermittlung in geeignete Hilfsangebote, schaffen von Informationszugang und Wissenszuwachs.¹¹

In den ambulanten Beratungs- und Therapiestellen werden pro Jahr durchschnittlich rund 6'600 Fälle behandelt.¹²

Alle Anbieter der ambulanten Beratung und Therapie arbeiten im Auftrag des Kantons (Sozialamt) mittels Leistungsvertrag. Die Abgeltung erfolgt auf Basis der festgelegten Produktbudgets, die Abgeltung ist nicht leistungsorientiert. Die verwendeten Mittel betragen CHF 10.9 Mio.¹³, davon werden 9.4 Mio. durch den Kanton und die Gemeinden finanziert (Lastenausgleich) und 1.7 Mio. über den Fonds für Suchthilfe.

Akteure

Organisation	Angebot	Substanzen	Standort / Region
Aids Hilfe Bern	Beratung, Sensibilisierung		Bern
Berner Gesundheit	Beratung, Therapie, Schulung, Sensibilisierung	Legal, illegal substanz- unabhängig	Bern Mittelland, Oberland, Emmental-Oberaargau, Biel-Seeland, Berner Jura
Blaues Kreuz	Beratung, Therapie, Selbsthilfegruppen, Schulung, Sensibilisierung	Alkohol (Hauptsubstanz)	Bern Mittelland, Oberland, Emmental-Oberaargau, Seeland, Berner Jura
Contact Netz	Beratung, Therapie, Schulung, Sensibilisierung, Bildung	Illegal, legal	Bern Mittelland, Oberland, Emmental-Oberaargau, Biel-Seeland
Fondation Contact Jura Bernois	Beratung, Therapie, Sensibilisierung, Schulung	Illegal	Berner Jura

3.3 Stationäre Sozialtherapie

Angebotsbeschreibung

Das Angebot der stationären Sozialtherapie umfasst Therapiegemeinschaften und Einzelplätze in Gastfamilien und richtet sich an Personen mit Abhängigkeit von illegalen Substanzen. Zur Zielgruppe gehören vorwiegend Personen mit abstinenzorientierter Zielsetzung aber auch Personen, die sich in Substitutionsbehandlungen befinden. Die Arbeitsweise integriert sozialtherapeutische, psychotherapeutische und arbeitsagogische Methoden. Im Rahmen von Mittel- bis Langzeittherapieaufenthalten werden sämtliche Lebensbereiche (Wohnen, Arbeit, Gesundheit, Beziehung, Freizeit, Bildung) den individuellen Zielsetzungen entsprechend bearbeitet. Die Aufenthalte erfolgen freiwillig oder im Rahmen von strafrechtlichen Massnahmen gemäss Art. 60 StGB¹⁴. Die stationäre Sozialtherapie bietet auch Nachsorgebegleitung nach Austritt aus dem stationären Setting an. Vernetzung innerhalb des Bereiches Sozialtherapie geschieht im Rahmen des von den Anbietern geschaffenen Gefässes ‚Berner Arbeitskreis BEAK‘¹⁵.

Die Zielsetzungen der stationären Sozialtherapie sind: Abstinenz bezüglich Hauptproblemsubstanz, Stabilisierung und Verbesserung der Lebenssituation, Ressourcenaktivierung, Befähigung zu selbständiger und eigenverantwortlicher Lebensführung, soziale und berufliche Wiedereingliederung, Planung von adäquaten Anschlusslösungen.¹⁶

¹¹ Wirkungsziele Leistungsverträge

¹² Reporting ambulante Organisationen 2008-2010

¹³ Budget 2010

¹⁴ Für Personen mit strafrechtlichen, therapeutischen Massnahmen stehen auch Einrichtungen des Massnahmenvollzuges, insbesondere das Zentrum St. Johannsen zur Verfügung; die Zuständigkeit liegt bei der POM

¹⁵ www.bernerarbeitskreis.ch

¹⁶ Wirkungsziele Leistungsverträge, Konzepte Leistungsvertragspartner

Im Bereich der stationären Sozialtherapie stehen gesamtkantonal 134 Plätze zur Verfügung, davon 97 in Therapieeinrichtungen und 37 in Gastfamilien. Die Fallzahlen betragen in der stationären Sozialtherapie pro Jahr durchschnittlich 255¹⁷.

Alle Anbieter der stationären Sozialtherapie sind vom Kanton (Sozialamt) mittels Leistungsvertrag beauftragt. Die Therapieaufenthalte werden über Kantonsbeiträge (5.7 Mio.) sowie über die individuelle Sozialhilfe (4 Mio.) finanziert. Die Abgeltung erfolgt leistungsorientiert (Behandlungstage). Die gesamten aufgewendeten Mittel (9.7 Mio.) sind lastenausgleichsberechtigt.

Akteure

Organisation	Angebot	Anzahl Plätze	Substanzen	Standort / Region
Chly Linde	Stationäre Sozialtherapie Therapiegemeinschaft	6	Illegal	Vorderfulltigen
Contact Netz Prisma	Stationäre Sozialtherapie Familienplätze	8	Illegal	Bern Mittelland, Oberland, Oberraargau-Emmental
Projekt Alp	Stationäre Sozialtherapie Familienplätze	15	Illegal	Bern Mittelland, Oberland, Oberraargau-Emmental
Stiftung Terra Vecchia	Stationäre Sozialtherapie Therapiegemeinschaften	73	Illegal	Kehrsatz, Schüpfen, Gümli- gen, Brienzwiler, Corte (TI), Bordei (TI), Bern Mittelland, Oberland, Oberraargau-Emmental
	Familienplätze	14		
Suchttherapie Bärn	Stationäre Sozialtherapie Therapiegemeinschaft	12	Illegal	Bern
Zueflucht	Stationäre Sozialtherapie Therapiegemeinschaft	6	Illegal	Adelboden

3.4 Suchtmedizin

Angebotsbeschreibung

Die Suchtmedizin umfasst ambulante und stationäre Entzugs- und Entwöhnungsprogramme. Diese werden von Suchtfachkliniken und von psychiatrischen Einrichtungen angeboten.

In Entzugsprogrammen wird die qualifizierte, körperliche Entgiftung von einer oder mehreren Substanzen durchgeführt. Die stationäre Entwöhnung zielt auf eine umfassende psychische und körperliche Genesung der Patientinnen und Patienten ab und beinhaltet psychotherapeutische, sozialberaterische und arbeitsagogische Angebote.

Anbieter der Suchtmedizin verfolgen folgende Zielsetzung: Erfolgreicher Abschluss des körperlichen Entzuges, Klärung des Behandlungsbedarfs, Einstellung Substitutionsmedikation, Erarbeiten von Strategien zur Rückfallprävention, Stabilisierung und Verbesserung der gesundheitlichen Situation, Abstinenz bezüglich Hauptproblemsubstanz, Planung von adäquaten Anschlusslösungen.¹⁸

Die Suchtfachkliniken stellen 37 stationäre Entzug- und 89 Entwöhnungsplätze zur Verfügung. Weitere 12 Plätze für Entwöhnung bestehen in einem tagesklinischen Angebot. Die Psychiatrischen Einrichtungen bieten auf spezialisierten Abteilungen 115 Plätze für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen an. Die Fallzahlen in stationären Angeboten der Suchtfachkliniken betragen pro Jahr durchschnittlich 720¹⁹. In der institutionellen Psychiatrie wurden im Jahr 2010 1'610 Fälle²⁰ mit Hauptdiagnose F1²¹ stationär behandelt (auf allgemeinen und spezialisierten Abteilungen).

¹⁷ BFS Statistiken der sozialmedizinischen Institutionen SOMED, 2006-2010

¹⁸ Konzepte Leistungsvertragspartner, Wirkungsziele Leistungsverträge

¹⁹ BFS Statistiken der sozialmedizinischen Institutionen SOMED, 2006-2010

²⁰ BFS Medizinische Statistik 2010

²¹ ICD 10, Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Die Finanzierung von stationären Angeboten der Suchtmedizin erfolgt über Krankenversicherungs- und Kantonsbeiträge. Suchtfachkliniken sind bis 2011 mittels Leistungsvertrag vom Kanton (Sozialamt) beauftrag²². Die Abgeltung erfolgt leistungsorientiert (Behandlungstage). Für die Suchtfachkliniken werden gesamthaft rund CHF 15.1 Mio.²³ aufgewendet, davon werden CHF 9.4 Mio. von Kanton und Gemeinden getragen (Lastenausgleich). Der Gesamtaufwand für stationäre Aufenthalte von Personen mit Hauptdiagnose F1 (psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) in psychiatrischen Einrichtungen (spezialisierte Abteilungen) beträgt CHF 30 Mio.²⁴, davon werden CHF 17.6 Mio. durch den Kanton getragen.

Akteure

Suchtfachkliniken

Organisation	Angebot	Anzahl Plätze ²⁵	Substanzen	Standort / Region
Klinik Selhofen	Stationärer Entzug Stationäre Entwöhnung	16 4	Illegal	Burgdorf
Klinik Südhang	Stationärer Entzug Stationäre Entwöhnung Tagesklinik, ambulante Behandlung	18 48	Legal	Kirchlindach, Bern
Klinik Wysshölzli	stationäre Therapie	37	Legal, Essstörungen	Herzogenbuchsee

Psychiatrische Einrichtungen mit suchtmmedizinischer Spezialisierung

Organisation	Angebot	Anzahl Plätze ²⁶	Substanzen	Standort / Region
Privatklinik Meiringen	Stationärer Entzug stationäre Entwöhnung ambulante Behandlung	22	Legal	Meiringen
Psychiatriezentrum Münsingen	Stationärer Entzug stationäre Entwöhnung ambulante Behandlung	36 14	Legal	Münsingen
Service psychiatrique Jura Bernois SPJBB	Stationärer Entzug	7	Illegal	Le Fuet
UPD	Stationärer Entzug ambulante Behandlung	36	Legal, illegal	Bern

3.5 Substitution

Angebotsbeschreibung

Der Bereich Substitution beinhaltet die Methadongestützte und die Heroingestützte Behandlung und richtet sich an opioidabhängige Personen. Die Methadongestützte Behandlung besteht aus dem ärztlich verordneten Ersatz eines illegal konsumierten Opioides durch ein legales Medikament (z.B. Methadon). Sie wird von spezialisierten Zentren oder niedergelassenen Ärzten in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit Apotheken und weiteren Fachpersonen durchgeführt. Die Heroingestützte Behandlung besteht in der Verabreichung von pharmazeutischem Heroin innerhalb von Institutionen im Rahmen einer umfassenden, interdisziplinären Behandlung. Die Behandlung richtet sich an Personen, bei denen andere Behandlungsformen

²² Ab 2012 Unterstellung Suchtfachkliniken SpVG

²³ Kosten erbrachte Behandlungstage 2010

²⁴ Kosten erbrachte Behandlungstage 2010

²⁵ Nur stationäre Plätze

²⁶ Nur stationäre Plätze

keinen Erfolg gezeigt haben und ist begleitet von umfassenden somatischen, psychiatrischen und sozialarbeiterischen Massnahmen.

Die Zielsetzungen der Substitution: Einbindung in das Behandlungssetting, Verbesserung oder Stabilisierung der physischen und psychischen Gesundheit, Herstellen von Szenendistanz, Reduktion des Beikonsums, Abbau von delinquentem Verhalten, Abbau der Substanz oder Abstinenz, Vermittlung in geeignete Hilfsangebote, Förderung der sozialen Integration.²⁷

Gesamtkantonal werden 400 Plätze für Heroingestützte Behandlung und 545 Plätze für Methadongestützte Behandlung angeboten²⁸. Die Fallzahlen pro Jahr betragen in der Heroingestützten Behandlung rund 420. Im Methadonprogramm befinden sich im Jahr durchschnittlich 2274²⁹ Personen. Diese Zahl beinhaltet auch die Behandlungen in Hausarztpraxen.

Die Finanzierung der Heroingestützten Behandlung erfolgt über Krankenversicherungs- und Kantonsbeiträge. Jährlich werden rund CHF 8 Mio.³⁰ aufgewendet, davon trägt CHF 1.2 Mio. der Kanton (Fonds für Suchthilfe). Für die Methadongestützte Behandlung beträgt der Aufwand rund CHF 3.2 Mio.³¹, die Leistungen werden vorwiegend über Krankenversicherungsbeiträge finanziert.

Akteure

Organisation	Angebot	Anzahl Plätze	Substanzen	Standort / Region
Biwak	Heroingestützte und Methadonbehandlung	50 25	Illegal	Burgdorf
Contact Netz ZAS	Methadonbehandlung	265	Illegal	Bern
Fondation Contact Jura Bernois	Methadonbehandlung		illegal	Berner Jura
Hegebe Thun	Heroingestützte und Methadonbehandlung	70 30	Illegal	Thun
Koda	Heroingestützte Behandlung	210	Illegal	Bern
Suprax	Heroingestützte und Methadonbehandlung	70 190	Illegal	Biel

3.6 Schadensminderung

Angebotsbeschreibung

Angebote der Schadensminderung beziehen sich in ihren Zielsetzungen sowohl auf die individuelle wie auch auf die gesellschaftliche Ebene. Auf der individuellen Ebene bietet die Schadensminderung jenen Personen Unterstützungsleistungen an, die nicht auf den Konsum von Suchtmitteln verzichten können oder wollen. Schadensminderung auf gesellschaftlicher Ebene bedeutet, dass die in der Öffentlichkeit wahrnehmbaren negativen Folgen des Drogenkonsums mit geeigneten Massnahmen eingeschränkt werden.

Die Schadensminderung stellt folgende Angebote bereit: Anlaufstellen mit Konsumräumen, Räume mit Aufenthalts- und Verpflegungsmöglichkeit, Versorgung mit sauberem Injektionsmaterial, Massnahmen zur Prävention von Infektionskrankheiten, niederschwellige Information und Beratung sowie Notschlafstellen für Obdachlose.

In Angeboten der Schadensminderungen gelten folgende Wirkungsziele: Risikominderung beim Konsum von Drogen, Stabilisierung der gesundheitlichen Situation, Vermittlung in geeignete Hilfsangebote, Entlastung des öffentlichen Raumes (z.B. Reduktion Anzahl herumliegender Spritzen).³²

²⁷ Konzepte Leistungsvertragspartner

²⁸ Exkl. Methadonbehandlungen in Hausarztpraxen

²⁹ Methadon-Statistik Kantonsarztamt 2006-2010

³⁰ Budget 2010

³¹ Budget 2010, nur Methadonbehandlungen in Substitutionszentren

³² Wirkungsziele Leistungsverträge

Die Angebote von drei Organisationen werden vom Kanton (Sozialamt) direkt mittels Leistungsvertrag finanziert, die anderen indirekt via Gemeinden mittels Ermächtigung. Die gesamten Aufwendungen betragen CHF 8.3 Mio.³³, davon werden 6.9 Mio. von Kanton und Gemeinden getragen (Lastenausgleich), weitere 1.4 Mio. werden über den Fonds für Suchthilfe aufgewendet. Weitere Angebote werden durch die Städte oder privat finanziert.

Akteure

Organisation	Angebot	Anzahl Plätze	Substanzen	Standort / Region
Blaues Kreuz	Aufenthaltsraum, Verpflegung, niederschwellige Beratung		Alkohol (Hauptproblemsubstanz)	Bern, Langenthal
Contact Netz Schadensminderung	Kontakt- und Anlaufstellen, Versorgung Injektionsmaterial, Streetwork, Aufenthaltsräume		Illegal, legal	Bern, Biel, Thun
Fondation Contact Jura Bernois	Aufenthaltsraum, niederschwellige Beratung, Verpflegung, Beschäftigung, Überlebenshilfe		Illegal	Tavannes
Heilsarmee Passantenheim	Notschlafstelle	43		Bern, Biel, Thun
sleep-in	Notschlafstelle	24		Biel
Vagos	Aufenthaltsraum			Biel
Wohnhilfe Thun	Notschlafstelle	12		Thun

3.7 Wohnen und Arbeit

Angebotsbeschreibung

Angebote der Wohn- und Arbeitsintegration stehen Personen zur Verfügung, deren Wohnkompetenz und/oder Arbeitsfähigkeit aufgrund der Abhängigkeitsstörung und möglicher weiterer Diagnosen vorübergehend oder dauerhaft eingeschränkt sind. Die Aufenthalte erfolgen grösstenteils freiwillig, in einigen Einrichtungen werden auch Massnahmeklientinnen und -Klienten gemäss Art. 60 StGB aufgenommen.

Das Angebot beinhaltet Übergangs- und Dauerwohnplätze und umfasst betreute und begleitete Wohnformen. Im Arbeitsbereich werden Arbeitsintegrations- und Beschäftigungsprogramme, Taglohnangebote sowie heiminterne Werkstätten bereit gestellt. Viele Einrichtungen nehmen neben Personen mit Suchtstörungen auch solche mit psychosozialen Problemen oder psychischen Behinderungen auf, suchtspezialisierte Angebote sind aus diesem Grund nicht eindeutig abgrenzbar. Ein Teil der Anbieter des Wohnbereiches vernetzt sich im Rahmen des gebildeten Gefässes 'Wohnkonferenz'³⁴.

Wohn- und Arbeitsangebote richten ihre Tätigkeit auf folgende Zielsetzungen aus: Verbesserung oder Stabilisierung der Lebenssituation, Erhalt oder Verbesserung der Wohnkompetenz und/oder Arbeitsfähigkeit, Reintegration in den freien Wohnungs- und Arbeitsmarkt, herstellen einer geregelten Tagesstruktur, Förderung der Selbständigkeit, Organisation geeigneter Anschlusslösungen.³⁵

Die Angebote von 8 Organisationen werden direkt mittels Leistungsvertrag mit dem Kanton (Sozialamt) finanziert. Die Finanzierung von weiteren 8 Institutionen erfolgt indirekt über Ermächtigung. In diesen Einrichtungen stehen rund 570 Wohn- und 130 Arbeitsplätze zur Verfügung. Weitere Angebote werden durch Leistungsverträge des Alters- und Behindertenamtes (ALBA) finanziert. Die Aufenthalte in Wohneinrichtungen werden zudem über Subjektbeiträge

³³ Budget 2010, lastenausgleichsberechtigte Beträge Ermächtigungen ab 2010

³⁴ www.wohkonferenz.ch

³⁵ Konzepte Leistungsvertragspartner, Wirkungsziele Leistungsverträge

(IV/EL, individuelle Sozialhilfe) mit finanziert. Der Gesamtaufwand für direkt und indirekt finanzierte Institutionen (ohne Institutionen ALBA) beträgt rund CHF 20.8 Mio., davon werden CHF 11.2 Mio. durch Kanton und Gemeinden getragen (Lastenausgleich)³⁶.

Akteure

Institutionen mit Leistungsvertrag Sozialamt

Organisation	Angebot	Anzahl Plätze	Standort / Region
Blaues Kreuz	Arbeitsangebot	10	diverse Einsatzorte Bern, Langenthal Aeschiried
	Beschäftigung	14	
	Betreutes Wohnen	2	
Contact Netz Wohnen und Arbeit	Betreutes Wohnen	8	Bern Mittelland, Oberaargau-Emmental, Langenthal, Oberland, Interlaken, Bern, Thun, Biel
	begleitetes Wohnen	78	
	Arbeitsangebot	90	
Eden Wohn- und Arbeitsintegration	Betreutes Wohnen	29	Hilterfingen
	Arbeitsangebot	16	
Envol	Betreutes Wohnen und Beschäftigung	16	Tramelan
Foyer Schöni	Betreutes Wohnen und Beschäftigung	61	Biel
Haus Felsenau	Betreutes Wohnen und Beschäftigung	32	Bern
Haus Gümnenen	Betreutes Wohnen	6	Gümnenen
Monbijou Bern	Betreutes Wohnen	28	Bern
Suchttherapiebärn Bewo	Betreutes Wohnen	12	Bern

Institutionen mit Ermächtigung

Organisation	Angebot	Anzahl Plätze	Standort / Region
BWD Albatros	Betreutes Wohnen	11	Bern
Casanostra	Begleitetes Wohnen	104	Biel
Frauenwohngemeinschaft	Betreutes Wohnen	12	Bern
Heilsarmee	Begleitetes Wohnen	33	Bern
Schwandengut	Betreutes Wohnen	7	Schüpfen
Wohnhilfe Thun	Begleitetes Wohnen	30	Thun
Wege Weiherbühl	Betreutes Wohnen	12	Köniz
Wohnenbern	Betreutes Wohnen	33	Bern, Bümpliz
	begleitetes Wohnen	50	

³⁶ Kosten erbrachte Behandlungstage 2010

3.8 Zusammenfassung Finanzbedarf Suchthilfe

Leistungsbereich	Steuerung	Aufwand Kanton	Aufwand Gemeinden	Aufwand Kanton	Subjektbezogene Kostenträger	Fonds für Suchthilfe	Total Finanzbedarf
		nach Abrechnung LA	nach Abrechnung LA	dem LA nicht unterliegend	KVG Sozialhilfe IV/EL		
Ambulante Beratung und Therapie	LV	4.7 Mio.	4.7 Mio.			1.7 Mio.	11.1 Mio.
Stationäre Sozialtherapie	LV	2.85 Mio	2.85 Mio		4 Mio.		9.7 Mio.
Suchtmedizin³⁷	LV	4.7 Mio	4.7 Mio.		5.7 Mio.		15.1 Mio.
	Spitalliste			17.6 Mio	12.4 Mio.		30 Mio.
Substitution	LV				10 Mio.	1.2 Mio	11.2 Mio.
Schadensminderung	LV	2.45 Mio	2.45 Mio.			1.4 Mio.	6.3 Mio.
	ERM	1 Mio.	1 Mio.		0.7 Mio.		2.7 Mio.
Wohnen und Arbeit	LV	3.9 Mio	3.9 Mio.		4.6 Mio.		12.4 Mio.
	ERM	1.7 Mio	1.7 Mio.		5 Mio.		8.4 Mio.
TOTAL Finanzbedarf³⁸		21.3 Mio.	21.3 Mio.	17.6 Mio.	42.4 Mio.	4.3 Mio.	106.9 Mio.

³⁷ Ab 2012: Finanzierung aller suchtmmedizinischen Angebote über Spitalliste

³⁸ Zahlen 2010 (Budgets / Kosten effektive erbrachte Behandlungstage)

4 Entwicklung und Leistungsbedarf

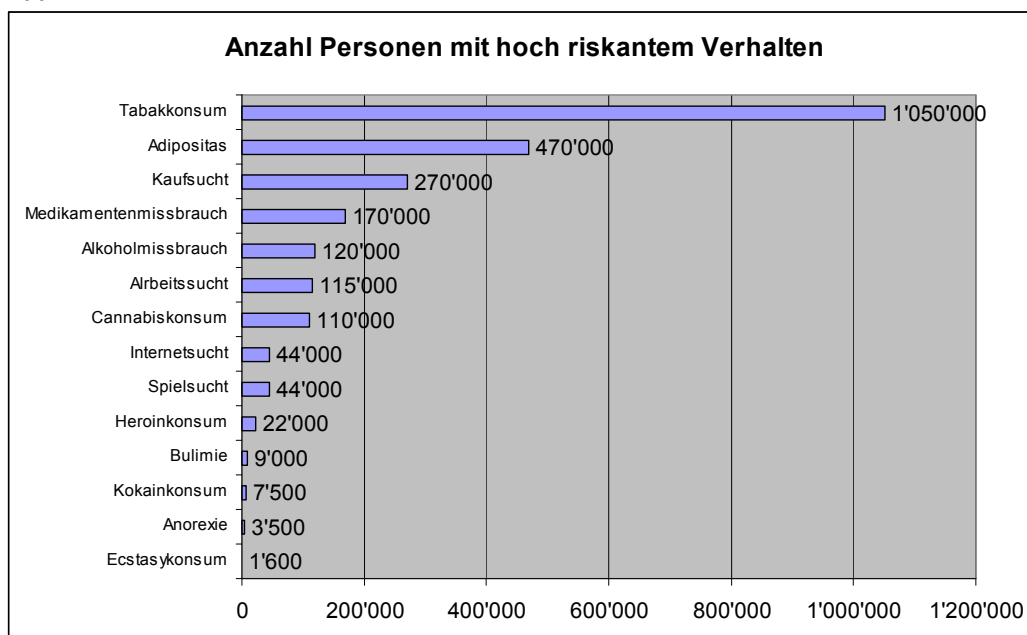
Im Folgenden sollen zunächst einige epidemiologischen Daten rund um die Thematik Sucht präsentiert werden, anschliessend werden Entwicklungen in Bezug auf die Problemlasten aufgezeigt und schliesslich werden wichtige Trends und Lösungsansätze beleuchtet, welche den Leistungsbedarf der Suchthilfe in den nächsten Jahre prägen werden.

Grundlage für die folgenden Ausführungen stellen der „Bericht Spinatsch“ (2004) sowie die 4. Schweizerische Gesundheitsbefragung (2007) dar.³⁹ Ebenso wurden Ergebnisse des 4. Gesundheitsberichts des Kantons Bern einbezogen.⁴⁰ Um aktuelle Entwicklungen und Trends aufnehmen zu können, sind die Kernaussagen aus dem „Bericht Spinatsch“ in einem Experteninterview mit Franziska Eckmann, Leiterin Infodrog (Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht) diskutiert und wo nötig ergänzt worden (Interview vom 13. Juli 2011).

4.1 Epidemiologisch Daten

Die untenstehende Tabelle, welche dem Bericht Spinatsch (2004) entnommen ist, gibt einen Überblick über die Anzahl Personen, die bei den einzelnen Suchtformen einen risikoreichen oder abhängigen Konsum aufweisen. Die Zahlen basieren überwiegend auf der schweizerischen Gesundheitsbefragung (1997 und 2002).⁴¹

Abb.1



Quelle: Spinatsch, 2004, S.27

Die Zahlen zum Konsum von psychoaktiven Substanzen haben seither keine massiven Veränderungen erfahren. Aufgrund der letzten Schweizerischen Gesundheitsbefragung (2007) können folgende Trends festgehalten werden⁴²:

- Der Anteil der Rauchenden unter den 14- bis 65-Jährigen sank von 32% im Jahr 2002 auf 27% für die letzten beiden Erhebungsjahre 2008 und 2009.⁴³ Ob man raucht oder nicht,

³⁹ Markus Spinatsch (2004). Eine neue Suchtpolitik für die Schweiz? Grundlagen und Materialien für eine verstärkte Integration der suchtpolitischen Aktivitäten des Bundes. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit BAG; eine gute Übersicht über Ergebnisse der 4. Schweizerischen Gesundheitsbefragung (2007) bietet die Zeitschrift abhängigkeiten, 2/2009.

⁴⁰ Vierter Gesundheitsbericht des Kantons Bern. Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, 2010

⁴¹ Die Schweizerische Gesundheitsbefragung wird alle 5 Jahre durchgeführt und liefert Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung; befragt wird die ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren. Vgl.

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infotek/erhebungen_quellen/blank/blank/ess/01.html, 18.7.2011.

⁴² Vgl. abhängigkeiten 2/2009; in den folgenden Ausführungen ist ein direkter Vergleich zwischen den Angaben im Bericht Spinatsch und den Daten anhand der Schweizerischen Gesundheitsbefragung teilweise schwierig. Dennoch erlauben die Ausführungen Trends darzustellen.

⁴³ Vgl. <http://www.sucht-info.ch/infos-und-fakten/tabak/konsum/>, 18.7.2011.

hängt aufgrund der Ergebnisse der Vierten Gesundheitsbefragung des Kantons Bern, mit der sozialen Lage zusammen. Personen in einer besonders tiefen sozialen Lage rauchen statistisch gesehen mehr als Personen in einer hohen sozialen Lage.⁴⁴

- Zwischen den Jahren 1997 und 2007 hat der Anteil der Männer und Frauen, welche mit ihrem Alkoholkonsum ein mittleres Risiko eingehen, sowie der Anteil jener, die risikoreich konsumieren, leicht abgenommen. Die Ausnahme bilden die 15- bis 24-Jährigen: Der Anteil der risikoreich Alkohol Konsumierenden war im Jahr 2007 in dieser Altersgruppe höher als in den beiden vorhergehenden Erhebungsjahren.⁴⁵ Weiter zeigt die 4. Schweizer Gesundheitsbefragung (2007) auf, dass 2.8% der Bevölkerung einen regelmässig risikoreichen Alkoholkonsum haben, sich 8.8% der Bevölkerung episodisch-risikoreich verhalten („Rauschtrinken“) und 2% ein risikokumulierendes Verhalten vorweisen.⁴⁶ Ein Zusammenhang von gesundheitsschädlichem Alkoholkonsum und der sozialen Lage scheint nicht zu bestehen.⁴⁷ Es wird geschätzt, dass gegen 300'000 Personen alkoholabhängig oder zumindest stark alkoholgefährdet sind.⁴⁸
- Der Anteil der Personen, welche mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert hat, hat in den letzten zehn Jahren deutlich zugenommen (14,2% im Jahr 1997 vs. 19,4% im Jahr 2007). Generell zeichnet sich jedoch bei aktuell Konsumierenden für die letzten Jahre ein Rückgang in der Konsumhäufigkeit ab. Das heisst, der Anteil an täglich Cannabiskonsumierenden liegt im Jahr 2007 (9.3 %) tiefer als drei Jahre zuvor (14.2 %).⁴⁹
- Für den Kanton Bern ist das Konsumverhalten von Jugendlichen in Bezug auf Tabak, Alkohol und Cannabis in Abhängigkeit vom familiären Wohlstand untersucht worden. Weder bei den Knaben noch bei den Mädchen liess sich im Konsum dieser drei Substanzen ein statisch signifikanter Unterschied nach familiärem Wohlstand nachweisen.⁵⁰
- In der Schweiz benutzen 74,5% der Bevölkerung ab 14 Jahren das Internet täglich oder mehrmals pro Woche (2010). Zum Vergleich: 2005 lag dieser Anteil bei 55,6%, 2000 bei 26,4%. Verlässliche Angaben über online- oder internetsüchtige Personen liegen kaum vor.⁵¹
- Bei der Glücksspielsucht kam eine Studie zum Schluss, dass in der Schweiz im Jahr 2005 ca. 0,8% der erwachsenen Bevölkerung ein risikoreiches Glücksspielverhalten aufzeigten und weitere 0,5% spielsüchtig waren; dies entspricht ca. 80'000 Personen.⁵²
- Die Anzahl Personen, die von Heroin abhängig sind, ist in etwa stabil und wird auf etwa 22'000 geschätzt. Davon befinden sich ca. 17'500 Personen in einer Methadonsubstitution sowie weitere 1'300 Personen in heroingestützter Behandlung.⁵³
- In der schweizerischen Gesundheitsbefragung haben im Jahr 2007 4.4% der 15-39-Jährigen angegeben, mindestens einmal im Leben Kokain konsumiert zu haben. Dieser Anteil ist im Vergleich zum Jahr 2002 (2,9%) deutlich gestiegen. Die Erhebung zum Konsum illegaler Drogen im Rahmen der Gesundheitsbefragung unterschätzt wahrscheinlich den Anteil der Personen mit Konsumerfahrung, da man damit rechnen muss, dass nicht alle, die konsumiert haben, dies auch angeben. Zudem ist anzunehmen, dass stark konsumierende Personen, die stark marginalisiert sind, über eine solche Befragung nur sehr schwer erreichbar sind.⁵⁴

⁴⁴ 35% der Personen in einer besonders tiefen sozialen Lage rauchen täglich, gegenüber nur 12 Prozent der Personen in besonders hoher sozialer Lage; vgl. Vierter Gesundheitsbericht des Kantons Bern, 2010, S.54;

⁴⁵ Vgl. <http://www.sucht-info.ch/infos-und-fakten/alkohol/>, 18.7.2011.

⁴⁶ Marina Delgrande Jordan, Luca Notari (2009). Unmittelbare Probleme im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum – Eine Analyse der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007, in: abhängigkeiten 2/2009, S.16.)

⁴⁷ vgl. Vierter Gesundheitsbericht des Kantons Bern, 2010, S.55

⁴⁸ Vgl. Nationales Programm Alkohol NPA 2008-2012;

<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00596/index.html?lang=de>, 18.7.2011.

⁴⁹ Vgl. <http://www.sucht-info.ch/infos-und-fakten/cannabis/>, 18.7.2011.

⁵⁰ Vierter Gesundheitsbericht des Kantons Bern, 2010, S.34f.

⁵¹ Vgl. <http://www.sucht-info.ch/infos-und-fakten/online-sucht/>, 18.7.2011.

⁵² Vgl. <http://www.sucht-info.ch/infos-und-fakten/gluecksspielsucht/>, 18.7.2011. Das Faktenblatt « Glücksspielsucht » gibt als Quelle Bondolfi et al. 2008 an und verweist, dass je nach Methode zur Bestimmung der Anzahl glücksspielsüchtiger Personen die Resultate unterschiedlich ausfallen.

⁵³ Vgl. <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/index.html?lang=de>, 18.7.2011.

⁵⁴ Vgl. <http://www.sucht-info.ch/infos-und-fakten/kokain/>, 18.7.2011.

- In den letzten Jahren an Bedeutung zugenommen haben „Designerdrogen“ oder „Partydrogen“⁵⁵, zu welchen u.a. auch Ecstasy (MDMA) zu zählen ist. Kennzeichen sind u.a. niedrige Herstellungskosten und die leichte Erhältlichkeit über Internet. Der Konsum erfolgt in der Freizeit und insbesondere im Partysetting. Zu erwähnen sind ständig neu auftauchende Substanzen (teils legal, teils auch illegal) in verschiedenster Zusammensetzung, deren Risiken als sehr unterschiedlich zu beurteilen sind. Auch bei Ecstasy ist im Vergleich mit 1997 ein Anstieg sichtbar: 1,0% der Befragten 1997 vs. 1,8% 2007, sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern.⁵⁶
- Bei der Unterscheidung nach Suchtformen werden die verschiedenen Formen des Mischkonsums zu wenig berücksichtigt. Insbesondere beim Partydrogenkonsum ist der gleichzeitige oder nah aufeinanderfolgende Konsum verschiedener Substanzen inkl. Alkohol häufig.⁵⁷ Mischkonsum ist auch bei Heroinabhängigkeit bekannt; nebst Heroin werden Kokain, Benzodiazepine und/oder Alkohol konsumiert.

4.2 Entwicklung von Konsummustern und Problemlasten

Einschätzung aufgrund des „Berichtes Spinatsch“ (2004)

Der Bericht Spinatsch hat erstmals eine Einschätzung der Problemlasten bestimmter Suchtformen vorgenommen. Diese basierte auf einer durch Suchtfachleute vorgenommenen Bewertung zu den Auswirkungen in Bezug auf persönliche Probleme (somatische, psychische, soziale und wirtschaftliche Schäden), Probleme im persönlichen Umfeld sowie im Hinblick auf die Folgekosten für den Staat. Im Bericht wurde das Ergebnis in der folgenden Tabelle festgehalten:⁵⁸

⁵⁵ Die Begriffe "Designerdrogen", "Clubdrogen", "Partydrogen" und "synthetische Drogen" werden häufig synonym für Substanzen verwendet welche im Partysetting konsumiert werden. Unter diese Substanzen fallen sowohl legale wie auch illegale Drogen, z.B. Amphetamine, LSD, GHB/GBL, Ketamin, etc.

⁵⁶ Vgl. <http://www.sucht-info.ch/infos-und-fakten/ecstasy/>, 18.7.2011.

⁵⁷ Vgl. http://www.fosumos.ch/praxis-suchtmedizin/index.php?option=com_content&view=article&id=145&Itemid=139&lang=de, 18.7.2011: 88% der befragten Partygänger berichten über einen Mischkonsum.

⁵⁸ Vgl. Spinatsch, 2004, S.11. Die Bewertung wurde im Jahr 2001 durchgeführt. Das Modell von Spinatsch basiert auf dem Konzept DALY (Disability Adjusted Life Years resp. „verlorene Lebensjahre“; vgl. Kapitel 1), das jedoch um die Dimensionen Probleme im Umfeld sowie Folgekosten für den Staat erweitert worden ist.

Tabelle 1: Problemlast bestimmter Suchtformen verursacht durch das suchtrelevante Verhalten einer einzelnen Person aus der Sicht der Fachleute (nach Spinatsch, 2004)

	persönliche Probleme			Probleme im persönlichen Umfeld		Folgekosten des Staates	
	Somatische Schäden	psychische und soziale Schäden	wirtschaftliche Schäden	somatische, psychische und soziale Schäden	wirtschaftliche Schäden	medizinische und soziale Kosten	Total
<u>Substanzgebundene Süchte</u>							
Alkoholmissbrauch	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	18
Tabakkonsum	1 1 1	1 1	1	1 1	1	1 1 1	12
Medikamentenmissbrauch	1 1 1	1 1	1	1 1	1	1 1 1	12
Heroinkonsum	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	18
Kokainkonsum	1 1	1 1	1 1 1	1 1	1 1	1	12
Cannabiskonsum	1	1	1	1	1	1	6
Ecstasykonsum	1	1	1	1	1	1	6
<u>Essstörungen</u>							
Anorexie	1 1 1	1 1 1	1	1 1 1	1	1 1 1	14
Bulimie	1 1	1 1	1 1	1 1	1	1 1	11
Adipositas	1 1	1 1	1	1	1	1 1	9
<u>Substanzunabhängige Süchte</u>							
Spielsucht	1	1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1	14
Arbeitssucht	1 1	1 1	1	1 1 1	1	1 1	11
Sexsucht*	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1	11
Kaufsucht	1	1	1 1 1	1 1	1 1	1 1	11
Internetsucht	1	1	1	1 1	1	1	7
Fernsehsucht*	1	1	1	1 1	1	1	7
Telefon-/Handysucht*	1	1	1 1	1	1 1	1	8
	1 1 1 =		1 1 =		1 =		
	hohe Problemlast		mittlere Problemlast		tiefe Problemlast		

* Die wenigen verfügbaren empirischen Evidenzen sowie Plausibilitätsüberlegungen lassen auf eine geringe gesellschaftliche Relevanz dieser Suchtformen schliessen. Sie wurden deshalb in den weiteren Ausführungen nicht berücksichtigt⁵⁹.

Aus der Auswertung wird deutlich, dass die befragten Suchtexperten bei der damaligen Befragung den Suchtformen Alkoholmissbrauch und Heroinkonsum eine besonders hohe Problemlast zuschrieben, sowohl bezüglich der damit verbundenen persönlichen Problemen, Problemen im Umfeld sowie im Hinblick auf die entsprechenden Folgekosten für die öffentliche Hand. Sie erreichten in der Expertenbefragung das Maximum von 18 möglichen Punkten. Spielsucht, Anorexie, Tabakkonsum, Medikamentenmissbrauch und Kokainkonsum wird eine mittelgrosse Problemlast zugeschrieben (14 resp. 12 Punkte), während die übrigen Suchtformen insgesamt mit einer eher tiefen Problemlast verbunden wurden (11 Punkte und weniger).

⁵⁹ M. Spinatsch, 2004, S.13

Aus der Kombination der Einschätzung der Problemlasten und der Prävalenz Hochrisikokonsumierender (Anzahl Betroffene) wurde für den Bericht Spinatsch der folgende Handlungsbedarf abgeleitet:

Suchtpolitischer Handlungsbedarf aus fachlicher Sicht

Anzahl Betroffene	Problemlast		
	hoch	mittel	tief
400'000->1Million		Tabakkonsum	Adipositas
100'000-270'000	Alkoholmissbrauch	Kaufsucht, Medikamentenmissbrauch, Arbeitssucht	Cannabiskonsum
20'000-45'000	Heroinkonsum	Spielsucht	Internetsucht
weniger als 10'000		Kokainkonsum, Anorexie, Bulimie	Ecstasykonsum

Handlungsbedarf  hoch  mittel  tief

M. Spinatsch (2004)

Entwicklung der Problemlasten

Die Problemlasten, wie sie sich in der vor 10 Jahren durchgeführten Einschätzung präsentieren, werden aus heutiger Sicht wie folgt beurteilt:

Grundsätzlich sind die Aussagen aus dem Bericht Spinatsch, welche die Problemlasten durch Alkoholmissbrauch und Heroinkonsum als besonders hoch einschätzen, nach wie vor gültig. Allerdings scheinen heute andere Gewichtungen angebracht, insbesondere auch weil sich aufgrund der verschiedenen Formen des zunehmenden Mischkonsums die Unterscheidung nach Suchtformen als künstlich oder sogar problematisch erweist. Dies trifft insbesondere für den Konsum von psychoaktiven Substanzen im Party- respektive im Freizeitbereich zu. Zusammenfassend lassen sich daher zu den einzelnen Problemlagen die folgenden Punkte festhalten:

•Problematischer Partydrogen-/Freizeitkonsum:

Es sind vor allem (aber nicht ausschliesslich) Jugendliche und jüngere Erwachsene, die in der Freizeit und insbesondere im Partysetting psychoaktive Substanzen konsumieren. Nicht alle pflegen dabei einen risikoarmen Konsum: Konsumiert werden Alkohol, unterschiedliche „Designerdrogen“, Kokain, teilweise auch Heroin. Mischkonsum ist dabei die Regel, Alkohol steht – da billig und leicht erhältlich – meistens im Zentrum. Oftmals geht es vor allem darum, sich „zuzudröhnen“. Eine zunehmend wichtige Rolle spielen sogenannte Research Chemicals⁶⁰. Sie sind teilweise legal (z.B. Düngemittel), teilweise illegal, billig in der Herstellung und werden oft via Internet bezogen. Ihre Zusammensetzung wechselt schnell, die Auswirkungen sind oft unberechenbar. Der Konsum von psychoaktiven Substanzen im Freizeitbereich geschieht im Ausgang, an Partys und Festivals, aber auch im

⁶⁰ Mit Research Chemicals (RC; früher eher „Designerdrogen“) werden chemische psychoaktive Substanzen bezeichnet, deren molekulare Struktur Variationen von vorhandenen (illegalen) Substanzen sind oder völlig neue chemische Strukturen darstellen, deren Wirkung aber bestehenden Substanzen gleicht. Diese Substanzen werden aus diesem Grunde auch häufig als legaler Ersatz für bekannte illegalisierte Substanzen vermarktet und oft mit zweckentfremdenden Begriffen deklariert (wie Dünger für Kakteen oder als Badesalz). Der Grund für die Produktion dieser Substanzen liegt hauptsächlich darin, bestehende Gesetze zu umgehen. Der legale Status weckt die Konsumierenden häufig in falscher Sicherheit, auch bei der legalen Produktion von RC's können Fehler auftreten und/oder Substanzen gestreckt werden und ein legaler Status sagt nichts über die Gefährlichkeit dieser Substanzen aus. Die meisten RC sind weitgehend unerforscht, über Wirkungen und vor allem (langfristige) Risiken sind nur sehr wenige Fakten bekannt; umso wichtiger ist es, beim Konsum Safer Use Regeln zu beachten. Einige RC: Mephedrone, 4-Fluoramphetamine, Methylone, m-CPP, TFMP, etc.; vgl. http://www.saferparty.ch/download/file/aktuelles_2010/Research_Chemicals_April_2010.pdf, 19.7.2011.

privaten Rahmen. Erfahrungen weisen darauf hin, dass sich der Konsum nicht auf städtische Gebiete beschränkt, sondern ebenso ländliche Regionen umfasst.

•Alkohol

Wird Alkohol in zu grossen Mengen, zu häufig oder in ungeeigneten Situationen konsumiert, kann er zahlreiche Probleme, wie z.B. Unfälle, Kriminalität, Gewalttaten, Suizide, verursachen.⁶¹ Da Alkoholkonsum der drittgrösste Risikofaktor für die gesellschaftliche Belastung durch Krankheiten (nach Tabakgebrauch und Bluthochdruck) ist und eine grosse Zahl von Personen betrifft, stehen insbesondere Bemühungen im Zentrum, problematischen Konsum frühzeitig zu erkennen und entsprechende Interventionen zu veranlassen. Weil jedoch Alkoholkonsum kulturell akzeptiert ist, werden problematischer Konsum oder gar Abhängigkeit oft lange nicht als solche wahrgenommen.

•Heroin

Heroin ist für Einsteiger/innen im Moment weniger attraktiv. Heroin als Substanz hat aber ein sehr hohes Abhängigkeitspotential und bringt – auch aufgrund seines illegalen Status – meistens dramatische Begleiterscheinungen (Beschaffungskriminalität, Prostitution, Verelendung etc.) mit sich.

•Kokain

Kokain gilt als die aufputschende Droge schlechthin. Einerseits hat sie einen festen Platz in der Drogenszene als Mischdroge mit Heroin. Andererseits steht Kokain als Lifestyledroge der Partyszene sowie als Aufputzmittel für Leistungsbesessene. Kokainkonsum beschränkt sich heute nicht mehr nur auf bestimmte Szenen (Managerinnen und Manager, Models, Künstlerinnen und Künstler), sondern erschliesst sich einem immer weiteren Kreis von Konsumierenden, wie z.B. Handwerkerinnen und Handwerker, Beamtinnen und Beamte, Studierende, etc.⁶² Für diese Gruppen gibt es bisher wenig adäquate Beratungs- und Behandlungsangebote.

•Cannabis

Cannabis ist heute in der Schweiz die meistverbreitete illegale Droge. In der Mehrheit kann von einem risikoarmen Konsum ausgegangen werden. Dennoch dürfen die gesundheitlichen Risiken nicht vernachlässigt werden: häufiger Konsum führen zu psychischer und körperlicher Abhängigkeit; auch kann der Konsum bei Personen mit entsprechender Veranlagung Psychosen (insbesondere Schizophrenie) auslösen.⁶³ Ein problematischer Konsum bei Jugendlichen (vor allem wenn er bereits früh, z.B. bei 11- oder 12-jährigen auftritt) sollte abgeklärt werden, da der Konsum ein Hinweis auf erhebliche Problemsituationen und Risikoverhalten (Gewalt, Depression, Suizidalität, etc.) darstellen kann. Diesbezüglich wird die Früherkennung und –intervention an Bedeutung gewinnen.

•Onlinesucht/Internetsucht

Bis anhin besteht kein generell anerkannter Begriff, um das Problem der Abhängigkeit von Nutzungsformen des Internets zu bezeichnen. Der Begriff Onlinesucht eignet sich dabei, um die ständige Verknüpfung mit dem Netz als wichtiger Aspekt der Abhängigkeit zu betonen. Dabei lassen sich insbesondere drei Bereiche nennen, die ein Suchtpotenzial aufweisen:

- Online-Games (betroffen sind vor allem männliche Jugendliche)
- Online-Kommunikation (zum Beispiel Chats, betroffen sind besonders Frauen)
- Konsum von Sex- und Pornoseiten (der Anteil jüngerer Männer scheint hier besonders hoch zu sein).⁶⁴

Für die Onlinesucht, wie auch für weitere sogenannte substanzungebundene Suchtformen (Spielsucht, Kaufsucht, Essstörungen etc.), bleibt allerdings offen, wie ausgeprägt die

⁶¹ Im Nationalen Programm Alkohol NPA 2008-2012, vgl.

<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00596/index.html?lang=de>, wird unterschieden zwischen dem risikoarmen, problematischen und abhängigen Konsum; der problematische Konsum wird weiter unterschieden in Rauschtrinken (oder episodisches Trinken), chronischen Konsum sowie situationsunangepassten Konsum.

⁶² Vgl. <http://www.sucht-info.ch/infos-und-fakten/kokain/>, 19.7.2011.

⁶³ Vgl. <http://www.sucht-info.ch/infos-und-fakten/cannabis/>, 19.7.2011.

⁶⁴ Vgl. <http://www.sucht-info.ch/infos-und-fakten/onlinesucht/>, 18.7.2011;

Problemlast respektive wie schwerwiegend die Beeinträchtigung ist und ob entsprechende Interventionen nötig sind.

4.3 Wahrnehmung in der Öffentlichkeit und Politik

Im Zusammenhang mit der Erarbeitung der kantonalen Schwerpunkte 2010 – 2013 im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention sind für den Kanton Bern im Jahr 2009 unter anderem auch die Medienpräsenz (gemessen aufgrund der Anzahl der Artikel, die im Zeitraum 2006 bis Frühling 2009 in der regionalen Presse publiziert wurden) sowie die politische Wirksamkeit (gemessen an der Zahl der überwiesenen Vorstösse und der erfolgten Gesetzesanpassungen in der damals laufenden Legislatur) für die suchtrelevanten Themenfelder Tabak, Alkohol und Neue Medien ausgewertet worden.⁶⁵

Die politische Wirksamkeit des Themas Alkohol wurde dabei als hoch (zwei überwiesene Vorstösse, zwei Gesetzesänderungen), die Medienpräsenz sogar als sehr hoch eingeschätzt (insgesamt rund 250 Artikel zu diesem Thema). Die politische Wirksamkeit des Themas Tabak wurde ebenfalls als hoch beurteilt (zwei überwiesene Vorstösse, zwei Gesetzesänderungen), ebenso die Medienpräsenz (zwischen 50 und 100 Artikel zum Thema). Für das Thema Neue Medien wurde eine mittelgrosse politische Wirksamkeit (drei überwiesene Vorstösse) und eine eher tiefe Medienpräsenz (weniger als 50 Artikel zum Thema) festgestellt.⁶⁶

Ergänzend dazu lassen sich aus aktueller Sicht die folgenden Einschätzungen anbringen:

- **Tabak**

Der Trend ist in den letzten Jahren stark in Richtung „Nichtraucherschutz“ gegangen. Das Rauchen ist weitgehend aus dem öffentlichen Raum verbannt worden (rauchfreie Büros, Züge, Restaurants etc.). Vorreiter dafür war in erster Linie die Zivilgesellschaft (öffentlicher Druck, grosse Unternehmen wie Fluggesellschaften, SBB etc.). Die Politik hat diese Entwicklung nachvollzogen.

- **Alkohol**

Die Öffentlichkeit bringt problematischen Alkoholkonsum praktisch ausschliesslich mit Jugendlichen in Verbindung. Gewisse präventive Massnahmen mit einem Fokus auf Junge sind unbestritten (z.B. Alterslimiten für den Verkauf von Alkohol). Für weitergehende Massnahmen, wie z.B. Einschränkung der Erhältlichkeit oder Preiserhöhungen ist jedoch kaum Akzeptanz vorhanden. Dabei spielen auch wirtschaftliche Interessen eine grosse Rolle (Stichwort „24-Stunden-Gesellschaft“). Der problematische Konsum bei Erwachsenen (und auch bei älteren Menschen) gerät dadurch oftmals in den Hintergrund. Es zeigt sich jedoch beispielsweise, dass die Mehrheit jener Personen, die der Zürcher Ausnüchterungszelle (ZAS) zugeführt werden mussten, Personen im Alter zwischen 25 – 45 Jahren sind. Zudem hat eine Studie gezeigt, dass der problematische Alkoholkonsum bei den Arbeitgebern jährlich Kosten von einer Milliarde Franken verursacht.⁶⁷

- **Illegale Drogen (v.a. Heroin, Kokain)**

Die Sichtbarkeit des Konsums hat sich stark verändert. Die offenen Szenen sind praktisch vollständig verschwunden. Bei Ansätzen zur Neubildung wird rasch interveniert. Dank dem Ausbau der Angebote (Substitutionsbehandlungen mit Heroin und Methadon, niederschwellige Angebote wie Kontakt- und Anlaufstellen, Spritzentausch, etc.) befindet sich heute ein grosser Teil der Suchtabhängigen in Behandlung oder Betreuung. Damit ist das Problem aus den Augen der Öffentlichkeit weitgehend verschwunden.

Der Handlungsbedarf bleibt aber bestehen: sowohl die individuellen Risiken (Neueinsteiger/innen) wie auch die potentiellen negativen Auswirkungen auf Umfeld und Gesellschaft (Image einer Stadt/Gemeinde, Kriminalität, Gefahr, die von Spritzen in Parks ausgehen etc.) bleiben weiterhin beträchtlich.

- **Problematischer Konsum von psychoaktiven Substanzen im Freizeit- und Partysetting**

⁶⁵ Vgl. Synthese: Empfehlungen für die kantonalen Schwerpunkte Gesundheitsförderung/Prävention 2010-2013 des Kantonalen Sozialamts. Dokument vom 15.6.2009

⁶⁶ ebda, S. 8-11 sowie S. 16/17

⁶⁷ Vgl. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/medieninformationen/01217/index.html?lang=de&msg-id=37465>, 19.7.2011.

Dieser wird in der Öffentlichkeit vor allem als „Alkoholproblem“ wahrgenommen. Das Thema Mischkonsum, neue Designerdrogen, die billig sind in der Herstellung und oft (noch) unbekannte Auswirkungen haben, wird in der Öffentlichkeit bisher – etwa als Medien-schlagzeilen – nur sehr punktuell wahrgenommen.

4.4 Trends in Bezug auf Lösungsansätze und Leistungsbedarf

Ausgehend von den bisherigen Ausführungen ist davon auszugehen, dass für die nächsten Jahre die im Folgenden ausgeführten Themen an Bedeutung gewinnen werden.

Früherkennung und –intervention

Mit Früherkennung und –intervention sollen problematischer Konsum sowie problematische Verhaltensweisen möglichst frühzeitig erkannt und mit entsprechenden Interventionen gezielt angegangen werden. Einerseits lassen sich problematische Verhaltens- und Konsummuster einfacher verändern, wenn sie frühzeitig erkannt sind, andererseits lassen sich so für die Einzelnen, die Gesellschaft und den Staat Kosten sparen. Die Entwicklung geht dahin, dass entsprechende Problemsettings identifiziert und – unter Einbezug der jeweils wichtigen Partner – entsprechende Lösungsansätze entwickelt werden. Beispielhaft werden drei derartige Problemsettings skizziert:

- **Jugendliche:**

Künftig haben Amtsstellen und Fachleute im Erziehungs-, Sozial-, Gesundheits-, Justiz- und Polizeiwesen die Befugnis, den zuständigen Behandlungs- und Sozialhilfestellen Kinder und Jugendliche zu melden, bei denen sie suchtbedingte Störungen festgestellt haben oder vermuten.⁶⁸ Damit ist von Gesetzes wegen eine stärkere Fokussierung auf den Bereich der Früherkennung und –intervention bei Jugendlichen gegeben. Dies erfordert nebst einer zielführenden Diagnostik zur Erfassung von Risikoverhalten und Gefährdung, die enge Zusammenarbeit der involvierten Stellen (z.B. Erziehungsberatung, Jugendgerichte, Sozialdienste und Suchtfachstellen) sowie das Vorhandensein eines ausdifferenzierten Angebotes an Interventionen (z.B. multidimensionale Familientherapie MDFT).

- **Ältere Personen:**

Die Pensionierung stellt eine kritische Phase dar. Entsprechende Angebote (Prävention, Behandlung, etc.) im Bereich „Sucht im Alter“ werden deshalb – auch vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung – an Bedeutung gewinnen. Für die Früherkennung und –intervention ist dabei die enge Zusammenarbeit zwischen Grundversorgung (Hausärzte, Spitäler), Spitex und Suchthilfeangeboten von zentraler Bedeutung.

- **Problematischer Konsum von psychoaktiven Substanzen im Freizeit- und Partysetting:**

Zentral in diesem Bereich ist die Sensibilisierung und Informationsvermittlung an die Konsumierenden; dies geschieht in der Regel vor Ort (Party-/Clubszene, Nightlife, Festivals, etc.) und beruht unter anderem auf Drugtesting (Inhaltsstoffe und deren Zusammensetzung der konsumierten Substanzen sowie einem Frühwarnsystem (Angaben resp. Warnungen zu bestimmten, vor allem auch neu auftauchenden Substanzen und deren Zusammensetzung). Darüber hinaus gilt es gegebenenfalls die Verbindung zu Behandlungsangeboten herzustellen.

Konvergenz von medizinischen und psychosozialen Kompetenzen

Interdisziplinäre Behandlungsansätze, welche medizinische/psychiatrische und psychosoziale/sozialtherapeutische Fachkompetenzen vereinen, haben sich heute in vielen Bereichen der Suchthilfe etabliert. Diese Zusammenarbeit gilt es weiter zu fördern. Dabei muss berücksichtigt werden, dass sowohl medizinisch/psychiatrisch als auch psychosozial/sozialtherapeutisch orientierte Fachdisziplinen gleichermassen ihren Beitrag leisten und ihre Berechtigung haben. Als beispielhaft kann das Modell EVITA, das seit kurzem im Kanton Waadt umgesetzt wird, erwähnt werden. Dabei handelt es sich um ein Indikationsmodell im Alkoholbereich, bei dem die Zuweisung zu einer stationären Therapie über eine mobile Abklärungsstelle läuft, welche jeweils von zwei Personen gebildet wird (sog. Binom) mit einem medizinischen resp. einem

⁶⁸ Vgl. Art. 3c BtmG; <http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=de&msg-id=39299>

psychosozialen Hintergrund. Dieses Binom übernimmt die Fallsteuerung resp. sorgt dafür, dass die betroffene Person das passende Angebot erhält.

Diversität als bewusster Umgang mit Vielfalt

Die Diversität der betroffenen Personen mit ihren unterschiedlichen Bedürfnissen und Ressourcen, die Vielfalt von verfügbaren Behandlungsansätzen sowie die diversen Anforderungen aus Leistungsverträgen und Qualitätsvorgaben stellen Suchthilfeinstitutionen und Suchtfachleute vor komplexe Herausforderungen. Seit einiger Zeit erfährt deshalb in der Suchthilfe der bewusste Umgang mit Vielfalt, etwa mit spezifischen Konzepten in Bezug auf Alter, Migrationshintergrund, Geschlecht etc. steigende Bedeutung.

5 Schlussfolgerungen für den Kanton Bern

Ausgehend von den vorhergehenden Ausführungen (Kapitel 1 – 4) werden im Folgenden Schlussfolgerungen für den Kanton Bern gezogen und daraus Schwerpunkte im Hinblick auf die Optimierung des heutigen Suchthilfe-Systems abgeleitet.

Aktuelle Situation: bewährte institutionelle Grundlagen und bedarfsgerechtes Angebot

Im Kanton Bern existiert heute ein vielfältiges, breites, in den Regionen verankertes und qualitativ hochstehendes Angebot, das alle Bereiche der Suchthilfe abdeckt.⁶⁹

Das Sozialhilfegesetz SHG, das seit 2003 in Kraft ist, bietet für den Kanton Bern – gerade auch im interkantonalen Bereich – gute und bewährte Grundlagen, welche eine professionelle Führung und Weiterentwicklung der Suchthilfe erlauben. Mit der Umsetzung des SHG und der Einführung der wirkungs- und leistungsorientierten Verwaltungsführung (NEF) ist die Steuerung und Finanzierung der Suchthilfe entsprechend umgestaltet und professionalisiert worden. Beispiele dafür sind etwa die Einführung von Leistungsverträgen mit den Anbietern, an Leistungen orientierte Abgeltungen oder das Reporting-System, welches den Vergleich zwischen einzelnen Leistungen resp. Anbietern erlaubt.

Im Rahmen der geltenden Strategie hat in den letzten Jahren eine kontinuierliche Anpassung des Angebots an den sich wandelnden Bedarf stattgefunden. So sind etwa stationäre Therapieplätze, für die der Bedarf zurückgegangen ist, teilweise umgesteuert, teilweise abgebaut worden. Das Angebot entspricht aktuell weitgehend dem Bedarf, wie auch aus der im Rahmen des vorliegenden Projektes durchgeführten Bestandsaufnahme hervorgeht.⁷⁰

Potenzial für Optimierungen ergibt sich vor allem im Hinblick auf eine bessere Abstimmung und Koordination der verschiedenen Angebote der Suchthilfe. Zusatzbedarf wird in den Bereichen Früherkennung/Frühintervention sowie teilweise bei niederschweligen Wohn- und Tagesstrukturen als Langzeitlösungen für schwerabhängige Personen gesehen, insbesondere bei Angeboten für ältere, chronifizierte Suchtabhängige, die auf Pflege angewiesen sind.⁷¹

Die historische Zweiteilung der Suchthilfe nach der Legalität der Substanzen in einen legalen und einen illegalen Bereich besteht weiterhin fort, auch wenn Bestrebungen zu seiner Überwindung seit einiger Zeit auch im Kanton Bern laufen. Die am Rechtsstatus der Substanz orientierte Trennung zeigt sich auf Ebene der Institutionen weiterhin deutlich, insbesondere im Bereich der stationären Therapie. Während in der stationären Sozialtherapie ausschliesslich Personen mit Abhängigkeit von illegalen Substanzen behandelt werden, richten sich Therapieangebote der Suchtfachkliniken an Personen mit Abhängigkeit von legalen Substanzen. Die Zweiteilung spiegelt sich auch im Finanzierungssystem (KVG resp. Sozialhilfe), das als nicht sach- bzw. problemgerecht eingeschätzt wird und teilweise falsche Anreize setzt.

Optimierungsbedarf: Fokus auf Management, Abstimmung und Kooperation im Netzwerk Suchthilfe

Im Hinblick auf die künftige Ausrichtung der Suchthilfe ergeben sich für den Kanton Bern die folgenden Schlussfolgerungen:

Eine grundlegende Neuorientierung der Suchthilfepolitik des Kantons Bern ist nicht nötig. Es geht vielmehr um eine pragmatische Weiterentwicklung des aktuellen, vielfältigen Netzwerkes und die Optimierung der bestehenden Steuerungsinstrumente.

Dabei stehen für den Kanton Bern die folgenden fünf Schwerpunkte im Vordergrund:

- Optimierung der Steuerung durch den Kanton: Weiterentwicklung und Systematisierung des Steuerungsverfahrens unter Einbezug der relevanten Akteure im Netzwerk („Feed-

⁶⁹ Vgl. Kapitel 3 des vorliegenden Berichts

⁷⁰ vgl. Suchthilfestrategie Kanton Bern. Bestandsaufnahme und daraus abgeleitete Ansätze für eine neue Suchthilfestrategie. Bericht der Hochschule Luzern vom 30. November 2009

⁷¹ Dies wird durch die Bestandsaufnahme, die im Rahmen des Strategieprojektes bei den beteiligten Institutionen durchgeführt worden ist, bestätigt (rund 20 entsprechende Rückmeldungen bei 35 eingegangenen Fragebogen).

back“-Kultur). Dabei soll sichergestellt werden, dass das Angebot sich konsequent am Bedarf und an den sich wandelnden Problemlasten orientiert. Aktuelle Themen mit einem gewissen Handlungsbedarf sind insbesondere die Bereiche Früherkennung und –intervention sowie langfristig ausgerichtete Lösungen für chronische Suchtabhängige.

- Bündelung der Akteure: Die grosse Zahl von unterschiedlichen Anbietern führt zu teilweise unübersichtlichen Strukturen, welche die Steuerung und Abstimmung der Angebote schwierig macht. Mit einer Reduktion der Zahl resp. einer gewissen „Bündelung“ der Leistungsvertragspartner kann eine Verbesserung der Systemsteuerung erreicht werden.
- Stärkung der Vernetzung und Kooperation: Aus den komplexer werdende Problemsituationen ergibt sich ein Bedarf nach mehr Vernetzung und Kooperation, sowohl unter den Suchthilfeinstitutionen als auch darüber hinaus (Psychiatrie, Hausärzte, Spitex, Spitäler, aber teilweise auch Polizei, Erziehungsberatung etc.). Potenziale können mit Unterstützung für Kooperationen und Austausch unter den Akteuren „vor Ort“, in den Regionen aktiviert werden.
- Stärkung der Klienten- und Patientenorientierung: Mit der Weiterentwicklung der heute oftmals an der einzelbetrieblichen Perspektive ausgerichteten Zuweisungslogik in Richtung eines professionellen „Matchings“, können Angebot und Bedarf auf der Ebene der einzelnen betroffenen Personen besser aufeinander abgestimmt werden.
- Optimierung des Ressourceneinsatzes: das heute geltende Finanzierungssystem mit den Finanzierungsquellen Sozialhilfe (SHG) und Krankenversicherung (KVG), das sich nicht primär an fachlichen oder wirtschaftlichen Kriterien sondern am Rechtsstatus (legal/illegal) orientiert, führt zu suboptimalen Lösungen. Durch optimierte Instrumente könnten die vorhandenen Ressourcen effizienter und wirksamer eingesetzt und damit bessere Leistungen erzielt werden.

Aus diesen Schwerpunkten ergeben sich die Handlungsfelder, für die im vorliegenden Bericht Strategien und Massnahmen formuliert werden (vgl. Kapitel 7).

6 Leitsätze zur Suchthilfe im Kanton Bern

Die folgenden Leitsätze sowie die Strategien und Massnahmen basieren auf den Vorarbeiten im Rahmen des Projektes „Suchthilfestrategie Kanton Bern“ (Bestandsaufnahme, „Eckwerte-Papier“, Ergebnisse aus Workshops mit Vertreterinnen und Vertretern der Institutionen Vgl. Kapitel 1). Grundlagen bilden zudem die Richtlinien der Regierungspolitik 2011-2014 des Kantons Bern, die Leitlinien der Kommission für Sucht und Gesundheit SUGEKO sowie die aktuellen Grundlagen des Bundes.⁷²

Die Leitsätze sollen als Orientierungspunkte dienen für die Entwicklung der Suchthilfe im Kanton Bern. Auf diesen basieren die in Kapitel 7 aufgeführten Strategien und Massnahmen.

Integrale Suchtpolitik

Die negativen Folgen der Sucht für die Konsumentinnen und Konsumenten sowie für die Gesellschaft werden vermindert. Ziel ist ein risikoarmer Gebrauch von psychoaktiven Substanzen. Der Rechtsstatus von Substanzen bildet kein primäres Kriterium für die Suchthilfe. Substanzunabhängige Suchtformen (Onlinesucht etc.) werden mitberücksichtigt. Suchtmedizinische und psychosoziale Interventionen werden enger zusammengebracht.

Bedarfs- und Wirkungsorientierung

Im Kanton Bern existiert ein differenziertes und bedarfsgerechtes Angebot im Bereich der Suchthilfe, das jenen, welche Unterstützung benötigen, leicht zugänglich ist. Das Angebot orientiert sich an den konkreten Problemlasten im Kanton Bern.

Neue Probleme werden frühzeitig erkannt und, wenn dies aufgrund der Problemlast nötig erscheint, werden entsprechende Lösungsansätze entwickelt.

Komplementarität und Subsidiarität

Suchthilfe ist ein spezialisierter und subsidiärer Teilbereich, der sich als komplementär zu den übrigen Angeboten des Gesundheits- und Sozialwesens versteht. Die Grundversorger (Hausärzte, Spitex, Spitäler, Sozialdienste) werden soweit möglich befähigt, suchtspezifische Problemlagen frühzeitig zu erkennen, die betroffenen Personen professionell zu behandeln resp. zu beraten sowie gegebenenfalls dem spezialisierten Suchthilfesystem zuzuführen.

Der Kanton Bern unterstützt die Kooperationen der Anbieter im Hinblick auf eine sinnvolle Abstimmung des Angebots und wirkt auf die Weiterentwicklung des Systems der Suchthilfe in Richtung eines Netzwerkes mit unterschiedlichen Kompetenzzentren hin.

Die im Kanton Bern für die Suchthilfe Verantwortlichen arbeiten vernetzt mit den überlappenden Politikbereichen zusammen, insbesondere mit der Gesundheits- und Spitalversorgung und der Sozialhilfe (GEF), der Erziehungs- und Bildungspolitik (ERZ), dem Erwachsenen- und Kinderschutz (JGK) sowie der Sicherheitspolitik (POM).

Ausdifferenziertes, leicht zugängliches Suchthilfeangebot

Die Klientinnen und Klienten erhalten die nötigen Leistungen zur richtigen Zeit am richtigen Ort. Die Angebote werden so dezentral wie möglich und so zentralisiert wie nötig erbracht und decken den ganzen Kanton ab. Der Zugang in den Regionen ist gewährleistet.

⁷² Vgl. insb. Herausforderung Sucht: Grundlagen eines zukunftsfähigen Politikansatzes für die Suchtpolitik der Schweiz, Bericht der. Eidg. Kommissionen für Alkoholfragen, für Drogenfragen und für Tabakprävention (2010); Aktionsplan MaPaDro III 2006-2011 des Bundesamts für Gesundheit BAG (2006), Nationales Programm Alkohol des BAG (2008) sowie Nationales Programm Tabak des BAG (2008).

Wirtschaftliche Organisation

Im Hinblick auf die wirtschaftliche Optimierung der Leistungserbringung werden die einzelnen Angebote besser abgestimmt und gebündelt. Doppelspurigkeiten werden vermieden, vorhandene Synergien genutzt. Die primär über das KVG finanzierten suchtmmedizinischen und die im Rahmen des Sozialhilfegesetzes SHG von Kanton und Gemeinden finanzierten psychosozialen und sozialtherapeutischen Angebote wirken sinnvoll zusammen. Die Angebote innerhalb eines Leistungsbereiches werden mit auf vergleichenden finanziellen Kennzahlen beruhenden Vorgaben gesteuert und leistungsorientiert abgegolten.

7 Strategien und Massnahmen

Die nachfolgenden Strategien und Massnahmen konkretisieren die in Kapitel 6 aufgeführten Leitsätze. Die Strategien und Massnahmen werden entlang von fünf Handlungsfeldern formuliert:

- Handlungsfeld A „Bedarfsorientiertes Angebot“
- Handlungsfeld B „Strategische Partnerschaften“
- Handlungsfeld C „Vernetzung und Kooperation“
- Handlungsfeld D „Klienten- und Patientenorientierung“
- Handlungsfeld E „Ressourcen und Qualität“

In den folgenden Abschnitten werden die fünf Handlungsfelder jeweils kurz erläutert. Für jedes Handlungsfeld werden ein bis drei strategische Stossrichtungen formuliert, die für die Suchthilfe des Kantons Bern in den nächsten Jahren wegleitend sein sollen. Auf diese strategischen Stossrichtungen bezogen sind jeweils entsprechende Massnahmen vorgesehen, welche Entwicklungen im Sinn der strategischen Stossrichtungen einleiten sollen.

7.1 Handlungsfeld A „Bedarfsorientiertes Angebot“

Im Kanton Bern existiert ein breites, vielfältiges und qualitativ hochstehendes Angebot im Bereich der Suchthilfe. Das heutige Angebot an professionellen Dienstleistungen deckt alle relevanten Bereiche ab – von der ambulanten Beratung und Therapie über Substitution, suchtmmedizinische Angebote und stationäre Sozialtherapie bis zu Angeboten der Schadensminderung sowie Wohn- und Arbeitsangebote (vgl. Kapitel 3).

Aus der 2009 durchgeführten Bedarfserhebung wurde deutlich, dass das bestehende Angebot den Bedarf – von wenigen Ausnahmen abgesehen – weitgehend abgedeckt. Handlungsbedarf wird in erster Linie darin gesehen, die einzelnen Angebote besser aufeinander abzustimmen und diese aus einer übergeordneten Sicht (Versorgungsperspektive) bedarfsorientiert und auf die effektiven Problemlasten bezogen weiterzuentwickeln.

Hier will der Kanton Bern mit der Gesundheits- und Fürsorgedirektion GEF als für die Versorgung verantwortliche Stelle – in Kooperation mit den Akteuren der Suchthilfe – eine aktive Steuerungsfunktion übernehmen. Voraussetzung für eine wirksame Steuerung ist die Weiterentwicklung der bestehenden Instrumente im Rahmen eines definierten Prozesses resp. eines Steuerungsmodells, das es erlaubt, regelmässig Soll-Ist-Vergleiche vorzunehmen und den entsprechenden Handlungsbedarf abzuleiten. Es gilt somit, Rückmeldungen aus dem „Feld“ der Suchthilfe aufzunehmen, diese mit den politisch gesetzten Schwerpunkten und den zur Verfügung stehenden Mitteln abzustimmen und so den Bedarf festzulegen.

Eine wichtige Grundlage für die Bestimmung des Bedarfs sind Erkenntnisse aus der Beobachtung der Entwicklungen, welche Suchtfachleute in ihrer täglichen Arbeit mit den betroffenen Personen sammeln: welche neuen Themen tauchen auf? Wie entwickeln sich die Problemlasten, wie die Konsummuster? Wie viele Personen sind wie betroffen?

Solche Hinweise ergeben sich direkt „vor Ort“ bei den Anbietern resp. deren Mitarbeitenden – und sie müssen auch dort abgeholt, systematisch gesammelt und – im Hinblick auf ihre Handlungs- und Steuerungsrelevanz – ausgewertet werden.

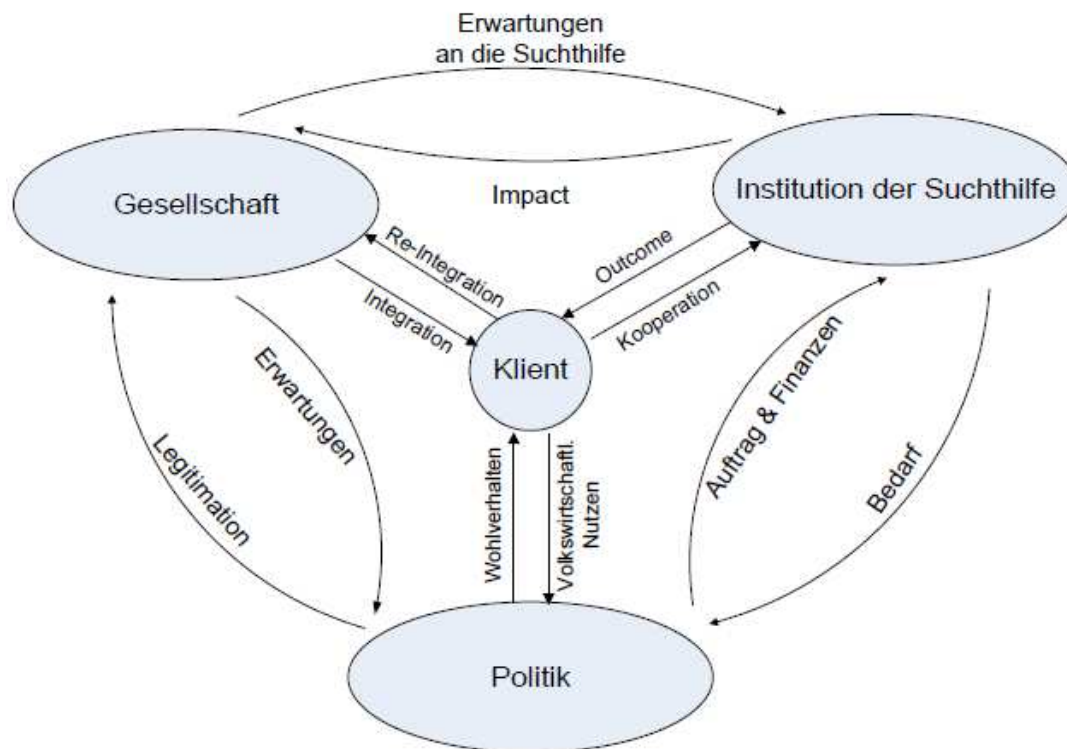
Zu berücksichtigen sind dabei auch Hinweise von Fachleuten, die nur punktuell mit Suchtbetroffenen konfrontiert sind (z.B. Hausärzte, Sozialdienste etc.).

Reportingdaten der Institutionen, aber auch Kennzahlen aus eidgenössischen Statistiken (SoMed, ACT-Info, etc.) sowie weitere Studien und Analysen, die auf nationaler Ebene oder durch andere Kantone erstellt werden, sind ebenfalls wichtige Informationsquellen.

Schliesslich ist bei der Bedarfsermittlung auch die politische Dimension zu berücksichtigen: Welche Schwerpunkte sollen aus politischer Sicht gesetzt werden? Welche Mittel stehen für die Suchthilfe zur Verfügung? Erfüllung parlamentarische Vorstösse etc.

Diese Inputs für die Bestimmung des Bedarfs müssen regelmässig erhoben und ausgewertet werden. Der Kanton benötigt dazu entsprechende Instrumente und Gefässe. Dieser zirkuläre

Prozess, der als Prozessablauf festgehalten werden soll, ist rollend bzw. periodisch zu durchlaufen. Der Bedarf wird von den Institutionen und Leistungserbringern angemeldet. Der Kanton definiert das Mengengerüst jeder Leistung und die zuständigen Leistungserbringer.



Strategische Stossrichtung „Steuerung im Dialog“

Der Kanton Bern stellt durch gezielte Steuerung ein bedarfsgerechtes Angebot im Bereich der Suchthilfe sicher. Dabei orientiert sich der Kanton an den Problemlasten – sowohl in Bezug auf die Gruppe der Personen mit einem problematischen Suchtverhalten wie auch in Bezug auf die Auswirkungen auf die Gesellschaft.

Massnahme A1: Weiterentwicklung, bzw. Optimierung des Steuerungskreislaufes im Hinblick auf die bedarfsorientierte Steuerung des Angebots. Dieser könnte wie folgt ablaufen:

- Vergleich Soll-Ist, insbesondere anhand von Einschätzungen der regionalen Plattformen (vgl. Handlungsfeld C), von Reportingdaten der Institutionen, Kennzahlen und allenfalls weiteren Studien und Analysen (GEF, regionale Plattformen)
- politische Wertung, Festlegen der Schwerpunkte im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel (GEF, unter Einbezug kantonale Plattform)
- Entwurf „Angebotsprogramm Suchthilfe Kanton Bern“ (GEF); Abstimmung auf die Schwerpunkteplanung des Bereiches Gesundheitsförderung / Prävention
- Validierung des Angebotsprogramms durch Dialogveranstaltung („kantonale Plattform“)
- Formulierung des definitiven Angebotsprogramms (GEF)
- Abschluss von Leistungsverträgen mit strategischen Partnern
- Umsetzung im Rahmen der Leistungsverträge (Institutionen/GEF) oder im Rahmen anderer Steuerungsinstrumente
- Auswertung und Anpassung/erneuter Vergleich Soll/Ist – unter Einbezug der Einschätzung der Bedarfsentwicklung (GEF/regionale Plattformen).

In diesem Rahmen: Überprüfen der bestehenden Reportings im Hinblick auf Anpassungsbedarf bezüglich Beiträgen für den Steuerungskreislauf „Suchthilfe“. In den Leistungsverträgen sind Daten, welche die Orientierung am Behandlungspfad belegen, noch deutlicher zu verankern.

Massnahme A2: Schaffung eines kantonalen Fachgremiums „Kantonale Plattform“ mit Vertretungen der strategischen Partner (vgl. Handlungsfeld B), der regionalen Plattformen (vgl. Handlungsfeld C) sowie weiterer ausgewählter Akteure (Polizei, Justiz, BAG). Als bereits bestehendes Gremium übernimmt die Kommission für Gesundheitsförderung und Suchtfragen (SUGEKO) die Funktion der Kantonalen Plattform. Der Auftrag und die Zusammensetzung der SUGEKO werden im Hinblick auf die Zielsetzungen und Aufgaben der Kantonalen Plattform angepasst.

Aufgaben der „kantonalen Plattform“ (ca. 2 Sitzungen pro Jahre) sind insbesondere:

- Austausch über aktuelle Entwicklung (fachlich, politisch, finanziell)
- Einschätzung Bedarfsentwicklung, Soll-Ist-Vergleich, Schwerpunkte/ Handlungsbedarf
- Geplante neue Aktivitäten/Projekte der strategischen Partner gesamtkantonal und in den Regionen (Vorstellung und Diskussion von Konzepten)
- Validierung/Rückmeldungen zu Angebotsprogramm des Kantons

Strategische Stossrichtung „Innovation“

Der Kanton fördert Projekte mit innovativem Charakter, die Lösungen für neue Problemsituationen aufzeigen können. Aufgrund der im Rahmen der Massnahme A1 künftig durchgeführten Bedarfsanalyse (Vergleich Ist-Soll) ergeben sich Hinweise zum Entwicklungsbedarf. Die aktuelle Bedarfsanalyse zeigt einen Entwicklungsbedarf insbesondere in den Bereichen Früherkennung und –intervention sowie in Bezug auf langfristig ausgerichtete Lösungen für chronisch Suchtabhängige (inkl. ältere Personen mit Pflegebedarf).

Massnahme A3: Entwicklung eines spezifischen Innovationskonzeptes für neue, dem Entwicklungsbedarf entsprechende Projekte. Das Konzept hält fest, unter welchen Rahmenbedingungen und gemäss welchen Prüfkriterien innovative Projekte finanziert werden. Die Finanzierung innovativer Projekte erfolgt kostenneutral im Rahmen des bestehenden Staatsbudgets über einen zu schaffenden Innovationsfonds. Die Äufnung des Innovationsfonds erfolgt über die Reduktion des Budgets der bestehenden Angebote.

7.2 Handlungsfeld B „Strategische Partnerschaften“

Die vielfältige Suchthilfe-Landschaft des Kantons Bern ist historisch gewachsen. Rund 25 Institutionen (Leistungsvertragspartner des Sozialamtes) bieten heute spezifische Leistungen an, die sich mehr oder weniger klar unterscheiden. Die im Zusammenhang mit dem vorliegenden Projekt durchgeführte Bedarfserhebung hat gezeigt, dass im Hinblick auf eine bessere Abstimmung der einzelnen Anbieter und ihrer Angebote ein beträchtliches Optimierungspotential vermutet wird.

Mit dem Ziel, das Gesamtsystem der Suchthilfe im Kanton Bern in diesem Sinn zu optimieren, will der Kanton die Angebote der Suchthilfe künftig in einer beschränkten Zahl von Netzwerken bündeln, die jeweils über Leistungsverträge mit entsprechenden „strategischen Partnern“ gesteuert werden. Damit wird die Abstimmung der Angebote in den einzelnen Versorgungsbereichen optimiert. Mit öffentlichen Mitteln finanzierte Parallelstrukturen sollen vermieden werden.

Strategische Partner können einzelne Anbieter oder verbindliche Kooperationen von mehreren Anbietern sein. Strategische Partner haben bestimmte Mindestanforderungen zu erfüllen (Qualität, Mindestgrösse, Angebotsschwerpunkte, regionale Zugänglichkeit). Sie sorgen im

Rahmen des Leistungsvertrages der GEF für ein differenziertes, bedarfsgerechtes Angebot und stellen in ihrem Bereich die Abstimmung des Angebots sicher.

Zur Organisation der Suchthilfe im Kanton Bern wären theoretisch unterschiedliche Strukturoptionen denkbar, insbesondere nach Leistungsbereichen, nach Regionen oder nach „Kundengruppen“ gebildete Organisationseinheiten. Für die GEF steht eine an den Leistungen der Anbieter orientierte Struktur im Vordergrund (vgl. Kapitel 3). Dafür spricht in erster Linie, dass diese Struktur eine Weiterentwicklung aus dem Bestehenden darstellt (keine vollständige Umstellung), dass sich die Resultate innerhalb der Bereiche direkt vergleichen lassen (Entwicklung einer „Lernkultur“ ist möglich) und dass die Anbieter innerhalb eines Bereiches eine „gemeinsame Sprache“ sprechen.

Mit der Organisation nach Regionen (zu kleinräumig, Frage der kritischen Grösse und der Professionalität) oder mit einer an Kundengruppen orientierten Struktur (Zielgruppen sind sehr heterogen, schwierig zu fassen und überlappen sich teilweise⁷³) wären demgegenüber erhebliche Nachteile verbunden.

Die Vergabe der strategischen Partnerschaften erfolgt im Sinn eines „kooperativen Contractings“⁷⁴. Das heisst, die Verträge werden nicht frei ausgeschrieben, sondern der Kanton setzt grundsätzlich auf die Weiterentwicklung der Kooperation mit bewährten und erfahrenen Partnern.

Eine Institution kann – auch in Kooperation mit anderen Anbietern – in mehreren Leistungsbereichen strategischer Partner sein. Die Umsetzung erfolgt nicht „top down“, sondern im Dialog mit den Akteuren in den einzelnen Leistungsbereichen. Zwischen dem Kanton Bern (verantwortliche Amtsstellen) und den Akteuren der Suchthilfe besteht ein Vertrauensverhältnis, das bewusst gepflegt und weiterentwickelt wird.

Strategische Stossrichtung „Strategische Partner in sechs Leistungsbereichen“

Der Kanton Bern strebt in den folgenden sechs Leistungsbereichen jeweils 1 - 2 strategische Partnerschaften an.

- Ambulante Beratung und Therapie
- Stationäre Sozialtherapie
- Suchtmedizin
- Substitution
- Schadensminderung
- Wohnen und Arbeit

Als strategische Partner sind einzelne Trägerschaften, aber auch verbindliche Kooperationen zwischen mehreren Anbietern möglich.

Massnahme B1: Aufbau strategischer Partnerschaften in allen sechs Leistungsbereichen 2012 – 2014/15 im Rahmen der Leistungsverträge resp. entsprechender Steuerungsinstrumente im Leistungsbereich Suchtmedizin⁷⁵. Im Leistungsbereich Wohnen und Arbeit werden zunächst nur die direkt finanzierten Anbieter einbezogen. Mittelfristig werden auch vertikale Kooperationen entlang des Behandlungspfades angestrebt.

⁷³ Vgl. auch Diskussionen im Workshops im Herbst/Winter 2010

⁷⁴ Unter „kooperativem Contracting“ werden – in Abgrenzung zum „wettbewerblichen Contracting“ – Formen des Kontraktmanagements verstanden, bei denen der Auftraggeber Leistungen nicht im Rahmen einer formalen öffentlichen Ausschreibung vergibt, sondern direkt mit ausgewählten Partnern Verträge abschliesst. Dieser Ansatz bietet sich vor allem dort an, wo die Weiterentwicklung und Pflege von eingespielten Kooperationen innerhalb eines Gesamtsystems im Vordergrund steht und das Vertrauensverhältnis zwischen Auftraggeber und Leistungserbringer als besonders wichtig erachtet wird. Vgl. dazu: Ruth Hoogland & Lester M. Salomon (2002), Purchase-of-Service Contracting, in: L.M. Salomon (Ed.), The Tools of Government. A Guide to the New Governance, Oxford/New York: Oxford University Press, S.322f.

⁷⁵ Hier bilden die Strategien und Massnahmen der Versorgungsplanung Psychiatrie 2011-2014 die Grundlage

7.3 Handlungsfeld C „Vernetzung und Kooperation“

Die Versorgungsstruktur der Suchthilfe im Kanton Bern ist aufgrund ihrer Entstehungsgeschichte stark fragmentiert. Geprägt von den jeweiligen Fachdisziplinen (Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Psychologie), unterteilt in ambulante und stationäre Angebote, aber auch in spezialisierte Versorgungsstrukturen der Suchthilfe im engeren Sinn und zahlreiche Stellen der gesundheitlichen und sozialen Grundversorgung, die punktuell mit Personen mit Suchtproblemen in Kontakt stehen (Hausärzte, Spitex, Spitäler, Sozialdienste). In den letzten Jahren sind – als Antwort auf die veränderten Problemlagen – zahlreiche Initiativen ergriffen worden, welche eine bessere Vernetzung und eine Kooperation unter den beteiligten Stellen anstreben. Der Kanton fördert die Vernetzung und Kooperation und setzt dabei die folgenden Akzente:

- Vernetzung und Kooperation unter den Suchthilfeinstitutionen: Dabei wird insbesondere die Durchlässigkeit zwischen den Versorgungsbereichen, die Kooperation zwischen den medizinisch und den psychosozial ausgerichteten Fachdisziplinen sowie eine Optimierung der Abstimmung der Angebote angestrebt und die zweckmässige Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure in der Region sichergestellt.
- Vernetzung der Akteure der Suchthilfe mit der Psychiatrie und der weiteren Grundversorgung (Hausärzte, Spitex, Spitäler, Sozialdienste). Ziel sind entsprechende Projekte und Initiativen, die auf spezifische Problemsettings abgestimmt sind.
- Vernetzung mit benachbarten, „überlappenden“ Bereichen (z.B. Polizei, Erziehungsberatung, Schulen etc.). Hier geht es vor allem um die Sensibilisierung und die Kommunikation von entsprechenden Anlauf- und Meldestellen.
- Vernetzung interkantonal / national: Der Austausch über entsprechende Instrumente und Erfahrungen aus anderen Kantonen und Ländern wird interkantonal und national aktiv gepflegt.

Strategische Stossrichtung „Regionale Plattformen“

Konkrete Vernetzungsarbeit muss „vor Ort“, auf der regionalen Ebene erfolgen. Voraussetzung dafür ist, dass Institutionen und deren Fachleute das Angebot in ihrer Region kennen und sich regelmässig über die sinnvolle Weiterentwicklung austauschen (vgl. dazu auch Handlungsfeld A „Bedarfsgerechtes Angebot“).

Massnahme C1: Aufbau von vier oder fünf „Regionalen Plattformen“ im Kanton Bern (z.B. abgestimmt auf die Verwaltungsregionen).

Aufgaben und Zielsetzungen der regionalen Plattformen:

- Diskussion des Bedarfs, Abgleich Soll-Ist, Empfehlungen zuhanden des Kantons (GEF) resp. der kantonalen Plattform (vgl. Massnahmen A1 und A2)
- Austausch / Wissensvermittlung über Angebote der Institutionen (z.B. Wissensvermittlung an die Mitarbeitenden der beteiligten Institutionen, Weiterbildungsangebote zur Verbesserung des Wissens über die Angebote in der Region)
- Impulse für Vernetzung/Kooperationen über Versorgungsbereiche hinweg

Beteiligt an den regionalen Plattformen sind Vertretungen der in der Region tätigen strategischen Partner, die regionalen psychiatrischen Dienste, kommunale Suchtverantwortliche, sowie der Kanton. Nach Möglichkeit einzubeziehen sind wichtige Partner der Grundversorgung der Region sowie Akteure der Gesundheitsförderung/Prävention.

Der Aufbau der regionalen Plattformen erfolgt unter Berücksichtigung der bereits bestehenden Vernetzungsstrukturen. Im Rahmen des Aufbaus der regionalen Plattformen werden soweit notwendig bestehende Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen in Hinblick auf Zielsetzungen, Zu-

sammensetzung und Aktivitäten analysiert und eine Übersicht über bestehende Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen erstellt.

Der Kanton stellt den Aufbau und den Betrieb der regionalen Plattformen sicher.

7.4 Handlungsfeld D „Klienten- und Patientenorientierung“

Die Angebote der Suchthilfe sind heute leicht zugänglich und dezentral organisiert, nahe bei den Problemsituationen. Dies hat sich bewährt. Für die einzelnen Anbieter steht unter den heutigen Bedingungen aber verständlicherweise oft die kurzfristig orientierte betriebswirtschaftliche Optik des Einzelbetriebs im Vordergrund (Stichwort Auslastung). Eine übergreifende, breiter angelegte und fachlich abgestützte, auf eine längerfristige Verbesserung der Situation der betroffenen Person ausgerichtete Perspektive ist heute ungenügend vorhanden. Ein professionelles Assessment, welches medizinische und psychosoziale Kompetenzen umfasst, kann alle betroffenen Personen dem für sie zum aktuellen Zeitpunkt jeweils passenden Angebot zuführen („Matching“).⁷⁶ Es wird erwartet, dass damit die Wirksamkeit optimiert und Kosten gespart werden könnten. Der niederschwellige Zugang zum System muss weiterhin sicherstellt und der Diversität der betroffenen Personen noch vermehrt Rechnung getragen werden.

Strategische Stossrichtung „Matching“

Die GEF verfügt über die nötigen Grundlagen und Fakten (insbesondere Aussagen zu Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit/Kosten und Machbarkeit), um über den allfälligen Aufbau eines flächendeckenden „Matching-Systems“ (Triage-/Indikationsmodell) im Kanton Bern zu entscheiden.

Massnahme D1: Entwicklung eines einheitlichen Abklärungsinstrumentes (Weiterentwicklung Matrix); Konzeption eines Triagemodells und Einführung im Rahmen von Pilotversuchen in drei ausgewählten Regionen; Vergleich des Triage-systems mit dem Status Quo und Entscheid über flächendeckende Implementierung des Triagemodells.

Massnahme D2: Durchführung und Auswertung des Pilotprojektes Case Management im Bereich der Schadensminderung in Kooperation mit der Stadt Bern; Evaluation und – aufgrund der Ergebnisse – gegebenenfalls Ausweitung auf weitere Gruppen resp. den Gesamtkanton.

Strategische Stossrichtung „Diversität“

Die Suchthilfeangebote im Kanton Bern tragen den besonderen Bedürfnissen der betroffenen Personen Rechnung in Bezug auf Migration, Alter und Geschlecht.

Massnahme D3: Im Leistungsvertrag mit den strategischen Partnern wird die Erstellung eines einfachen Konzepts zur Diversität festgeschrieben. Die GEF formuliert die entsprechenden Leitlinien zum Thema Diversität.

7.5 Handlungsfeld E „Ressourcen und Qualität“

Die nötigen finanziellen und personellen Ressourcen der Suchthilfe, aber auch die Ressourcen, welche in der übrigen Grundversorgung zur Verfügung stehen, bilden die zentralen Elemente, auf die ein wirksames und effizient geführtes Versorgungssystem in der Suchthilfe bauen muss. Diese Ressourcen sollen gepflegt, optimal genutzt und jeweils dort eingesetzt werden, wo sie im System den grössten Nutzen erbringen.

Die Finanzierung des Suchthilfeangebotes erfolgt heute über zwei Kanäle: zum einen gibt es die primär über SpVG/KVG finanzierten suchtmedizinischen Angebote, zum anderen die von Kanton und Gemeinden finanzierten psychosozialen und sozialtherapeutischen Angebote. Beide Angebotsbereiche wirken komplementär und leisten ihren Beitrag zur Gesamtversorgung. Die beiden Sektoren verfügen über ein je unterschiedliches Finanzierungssystem mit

⁷⁶ Ein erster Entwurf für eine entsprechende Assessment-Matrix ist im Rahmen des Projektes „Suchthilfestrategie Kanton Bern“ entwickelt worden. Vgl. Suchthilfestrategie Kanton Bern: Fachliche Ziele und Leistungen; Schlussbericht vom 1. März 2011

jeweils ungleichen Bedingungen und Leistungen. Dies ist insbesondere im Bereich der stationären Therapie feststellbar, wo der KVG-finanzierte suchtmmedizinische Bereich über mehr Spielräume verfügt. Da sich die Finanzierung an historisch gewachsenen, primär aufgrund der Abgrenzung von legalen und illegalen Suchtformen zu Stande gekommenen Grenzziehungen orientiert, die heute je länger je mehr obsolet werden (Stichwort „Mischkonsum“), ergeben sich daraus Ungleichbehandlungen und falsche Anreize. Die optimale, fachlich begründete Zuweisung von betroffenen Personen zu einem passenden Angebot wird durch die bestehenden Finanzierungsstrukturen behindert.

Im Weiteren gilt es, die Ressourcen der Grundversorgung, insbesondere von Psychiatrie, Spitex sowie Haus- und Spitalärztinnen und -ärzte im Hinblick auf den Umgang mit suchtspezifischen Problemsituationen gezielt zu stärken und zu unterstützen. Damit lassen sich Probleme frühzeitig erkennen und geeignete Interventionen einleiten, was sich direkt auf die Kosten auswirkt.

Strategische Stossrichtung „Finanzierungssystem“

Das bestehende Finanzierungssystem wird analysiert und hinsichtlich einer fachlich begründeten Zuweisung zum medizinischen Bereich (Finanzierung primär über SpVG und KVG) resp. zum sozialtherapeutischen Bereich (Finanzierung über Kanton und Gemeinden/ Lastenausgleich) auf Optimierungsmöglichkeiten geprüft. Idealerweise erfolgt die Zuteilung zu einem der beiden Finanzierungskanäle aufgrund fachlicher Kriterien und nicht aufgrund des rechtlichen Status der Suchtform.

Damit wird auch die Kooperation zwischen medizinischen und sozialtherapeutischen Angeboten verbessert resp. die beiden Versorgungsbereiche näher aneinander geführt. Da es sich bei dieser Frage um ein Problem mit gesamtschweizerischer Relevanz handelt, sucht der Kanton eine Lösung im Rahmen der bestehenden interkantonalen Strukturen.

Massnahme E1: Durchführung einer Situationsanalyse der Finanzierungsstrukturen im Bereich der Suchthilfe mit besonderem Fokus auf die Unterschiede zwischen dem medizinischen Bereich (Finanzierung über KVG und Spitalfinanzierung) und dem sozialtherapeutischen Bereich (Finanzierung durch Kanton und Gemeinden). Klärung der Optimierungsmöglichkeiten in Richtung einer Finanzierungsstruktur, die sich an fachlich begründeten, optimalen Behandlungen/Interventionen orientiert und nicht an den Suchtformen.

Für das Projekt wird die Kooperation mit anderen interessierten Kantonen gesucht.

Das bestehende Finanzierungssystem weist im Bezug auf die Leistungsvertragspartner Unterschiede der Abgeltungsmodalitäten auf. Die Abgeltung der stationären Einrichtungen erfolgt leistungsorientiert während Einrichtungen der psychosozialen Beratung/ Therapie im Rahmen eines Globalbudgets (nicht leistungsorientiert) abgegolten werden.

Massnahme E2: Die Angleichung der Finanzierungsmodalitäten der Leistungsvertragspartner wird angestrebt. Die Zielsetzung liegt darin, in allen Versorgungsbereichen die leistungsorientierte Abgeltung einzuführen.

Strategische Stossrichtung „Unterstützung der Grundversorgung in Suchtfragen“

Es gibt praxisnahe und leicht zugängliche Unterstützungsangebote für die Grundversorgung, insbesondere Haus- und Spitalärzte. Diese werden für Suchtfragen sensibilisiert und befähigt, Suchtprobleme ihrer Patientinnen und Patienten besser zu erkennen. Zudem erhalten sie die nötige Unterstützung für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Suchtproblemen.

Massnahme E3: Aufbau des Projektes „FOSUM“ Nordwestschweiz zur Unterstützung der medizinischen Grundversorger (Haus- und Spitalärztinnen und -ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater).

Dieses umfasst hauptsächlich zwei Elemente:

- FOSUM ist bei der IG Netzwerk Praxis Suchtmedizin vertreten und profitiert damit von diesem gesamtschweizerischen Projekt: Die im Rahmen dieses Projekts betriebene dreisprachige Website (www.praxis-suchtmedizin.ch) bietet mit dem Online-Handbuch konkrete Handlungsanleitungen zur Früherkennung und Behandlung von Personen mit problematischem Konsum oder Abhängigkeit von verschiedenen Substanzen. Ebenfalls angeboten wird ein E-Mail-Auskunftsdienst zur Beantwortung von suchtmmedizinischen Fragen.
- In Anlehnung an das bereits in der Ostschweiz bestehende Netzwerk (Forum Suchtmedizin Ostschweiz FOSUMOS) werden im Kanton Bern im Rahmen von FOSUM ebenfalls regionale Gesprächsgruppen aufgebaut (z.B. Besprechung von Fallbeispielen, Inputreferate zu suchtmmedizinischen Themen). Synergien zwischen den regionalen Gesprächsgruppen FOSUM und den regionalen Plattformen werden nach Möglichkeit genutzt.

Massnahme E4: Entwicklung eines Projektes zur Unterstützung der SPITEX mit folgenden inhaltlichen Stossrichtungen:

- Entwicklung und Durchführung eines Weiterbildungsprogramms zu suchtspezifischen Themen mit dem Ziel des Aufbaus und der Weiterentwicklung von suchtspezifischen Kompetenzen der SPITEX-Mitarbeitenden.
- Entwicklung und Umsetzung eines Konzeptes für Coaching von SPITEX-Mitarbeitenden bei suchtspezifischen Fragen in der alltäglichen Pfllegetätigkeit.

8 Umsetzung

Die Massnahmen werden in einem nächsten Schritt weiter konkretisiert. Im Hinblick auf die Umsetzung werden dazu für jede Massnahme Ausgangslage, Zielsetzung, beteiligte Stellen und Federführung, geplantes Vorgehen, Zeitplan mit Meilensteinen sowie Kosten und Finanzierung dargestellt.

Die Umsetzung der Massnahmen erfolgt schrittweise innerhalb des Zeitraums von 2012 bis 2015. Sie soll kostenneutral erfolgen.

9 Antrag an den Grossen Rat

Der Regierungsrat beantragt dem Grossen Rat, vom Bericht Kenntnis zu nehmen.

Bern, 21. Dezember 2011 / RRB 2191

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident: Pulver

Der Staatsschreiber: Nuspliger