

**Gesundheits-
und Fürsorgedirektion
des Kantons Bern**

**Direction de la santé
publique et de la
prévoyance sociale
du canton de Berne**

Abteilung für wissen-
schaftliche Auswertung

Division d'évaluation
scientifique



Erfolgskontrolle der therapeutischen Wohn- gemeinschaften der Suchthilfe des Kantons Bern

Bern, Dezember 2000

DIE ERFOLGSKONTROLLE IN KÜRZE

1 Einleitung

Untersuchungen über die Frage der Entwicklung der Inzidenz und Prävalenz der Drogenabhängigen in der Schweiz kommen zum Ergebnis, dass nach einer längeren Zeit der Zunahme seit etwa 1990 eine Stabilisierung der regelmässig konsumierenden Personen zu verzeichnen ist. Die Prävalenz der Abhängigkeit von sogenannten harten Drogen beträgt seither etwa 30'000 Personen. Gemäss der Vier-Säulen-Politik des Bundes gehen Bund und Kantone in der Schweiz mit folgenden Massnahmen gegen den Betäubungsmittelmissbrauch vor: Repression, Prävention, abstinenzorientierte Therapie sowie Überlebenshilfe / Schadensminderung für schwer abhängige KonsumentInnen (Bundesamt für Gesundheit, 1994). Die Kantone sind gesetzlich verpflichtet, das Angebot für die stationäre Therapie zu sichern. Der Kanton Bern stellt zur Zeit 197 der gesamtschweizerisch etwa 1500 Betten (Stand 2000).

Der Kanton leistet keine Betriebsbeiträge an die therapeutischen Gemeinschaften der Suchthilfe. Alle Wohngemeinschaften des Kantons und zahlreiche ausserhalb erhalten hingegen beträchtliche indirekte Kantonsbeiträge in der Form von Taggeldern, an denen der Kanton über den Lastenausgleich Fürsorge finanziell beteiligt ist. Gegenstand dieser Erfolgskontrolle sind alle abstinenzorientierten therapeutischen Wohngemeinschaften, welche über eine kantonale Betriebsbewilligung verfügen. Für eine genauere Definition und Abgrenzung des Untersuchungsgegenstands wird auf Kapitel 2.1 des vorliegenden Berichts verwiesen.

Die Beurteilung des Angebots, Wirksamkeit und Effizienz stützt sich auf eine Untersuchung, welche im Jahr 1998 durch das Institut für Suchtforschung, Zürich (ISF) im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion durchgeführt wurde. Seit der Datenauswertung durch das ISF sind bereits zwei Jahre verstrichen, was normalerweise bei der Beurteilung eines Versorgungssystems kein grundlegendes Problem darstellt. In diesem Fall befindet sich dieses System aber so stark in Veränderung, dass bereits viele der beurteilten Institutionen nicht mehr existieren oder heute ein ganz anderes Klientel betreuen. Es wurden deshalb diejenigen allgemeinen Schlussfolgerungen des ISF für diesen Bericht berücksichtigt, welche auch heute noch für diese Erfolgskontrolle bedeutsam sind.

Durch die AWA wurde zusätzlich die Belegungsstatistik der Gesundheits- und Fürsorgedirektion von 1995 bis 1999 ausgewertet, um Informationen zur Beantwortung der Bedarfsgerechtigkeit des Angebots zu erhalten. Schliesslich wurden durch die AWA Interviews mit den kantonalen Verantwortlichen zum Vollzug durchgeführt, welche zur Beantwortung der Fragen zum Finanzierungssystem und der kantonalen Mechanismen zur Steuerung und Kontrolle des Angebots dienen sollen.

Die Fragestellungen gliedern sich nach den in der ERKOS-Philosophie vorgegebenen Bereichen Vollzug, Wirksamkeit, Effizienz und Vorteilhaftigkeit.

2 Ergebnisse

Im Folgenden werden zuerst die einzelnen Fragestellungen der Erfolgskontrolle und jeweils anschliessend eine Zusammenfassung der Ergebnisse zur Beantwortung dieser Fragen vorgestellt. Für eine wissenschaftlich fundierte Beurteilung dieser Fragen fehlten z.T. wichtige Informationen. Diese konnten im Rahmen einer Grobuntersuchung nicht erarbeitet werden. Die Datenlage lässt dennoch eine mit Vorsicht durchgeführte Beurteilung zu.

Vollzug:

1. *Welches Angebot an stationären Therapieplätzen besteht heute im Kanton Bern und wie kann dieses Angebot auf dem Hintergrund der neueren Erkenntnisse in bezug auf seine Bedarfsgerechtigkeit beurteilt werden?*

Das Angebot der Berner Einrichtungen ist breit und umfassend. Die Bettenzahl hat sich in den letzten 4 Jahren um gut 35% auf heute rund 197 Plätze reduziert (Stand 2000). Es scheint, dass diese Verringerung der Bettenzahl einer Reduktion des Bedarfs im Kanton Bern entspricht. Neben gemeinsamen Schwerpunkten diversifizieren sich die Einrichtungen entsprechend den heute gültigen Empfehlungen auf verschiedene spezielle Zielgruppen. Die vorliegenden Daten weisen auf einen zusätzlichen Bedarf an geschlechterspezifischen Angeboten oder entsprechenden Kompetenzen des Betreuungs- und Therapiepersonals sowie an Übergangseinrichtungen hin. Diese Annahme müsste allerdings aufgrund einer vertiefteren Bedarfsabklärung noch bestätigt werden.

2. *Wie ist die Strukturqualität dieser Institutionen im Vergleich zum gesamtschweizerischen Angebot zu beurteilen? Entspricht die Strukturqualität den kantonalen Vorgaben und anderen heute massgeblichen Richtlinien?*

Zur Beantwortung dieser Frage wurden die Richtlinien der Konferenz der kantonalen Suchtbeauftragten (KKBS) hinzugezogen. Die grosse Mehrheit der Berner Einrichtungen entspricht den untersuchten Punkten der Richtlinien der KKBS. Einzelne nicht erfüllte Punkte sollten von den entsprechenden Einrichtungen in der Regel ohne grösseren Aufwand erfüllt werden können. Es konnten keine gravierenden Strukturdefizite bei den untersuchten Einrichtungen gefunden werden. Die Strukturqualität entspricht ebenfalls dem Standard der übrigen Schweizer Institutionen.

3. *Wie werden die therapeutischen Institutionen finanziert? Welche Vor- und Nachteile hat das heutige Finanzierungssystem?*

Es handelt sich um eine historisch gewachsene, äusserst komplexe Mischfinanzierung, wobei die verschiedenen Träger (Bund, Kanton, Gemeinden und Private) teilweise unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen und so auch unterschiedliche Anreize schaffen. Die Abgeltung der Kosten erfolgt zudem je nach Trägerschaft mit erheblichen Verzögerungen, was die Planung und Budgetierung für die Institutionen erschwert. Einzelne Institutionen werden gemäss einem Splitting-Verfahren vorfinanziert. Dieses System wird von den Fachpersonen der Gesundheits-

und Fürsorgedirektion als dem heutigem Kenntnisstand nicht mehr adäquates Finanzierungs- und Steuerungssystem bezeichnet.

Die momentan herrschende finanzielle Krise der Institutionen im Zusammenhang mit der veränderten Definition der IV-Bezugsberechtigung des Bundesamtes für Sozialversicherungen, führt dazu dass immer wieder kurzfristige Übergangslösungen gefunden werden müssen, was eine starke Belastung für alle Betroffenen darstellt.

Der im Kanton Bern praktizierte Lastenausgleich in der Sozialhilfe zwischen Kantonen und Gemeinden ist andererseits ein wichtiger Faktor zur Unterstützung der Gleichbehandlung der KlientInnen unabhängig vom Wohnort und zur Verhinderung von übermässiger Belastung von betroffenen kleinen Gemeinden.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion ist aktiv beteiligt an der Ausarbeitung eines neuen gesamtschweizerisch gültigen Finanzierungssystems der stationären Drogenrehabilitation, welche die oben kritisierten Schwachpunkte des heutigen Systems weitgehend beheben sollte.

4. *Welche Mechanismen zur Steuerung und Kontrolle des Angebots und der Ausgaben kennt die Gesundheits- und Fürsorgedirektion?*

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion kann über das Instrument der Betriebsbewilligung das kantonale Angebot und die Qualität des Angebots bis zu einem gewissen Grad steuern. Die kantonalen Ausgaben sind hingegen wenig transparent und können auch nur schwach beeinflusst werden (z.B. durch Taggeldplafonierungen). Der grösste Teil der kantonalen Ausgaben wird über den Lastenausgleich der individuellen Sozialhilfe ausgelöst, so dass keine Kontrolle darüber besteht, wieviel und auf welche Weise diese Gelder eingesetzt wurden. Innerhalb des geplanten neuen Finanzierungssystems würde diese Schwäche behoben.

Wirkung:

5. *Welche Leistungen nach Art und Umfang erbringen die Institutionen?*

Die kantonalen Institutionen haben im Jahr 1999 rund 60'000 Pflgetage für abhängige KlientInnen geleistet, wobei jeweils die Hälfte dieser Tage auf Berner und die Hälfte auf ausserkantonale KlientInnen fallen. Damit hat sich das Verhältnis von kantonalen zu ausserkantonalen KlientInnen in den letzten 5 Jahren stark verändert: es werden heute deutlich weniger ausserkantonale KlientInnen betreut, was aus finanziellen Gründen positiv zu werten ist. Die mittlere Aufenthaltsdauer bei den untersuchten Institutionen betrug knapp 8 Monate, was unter dem gesamtschweizerischen Mittel liegt (dieses Ergebnis kann allerdings nicht als repräsentativ gelten, da die Stichprobe auf einer freiwilligen Selektion beruht). Diese kürzere Therapiedauer entspricht den Konzepten der Berner Institutionen.

6. *Lässt sich eine Wirkung durch die Therapieaufenthalte wissenschaftlich nachweisen? Inwiefern werden die angestrebten Ziele erreicht?*

Die Wirkung von stationären Langzeittherapien in der Schweiz ist wissenschaftlich belegt. Die Art des Austritts sowie die Dauer der Therapie scheinen wichtige Faktoren für den Therapieerfolg zu sein. Die beobachtete Aufenthaltsdauer war bei den im Kanton Bern erfassten Institutionen kürzer als in der gesamtschweizerischen Stichprobe. Dies ist im Hinblick auf die Fallkosten und damit dem kantonalen Aufwand ein erfreuliches Ergebnis. Allerdings muss abgeklärt werden, ob diese kürzere Therapiedauer nicht die Wirkung der Therapie beeinträchtigt. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion hat dem Institut für Suchtforschung einen Auftrag zur Überprüfung der Wirksamkeit der Therapie in den kantonalen Institutionen vergeben. Die Studie wird von 2001 – 2004 dauern (Uchtenhagen, 2000).

Effizienz:

7. *Zeigen sich Unterschiede in bezug auf die Effizienz der Institutionen? Wie effizient arbeiten die Berner Institutionen im Vergleich zu den ausserkantonalen Institutionen?*

Die Auslastung der Institutionen kann im Schnitt der Jahre 1996–1999 als befriedigend bezeichnet werden. Dieser Kennwert variiert sehr stark zwischen den verschiedenen Institutionen. Die fünf Institutionen mit der tiefsten Auslastung haben im Verlauf der beobachteten Zeitperiode alle den Betrieb eingestellt oder sich auf eine neue Zielgruppe spezialisiert. Die im Jahr 1998 erfassten Tagespauschalen der Berner Institutionen sind bei vergleichbarem therapeutischem Angebot im Schnitt leicht höher als der mittlere Wert in der gesamten Schweiz. Der Mittelwert der Tagespauschalen ist seit 1998 - 2000 stabil geblieben. Im Jahr 1998 zeigten sich bei dieser Kennzahl noch erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Institutionen. In der Zwischenzeit haben sich diese Differenzen stark angeglichen, da Institutionen mit deutlich tieferer Taggeldpauschale und diejenige Institution mit der höchsten Pauschale ihren Betrieb eingestellt oder das Klientel geändert haben. Alle Berner Institutionen bieten ein breites und qualitativ hochstehendes Angebot.

Zur Vorteilhaftigkeit des Staatsbeitrags:

8. *Wie wird die Vorteilhaftigkeit des Staatsbeitrag beurteilt?*

Die abstinentenorientierte Therapie ist ein unverzichtbares Element im Vier-Säulen-Modell der schweizerischen Drogenpolitik. Sie ist ein wirksames Instrument zur Reduktion des Betäubungsmittelmissbrauchs und zur sozialen und beruflichen Integration von Drogenabhängigen durch Rehabilitation. Die meisten der Abhängigen belasten auch ohne Therapie die öffentliche Hand massiv (Abhängigkeit von der Fürsorge, medizinische Kosten, Folgekosten der Beschaffungskriminalität, Ausgaben für Repression, Belastung der Städte durch offenen Szenen, etc.). Die noch vor fünf Jahren bestehende Überkapazität an Plätzen im Kanton Bern ist deutlich zurückgegangen und gleichzeitig ist der Anteil an ausserkantonalen KlientInnen um die Hälfte reduziert worden, was die Quersubventionierung von anderen Kantonen verringert hat. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion ist seit längerer Zeit in der Verbesserung des Vollzugs, der Wirksamkeit und der Effizienz dieses Staatsbeitrags engagiert. Die Bereitstellung von medizinischer und psychosozialer Hilfe für abhängige Menschen muss schliesslich auch als ethische Notwendigkeit staatlichen Handelns betrachtet werden. Die Vorteilhaftigkeit des Staatsbeitrags wird deshalb insgesamt als positiv beurteilt.

3 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

1. Die im Bericht erwähnten kritischen Aspekte der Steuerung und Kontrolle des Angebots sowie des Finanzierungssystems sollten mit hoher Priorität angegangen werden. Diese Arbeit sollte wie bis anhin im Rahmen der gesamtschweizerischen Projekte vorangetrieben werden.
2. Gleichzeitig ist darauf zu achten, dass mit dem neuen Finanzierungssystem der Lastenausgleich zwischen den Kantonen geregelt wird.
3. Es wird empfohlen, weiterhin dafür zu sorgen, dass bereits bestehende bedarfsgerechte und wirksame therapeutische Angebote nicht aus Gründen der unsicheren Finanzierung geschlossen werden müssen. Neben einem Verlust an Kompetenzen und Ressourcen ist ein späterer Wiederaufbau dieser Institutionen auch mit mehr finanziellem Aufwand verbunden.
4. Eine rasche Realisierung einer gesamtschweizerischen Lösung der Finanzierung ist deshalb dringend notwendig.

5. Falls der im Jahr 1998 festgestellte Mehrbedarf an geschlechtsspezifischen Angeboten und Kompetenzen in den Institutionen der Suchthilfe sowie an Einrichtungen für die Übergangsphase zwischen Entzug und Therapie immer noch besteht, sollten entsprechende Aufträge in die zukünftigen Leistungsvereinbarungen mit den Institutionen einfließen.
6. Im Hinblick auf die Leistungen und die Qualität der Angebote der einzelnen therapeutischen Institutionen ergibt sich aus der vorliegenden Studie kein unmittelbarer Handlungsbedarf.
7. Mittelfristig sollte die Erfüllung von minimalen Richtlinien (der Konferenz der kantonalen Suchtbeauftragten oder eines anderen verbindlichen Systems) bei allen Institutionen durchgesetzt werden.

RESUME DU CONTROLE DES RESULTATS

1. Introduction

Les enquêtes sur la question de l'évolution de l'incidence et de la prévalence de la toxicomanie en Suisse mettent en évidence dès 1990 une stabilisation du nombre de personnes consommant régulièrement des stupéfiants, après une longue période de hausse continue. Depuis, la prévalence de la dépendance aux drogues dites dures équivaut à environ 30 000 personnes. Conformément à la politique des quatre piliers, la Confédération et les cantons appliquent les mesures suivantes pour lutter contre l'abus de stupéfiants: répression, prévention, thérapie axée sur l'abstinence et aide à la survie/réduction des risques pour les personnes gravement dépendantes (Office fédéral de la santé publique, 1994). La loi prescrit aux cantons d'offrir des thérapies en mode résidentiel. La Suisse compte au total 1500 lits, dont 197 dans le canton de Berne (état: 2000).

Les communautés thérapeutiques bernoises s'occupant de toxicomanes ne reçoivent pas de subvention d'exploitation de l'Etat. En revanche, toutes ces institutions ainsi que plusieurs autres situées hors du canton bénéficient de contributions indirectes importantes sous forme d'indemnités journalières, auxquelles le canton participe par le biais de la répartition des charges sociales. Le présent contrôle des résultats porte sur toutes les communautés thérapeutiques axées sur l'abstinence qui possèdent une autorisation d'exploiter délivrée par le canton. L'objet et les limites de l'analyse sont décrits plus en détails au chapitre 2.1. du rapport.

L'appréciation de l'offre, de l'efficacité et de l'efficience s'appuie sur une étude réalisée en 1998 par l'Institut für Suchtforschung de Zurich (ISF), sur mandat de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP). Deux années se sont déjà écoulées depuis que les données ont été exploitées par l'ISF, délai qui n'empêcherait pas en principe de procéder à une évaluation du système d'assistance. Cependant, dans le cas présent, le système change si vite que plusieurs des institutions figurant dans l'étude n'existent plus aujourd'hui ou prennent en charge une clientèle toute différente. Pour cette raison, seules les conclusions de l'ISF encore valables vu la situation actuelle ont été prises en compte dans le rapport. La Division d'évaluation scientifique (DES) a également exploité la statistique de la SAP sur le taux d'occupation des institutions entre 1995 et 1999, afin de répondre à la question de l'adéquation des prestations aux besoins. Enfin, la DES a organisé des entretiens avec les responsables cantonaux en charge de l'exécution, afin de répondre aux questions portant sur le système de financement et les mécanismes de pilotage et de contrôle de l'offre au niveau cantonal.

Les problèmes ont été abordés selon les critères prescrits par la méthode des contrôles des résultats: exécution, efficacité, efficience et profitabilité.

2. Résultats

Les différentes questions analysées dans le contrôle des résultats sont reportées ci-dessous, chacune suivie d'un résumé des conclusions obtenues. Pour une approche scientifique fondée, il aurait fallu traiter davantage d'informations, ce qui n'a pas été possible dans le cadre de cette analyse sommaire. Néanmoins, en prenant les précautions nécessaires, les données disponibles permettent de réaliser une évaluation.

Exécution

1. *Quel est le nombre de places de thérapie résidentielle offertes dans le canton de Berne et sont-elles conformes aux besoins compte tenu des évolutions récentes dans ce domaine?*

Les institutions bernoises couvrent une large palette de prestations. Au cours des quatre dernières années, le nombre de lits a baissé de 35 pour cent (197 places; état: 2000). Il semble que cette réduction de l'offre corresponde à une diminution des besoins dans le canton de Berne. Outre certains éléments de base communs, les institutions diversifient leur offre en ciblant des groupes de clientèle particuliers, comme le veulent les recommandations actuelles. Les données disponibles montrent qu'il serait nécessaire d'offrir des prestations supplémentaires différenciées pour les deux sexes ou de former le personnel d'encadrement et les thérapeutes dans ce domaine et de proposer davantage d'établissements de transit. Il faudrait toutefois effectuer une analyse approfondie des besoins pour le confirmer.

2. *Où se situent les institutions bernoises au niveau de la qualité des structures par rapport au reste de la Suisse? La qualité des structures est-elle conforme aux prescriptions cantonales et aux autres directives en vigueur?*

Cet aspect a été examiné en se référant aux directives de la Conférence des délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanies (CDCT). Il apparaît que la majorité des institutions bernoises respectent les points des directives qui ont été examinés. En outre, les établissements qui ne satisfont pas à certaines exigences devraient pouvoir y remédier sans trop d'efforts. Aucune lacune grave n'a donc été enregistrée au niveau structurel. La qualité des structures se situe au même niveau que celle des autres institutions de Suisse.

3. *Comment les institutions thérapeutiques sont-elles financées? Quels sont les avantages et inconvénients du système actuel?*

Il s'agit d'un système de financement de type mixte, extrêmement complexe, dans lequel les différents bailleurs de fonds (Confédération, canton, communes et sources privées) poursuivent

parfois des buts différents et créent donc des mouvements contradictoires. Selon l'organe responsable, les coûts peuvent être rétribués avec un retard considérable, ce qui complique les opérations de planification et de budgétisation. Certaines institutions sont préfinancées selon une procédure de splitting, système de financement et de pilotage jugé dépassé par les spécialistes de la SAP au vu des connaissances actuelles.

La crise financière provoquée par la nouvelle définition du droit aux prestations AI donnée par l'Office des assurances sociales nécessite la mise en place continue de solutions transitoires à court terme, situation qui se révèle pénible pour toutes les personnes concernées.

Le système de répartition des charges entre le canton et les communes appliqué pour l'aide sociale contribue à mettre tous les clients sur un pied d'égalité (pas de distinction en fonction du domicile) et évite d'imposer aux petites communes des charges proportionnellement trop lourdes.

La SAP participe activement à l'élaboration d'un nouveau système de financement valable dans toute la Suisse pour les institutions résidentielles d'aide aux toxicomanes, système qui devrait permettre de remédier dans une large mesure aux points faibles évoqués plus haut.

4. *Quels sont les mécanismes de pilotage et de contrôle de l'offre et des dépenses appliqués par la SAP?*

La SAP peut dans une certaine mesure piloter l'offre au niveau cantonal ainsi que la qualité des prestations au moyen de l'instrument que représente l'autorisation d'exploiter. Par contre, la situation est peu transparente au niveau des dépenses, sur lesquelles seule une faible influence peut être exercée (p.ex. plafonnement des indemnités journalières). La plupart des dépenses cantonales sont portées à la répartition des charges pour l'aide sociale individuelle, si bien qu'il est impossible de contrôler le montant des fonds engagés et leur utilisation. Cette lacune devrait être comblée par le nouveau système de financement.

Efficacité

5. *Quelles sont les prestations fournies par les institutions (nature et quantité)?*

En 1999, les institutions bernoises ont fourni près de 60 000 journées de soins en faveur de personnes toxicodépendantes, qui se répartissent à parts égales entre clients bernois et extracantonaux. Le rapport entre le nombre de clients bernois et le nombre de personnes en provenance d'un autre canton a fortement évolué au cours des cinq dernières années: les institutions accueillent aujourd'hui nettement moins de clients extracantonaux, ce qui a des conséquences positives du point de vue financier. La durée de séjour moyenne est de tout juste 8 mois et donc inférieure à la moyenne suisse (ce résultat ne peut toutefois pas être considéré comme représentatif, car il se fonde sur un échantillon d'institutions sélectionnées sur une base

volontaire). Cette durée de thérapie plus courte correspond au programme d'exploitation des institutions bernoises.

6. *L'efficacité des séjours thérapeutiques peut-elle être mesurée scientifiquement? Dans quelle mesure les objectifs fixés sont-ils atteints?*

L'efficacité des thérapies résidentielles en Suisse est prouvée scientifiquement. Les modalités de sortie ainsi que la durée du traitement semblent être des facteurs importants pour le succès de la thérapie. Dans les institutions bernoises examinées, la durée de séjour est plus courte que dans les établissements compris dans l'échantillon national. Financièrement parlant (coûts par cas et charges cantonales), ce résultat est réjouissant. Toutefois, il convient de vérifier que cette durée de séjour réduite ne se répercute pas négativement sur l'efficacité de la thérapie. Pour ce faire, la SAP a chargé l'ISF d'examiner l'efficacité des thérapies dans les institutions cantonales. Cette étude devrait être réalisée entre 2001 et 2004 (Uchtenhagen, 2000).

Efficienne

7. *L'efficienne varie-t-elle entre les institutions? Quelle est l'efficienne des institutions bernoises par rapport au reste de la Suisse?*

Pour la période 1996 – 1999, le taux d'occupation des institutions peut être considéré comme satisfaisant. Toutefois, cette valeur de référence varie beaucoup d'un établissement à l'autre. A noter que les cinq institutions ayant le taux le plus faible ont toutes fermé leurs portes dans le courant de la période sous revue ou ont réorienté leur offre vers un nouveau groupe cible. Les forfaits journaliers facturés par les institutions bernoises en 1998 sont légèrement supérieurs à la moyenne suisse calculée pour des prestations thérapeutiques comparables. La moyenne bernoise est restée stable entre 1998 et 2000. Si les différences étaient encore grandes entre les institutions lors de la saisie 1998, la situation s'est améliorée depuis, car les établissements dont les forfaits étaient nettement plus bas ainsi que celles ayant les forfaits les plus élevés ont depuis soit cessé leur exploitation, soit changé de groupe cible. Toutes les institutions bernoises offrent une large palette de prestations de qualité.

Profitabilité

8. *Quelle est la profitabilité de la subvention cantonale?*

La thérapie axée sur l'abstinence est un élément indispensable du modèle des quatre piliers caractérisant la politique suisse en matière de drogue. Elle constitue un instrument efficace permettant de réduire l'abus de stupéfiants et de favoriser l'insertion sociale et professionnelle des personnes toxicodépendantes au moyen de la réadaptation. Sans recours à la thérapie, les

toxicomanes grèvent de toute manière lourdement la facture des pouvoirs publics (aide sociale, frais médicaux, coûts de la criminalité d'approvisionnement, financement des mesures répressives, scène ouverte en ville). Les surcapacités qui existaient encore il y a cinq ans ont très nettement été réduites et, dans le même temps, le nombre de clients extracantonaux a baissé de moitié. La SAP travaille depuis longtemps à améliorer l'exécution, l'efficacité, l'efficience et la rentabilité de cette subvention cantonale.

La mise à disposition d'une aide médicale et psychosociale pour les personnes toxicodépendantes doit en fin de compte être considérée comme une nécessité du point de vue éthique, justifiant l'intervention des pouvoirs publics. La rentabilité de cette subvention est donc dans l'ensemble jugée positive.

3. Conclusions et recommandations

1. Les aspects problématiques évoqués dans le rapport au niveau du pilotage et du contrôle de l'offre ainsi que du système de financement devraient être traités en priorité absolue, toujours dans le cadre des projets en cours concernant l'ensemble de la Suisse.
2. Parallèlement, il convient de s'assurer que le nouveau système de financement règle la compensation des charges entre les cantons.
3. Il est recommandé de continuer à veiller à ce que les offres thérapeutiques existantes reconnues comme efficaces et adaptées aux besoins ne disparaissent pas à cause des incertitudes financières actuelles. Outre le fait de perdre des compétences et des ressources, il faudrait de toute manière remettre à disposition tôt ou tard et à grands frais ces institutions nécessaires pour couvrir les besoins.
4. Par conséquent, il est urgent d'aboutir rapidement à une solution nationale pour le financement des institutions.
5. Si les améliorations requises en 1998 – prestations différenciées pour les deux sexes, formation correspondante du personnel et plus d'établissements de transit – sont toujours nécessaires aujourd'hui, il faudrait intégrer ces besoins dans les futurs mandats de prestations conclus avec les institutions.
6. Aucune mesure particulière ne doit être prise au vu de la présente étude en ce qui concerne l'offre et la qualité des prestations.
7. A moyen terme, il faudrait que toutes les institutions respectent des directives minimales (celles de la CDCT ou un autre système à caractère contraignant).

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Die Erfolgskontrolle: Gegenstand, Fragestellungen und Vorgehensweise	5
2.1	Abgrenzung der zu untersuchenden Staatsbeiträge.....	5
2.2	Ableitung des Zielsystems und des Wirkungsmodells.....	8
2.2.1	Zielsystem.....	8
2.2.2	Wirkungsmodell.....	11
2.3	Fragestellungen.....	14
2.4	Vorgehensweise.....	15
3	Bedarfsgerechtigkeit, Wirkung und Effizienz des Angebots	17
3.1	Ausgangslage.....	17
3.2	Vorgehensweise.....	18
3.3	Zusammenfassung der Ergebnisse der Studie Wettach et al.	19
3.3.1	Vollzug.....	19
3.3.2	Wirkung.....	20
3.3.3	Effizienz.....	20
3.4	Schlussfolgerungen.....	21
4	Das Finanzierungssystem	22
4.1	Das bisherige Finanzierungssystem.....	22
4.2	Bewertung des bisherigen Finanzierungssystems.....	27
4.3	Übergangs-Lösungen.....	28
4.4	Geplantes, neues Finanzierungssystem.....	30
5	Belegungsstatistik	34
6	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	37
6.2	Beantwortung der Fragestellungen der Erfolgskontrolle.....	37
6.3	Empfehlungen.....	40
	Literaturverzeichnis	41
	A1: Liste der Informationsquellen zum bisherigen Finanzierungssystem.....	43
	A2: Liste der Quellen zu den Übergangslösungen.....	44

1 Einleitung

Die Abhängigkeit von illegalen Suchtmitteln wird in der Schweizer Bevölkerung als eines der grössten Probleme für die Jugend und die Gesellschaft insgesamt eingeschätzt. Der Anteil der betroffenen Personen steht jedoch in keinem Verhältnis zu der Problemwahrnehmung: nach neueren Schätzungen verschiedener unabhängiger Forscher sind in der Schweiz rund 30'000 Personen heroin- und/oder kokainabhängig (vgl. z.B. Estermann, 1997, 101). Ungefähr zehn mal so viele Personen sind alkoholabhängig. Die grosse gesellschaftliche Bedeutung der Drogenabhängigkeit wird durch die Prohibition des Handels und des Konsums dieser Suchtmittel bestimmt. Die sozial verurteilten Begleiterscheinungen wie die Verarmung, Verelendung, das "Dealen", die Beschaffungsdelinquenz und -prostitution lassen sich fast alle an der Prohibition und der damit verbundenen Handels- und Preispolitik festmachen. Auch die meisten der gesundheitlichen Probleme werden nicht durch die Substanz an sich verursacht, sondern durch die ungenügenden Möglichkeiten der Abhängigen, sorgsam damit umzugehen und sich vor verunreinigtem Stoff, unsauberen Spritzen, Infektionen etc. zu schützen.

Untersuchungen über die Frage der Entwicklung der Inzidenz und Prävalenz der Drogenabhängigen in der Schweiz kommen zum Ergebnis, dass nach einer längeren Zeit der Zunahme seit etwa 1990 eine Stabilisierung der regelmässig konsumierenden Personen zu verzeichnen ist. Genauer gesagt, wird eine Stabilisierung oder sogar ein leichter Rückgang beim Heroinkonsum festgestellt, währenddem ein Anstieg beim Kokain- und Cannabiskonsum zu beobachten ist (Knolle, 1997; Gmel, 2000). Wie schon erwähnt beträgt die Prävalenz der Abhängigkeit von sogenannten harten Drogen etwa 30'000 Personen. Jährlich werden etwa 3000-6000 Personen neu abhängig oder wieder abhängig (Rückfall nach längerer Abstinenz) und etwa gleich viele Personen werden abstinent oder leben zumindest für eine längere Zeit drogenfrei.

Der regelmässige Konsum von Heroin oder Kokain beginnt heute bei den meisten Betroffenen im Alter von 17 - 22 Jahren. Demgegenüber scheint das Durchschnittsalter der Drogenkonsumierenden anzusteigen und lag 1996 bei etwa 29 Jahren (Gervasoni et al., 2000, 122). Frauen konsumieren seltener illegale Drogen. Ihr Anteil beträgt etwa 30%. Das Risiko irgendwann im Verlauf der Abhängigkeit aufgrund des Drogenkonsums zu sterben, liegt etwa bei 20%.

"Aus einer jährlichen Remissionsrate von ca. 10% und einer Mortalität von etwas über 2% lässt sich errechnen, dass etwa vier Fünftel dieser Drogenkonsumierenden aussteigen, bevor sie

sterben. Konsum von Heroin oder Kokain führt nicht zwangsläufig zu einer unilinearen Karriere, die im sozialen Elend enden muss (Estermann, 1997, 101).

Behandlung

Für die Drogenrehabilitation stehen in der Schweiz zur Zeit etwa 1500 Plätze in rund 100 Institutionen zur Verfügung. Knapp 210 Plätze oder 14% davon werden von Berner Institutionen¹ zur Verfügung gestellt.

Die gesetzlichen Grundlagen für die Behandlung von Drogenabhängigen und für die kantonalen Finanzierungsbeiträge werden in den folgenden Gesetzesartikeln und Verordnungen festgehalten:

1. Fürsorgegesetz vom 3.12.1961 und Änderung des Gesetzes vom 9.9.1997
 - Art. 32 über die Zulassung zur Lastenverteilung
 - Art. 134 über die Förderung von besonderen Wohlfahrts- und Fürsorgeeinrichtungen
 - Art. 135 über die Bekämpfung des Suchtmittelmissbrauchs
 - Art. 136 über die Staatsbeiträge an Massnahmen und Einrichtungen der Suchtprävention und Suchthilfe
 - Art. 139 über die Begriffsbestimmung von Fürsorgeheimen
 - Art. 140 über die Bewilligung und Aufsicht von Fürsorgeheimen

2. Verordnung vom 1.5.1985 zum Bundesgesetz über die Betäubungsmittel, BSG 813.131
 - Art. 1 Über den Ort des Vollzugs
 - Art. 2 Über die Aufgaben der Gesundheits- und Fürsorgedirektion
 - Art. 7 Über die Massnahmen zur Bekämpfung des Missbrauchs

3. Verordnung über die Betreuung und Pflege von Personen in Heimen und privaten Haushalten (Heimverordnung; HEV) vom 18.9.1996
Diese Verordnung gibt den Rahmen vor für kantonale Betriebsbewilligungen (Beurteilungskriterien bezüglich Infrastruktur, berufliche Ausbildung von Heimleitung und weiteren Angestellten, therapeutisches-pädagogisches Angebot, medizinische Versorgung, etc.). Es handelt sich nur um sehr grobe Vorgaben, welche im Einzelfall durch Dienststelle Bewilligungswesen der GEF gefüllt werden müssen.

Als weitere Grundlagen werden hinzugezogen:

4. Neues Sozialhilfe-Gesetz (SHG), Entwurf vom 27.3.2000, z.Z. in Vernehmlassung²
 - Art. 14 Zuständigkeiten der Gesundheits- und Fürsorgedirektion
 - Art. 66 Leistungsangebote Suchthilfe und Gesundheitsförderung

¹ Einfach gesagt handelt es sich um therapeutische Drogen-Wohngemeinschaften mit kantonaler Betriebsbewilligung auf Berner Boden. Eine genaue Definition und eine Abgrenzung des Begriffs folgt weiter unten.

² Beim neuen SHG handelt es sich nicht um eine *gesetzliche* Grundlage, da es noch nicht in Kraft getreten ist. Das SHG wird deshalb in diesem Bericht nur insofern berücksichtigt, als untersucht wird, ob die neue Konzeption der Suchthilfe-Finanzierung mit diesem Gesetzesentwurf kompatibel wäre.

5. Kreisschreiben des kantonalen Fürsorgeamts Nr. 79 vom 14.2.1984:

Gutsprachen für Aufenthalte in Einrichtungen zur Bekämpfung des Alkoholismus und des Drogenmissbrauchs (Anerkennungsverfahren zur Sicherung eines fachlich qualifizierten, wirtschaftlichen und bedarfsgerechten Angebots für Berner Abhängige).

Die Behandlung von Drogenabhängigen war bis vor etwa 10 Jahren fast ausschliesslich auf die Entzugsbehandlung mit anschliessender stationärer abstinenzorientierter Therapie beschränkt. Letztere dauerte in der Regel 18–24 Monate und war meist als Stufenprogramm konzipiert. Dabei erfolgte zuerst eine oft vollständige Einschränkung der extramuralen sozialen Beziehungen sowie der Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten, gefolgt von stufenweise zunehmenden Belohnungen, Freiheiten und Kompetenzen, wenn sich die Betroffenen entsprechend verhielten. In den letzten 2 Jahren wurde in vielen Institutionen diese Behandlungsdauer auf etwa 12-18 Monate verkürzt. Gleichzeitig wurden die fixen Stufenprogramme, welche meist einem starren Plan folgten, flexibel gestaltet, so dass den individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten der KlientInnen gefolgt werden kann. Diese Änderungen erfolgten wohl nicht zuletzt aufgrund der Schwierigkeiten bei der Finanzierung langdauernder Therapien und der zunehmenden Weigerung der KlientInnen, traditionelle Therapieprogramme zu durchlaufen. Ein Zusammenhang besteht sicherlich auch mit der oben erwähnten Änderung der Eigenschaften des Klientels: die Dauer, welche zwischen dem Erstkonsum und dem Eintritt in die Therapie verstreicht, ist deutlich kürzer geworden, die KlientInnen jünger (vgl. Rihs-Middel, 1997). Das bedeutet, dass sie auch keine jahrelangen Über-Lebenserfahrungen in der Drogenszene haben und deshalb ihre physischen, psychischen und sozialen Defizite aufgrund des "Gassenlebens" geringer sind. Dazu kommen wissenschaftliche Erkenntnisse, die aufzeigen, dass die optimale Wirkung der Therapien mit einer Aufenthaltsdauer von etwa 12 Monaten erreicht wird. Längerdauernde Therapien bringen darüber hinaus kaum noch einen relevanten Zugewinn (Dobler-Mikola, Wettach & Uchtenhagen, 1998).

Die hohe Abbruchrate³ sowie die Erkenntnis, dass die Drogenabhängigen je nach Lebenssituation und Schweregrad der Abhängigkeit verschiedene Bedürfnisse und Behandlungschancen haben, führten immer mehr zu einer Ausweitung des Angebots:

"Die Behandlungsziele sind den Lebensumständen der betroffenen Personen und ihrer Motivation angepasst worden. Einige Personen mögen nicht abstinenzmotiviert sein, können aber trotzdem in der Lage sein, wichtige Änderungen in ihrem Leben vorzunehmen" (Rihs-Middel, 1997, 15).

³ Knapp die Hälfte aller Therapien werden in der Schweiz vorzeitig abgebrochen (vgl. Wettach, Dobler-Mikola & Lezzi, 1998).

Gemäss der Vier-Säulen-Politik des Bundes zählt deshalb neben der Repression, der Prävention und der abstinenzorientierten Therapie auch die Überlebenshilfe / Schadensminderung für schwer abhängige KonsumentInnen als gleichberechtigtes Element (Bundesamt für Gesundheit, 1994). Aus diesem Gründen wurde in der Schweiz im internationalen Vergleich schon sehr früh neben der abstinenzorientierten Therapie auch Überlebenshilfe für Schwerabhängige angeboten. In erster Linie wurden Ersatzstoffe für Heroin verschrieben (vor allem Methadon). Diese Substitutionsprogramme sind bei den Betroffenen sehr gefragt: 1995 waren von den etwa 30'000 Abhängigen rund 14'000 Drogenabhängige in einem Methadon-Programm integriert (Rihs-Middel, 1997, 17). Ein weiteres Angebot richtet sich an Personen, die schon mehrere Therapien versucht und abgebrochen haben und in ihrer Drogenkarriere mit den gängigen Konsequenzen schon weit vorgeschritten sind. Es handelt sich dabei um die diversifizierte Drogenabgabe, bzw. die ärztliche Verschreibung von Heroin. Die ersten Ergebnisse dieser Versuche waren in bezug auf den Gesundheitsstatus und das Legalverhalten der TeilnehmerInnen ermutigend, so dass die Programme ausgeweitet wurden (Uchtenhagen, Gutzwiller & Dobler-Mikola, 1996). Damit verbunden ist auch eine Entlastung vor allem der grossen Städte mit ihren offenen Drogenszenen (Zürich, Bern, Basel).

Von der erwähnten momentan stabilen Population von etwa 30'000 Drogenabhängigen, waren 1995 – wie bereits erwähnt – knapp die Hälfte in einem Methadon-Substitutionsprogramm. Ende 1996 waren in der Schweiz zusätzlich rund 800 Drogenabhängige in einem Heroin-Verschreibungs-Programm (Uchtenhagen, Gutzwiller, Dobler-Mikola & Blättler, 1996). Im Kanton Bern waren 1999 2014 Abhängige in einer Methadonbehandlung und 268 Schwerabhängige erhielten mittels ärztlicher Verschreibung Heroin oder Morphin (nur 3 Personen) Betäubungsmitteln (vgl. Verwaltungsbericht der Gesundheits- und Fürsorgedirektion 1999).

Was die KlientInnen betrifft, so befinden sich heute vor allem die 20-25jährigen in der abstinenzorientierten Therapie, die 25-35jährigen in Methadon- und die noch älteren Abhängigen in Heroin-Verschreibungsprogrammen.

Zusammenfassend lassen sich im Zusammenhang mit der Arbeit der therapeutischen Drogen-Wohngemeinschaften in folgenden Bereichen Veränderungen festhalten:

- Art des Klientels (Alter, Schweregrad, Dauer des Konsums)
- Verstärkt geforderte Wahrnehmung der spezifischen Bedürfnisse der KlientInnen
- Verkürzung der geplanten Therapiedauer
- Zunehmende Akzeptanz der Überlebenshilfe (Substitutions- und Heroinverschreibungsprogramme).

Stationäre Drogentherapien

All diese Faktoren beeinflussen den "Markt" der stationären Therapien, das Angebot und die Nachfrage nach Plätzen in den Institutionen. Sowohl die kürzere Dauer der Therapie wie auch die Zunahme von KlientInnen in Substitutionsprogramme verringern die Nachfrage nach abstinenzorientierten Therapieplätzen. Seit einigen Jahren wird in diesem Zusammenhang ein Überangebot in den stationären Einrichtungen moniert (z.B. Neue Zürcher Zeitung, 20.3.1996), wobei es sich nach Meinung von Experten nicht um ein Überangebot an Plätzen insgesamt handelt, sondern um ein Überangebot im Bereich einer spezifischen Therapieform: der klassischen Langzeittherapie (REHA 2000, Simmel, 1998a).

2 Die Erfolgskontrolle: Gegenstand, Fragestellungen und Vorgehensweise

2.1 Abgrenzung der zu untersuchenden Staatsbeiträge

Gemäss Erfolgskontrollplan sollen streng genommen nur diejenigen Institutionen untersucht werden, welche Betriebsbeiträge des Kantons erhalten (Subventionstatbestand GEF019). Im letzten Jahr waren dies zwei Institutionen, welche in der folgenden Tabelle mit den ausbezahlten oder budgetierten Beiträgen aufgeführt sind.

Tab. 2.1: Institutionen, welche Betriebsbeiträge erhalten: ausbezahltes Nettodefizit 1996-1998; budgetierter Betrag 1999 in Franken

Institution	1996	1997	1998	1999 Budget
Haus Gäu, Gümmenen	90'000	90'000	85'000	80'000
Stiftung Domino (Klinik Selhofen)	1'308'000	1'500'000	1'703'000	1'656'000

Bei der Klinik Selhofen, welche rund 1.5 Mio. Franken pro Jahr erhält, handelt es sich um eine Entzugseinrichtung, welche in bescheidenem Umfang auch eine Übergangswohngemeinschaft betreibt. Dieser Beitrag sollte also grösstenteils dem Bereich ‚Entzug‘ zugeordnet werden. Gemäss Erfolgskontrollplan ist in den nächsten Jahren eine Überprüfung der Entzugseinrichtungen vorgesehen, was es sinnvoll erscheinen lässt, die Klinik Selhofen in diesem Rahmen zu untersuchen. Das Haus Gäu andererseits kann ebenfalls nicht als Drogen-Wohngemeinschaft bezeichnet werden, da es sich um

eine Art Nachsorge-Institution handelt, welche verschiedene Gruppen von Randständigen aufnimmt. Das Angebot beschränkt sich – im Gegensatz zu den Drogen-Wohngemeinschaften, die eine Therapie anbieten – auf das Anbieten einer Wohnmöglichkeit und einer minimalen Alltagsbetreuung (Ansprechperson ohne besondere therapeutische oder sozialpädagogische Ausbildung). Unter anderem mit dem Hinweis auf die zeitlich unbestimmte Dauer des Aufenthalts, werden die Gemeinden nicht dazu verpflichtet, die Taggeldkosten zu übernehmen (bzw. vorzuschüssen) und der Kanton übernimmt diese Kosten durch einen Betriebsbeitrag. Da es sich nicht um eine abstinentenorientierte therapeutische Institution handelt, kann das Haus Gäu für die weitere Untersuchung ebenfalls vernachlässigt werden.

Das heisst konkret, dass der Subventionstatbestand Drogen-Wohngemeinschaften einen anderen Inhalt hat als gemäss Titel vorgegeben wäre. Die Stiftung Domino Selhofen sollte dem Subventionsbereich Drogen-Entzugsstationen zugeordnet werden. Das Haus Gäu kann gemäss Angebot und Klientel am ehesten mit den Übergangwohnheimen (z.B. Haus Felsenau, Bern) verglichen werden.

Die effektiven Drogen-Wohngemeinschaften (oder stationären therapeutischen Einrichtungen der Drogenhilfe) des Kantons erhalten hingegen beträchtliche *indirekte* Kantonsbeiträge in der Form von Taggeldern, an denen der Kanton über den Lastenausgleich Fürsorge finanziell beteiligt ist. 1997 wurden etwa folgende Beiträge in Form von Taggeldern an therapeutische Institutionen innerhalb und ausserhalb des Kantons ausbezahlt:

Tab. 2.2: *Indirekte Finanzierungs-Beiträge von Kanton und Gemeinden in Form von Taggeldern*

	Kantonsanteil	Gemeindeanteil	Total
Beiträge an kantonale Einrichtungen:	8.5 Mio. ⁴	8.2 Mio.	16.7 Mio.
Beiträge an ausserkantonale Einrichtungen:	1.6 – 3.3 Mio. ⁵	1.5 – 3.2 Mio.	3.1 – 6.5 Mio.

Es wurde deshalb entschieden, alle therapeutischen Wohngemeinschaften im Kanton in diese Erfolgskontrolle einzubeziehen, auch wenn die Erfolgskontrolle gemäss ASP-Datenbank anders definiert wäre.

⁴ grobe Schätzung anhand der Belegsstatistik 1997 (geleistete Pflgetage X 200) X 51% (Lastenanteil Kanton)

⁵ noch gröbere Schätzung anhand der Anzahl Erstgesuche für ausserkantonale Plazierungen 1997

Maximum: 90 X 200 X 365 (durchschnittl. Aufenthaltsdauer 1 Jahr) X 51%

Minimum: 90 X 200 X 180 (durchschnittl. Aufenthaltsdauer 6 Monate) X 51%

Tabelle 2.3: Grundgesamtheit⁶ der drogentherapeutischen Wohngemeinschaften des Kantons Bern
(fett gedruckt=im Jahr 2000 noch existent)

	Institution	Bemerkungen
1	Aebi-Hus / Maison Blanche, Leubringen	
2	Communauté thérap. C.R.C.J., St-Imier	geschlossen seit 1997
3	Haus Gümmenten	
4	Hilfe zum Leben, Bern	
5	Hilfe für Dich Baumgarten	anderes Angebot seit 1998
6	Hilfe für Dich Mahanaim	anderes Angebot seit 1998
7	El Rafa	anderes Angebot / Betriebsform ⁷ seit 1997
8	Esplanchnos, Madiswil	geschlossen seit 1998
9	Therapiehaus Längmatt	ehemaliger Name: Meilenstein
10	Nehemia	geschlossen seit 1997
11	Remar	anderes Angebot seit 1998
12	Rüdli, Wimmis	Halbierung des Platzangebots im Jahr 2000
13	Samachia	geschlossen seit 1998
14	SAT-Projekt, Bern	anderes Angebot seit 1998
15	Sonnegg, Heiligenschwendi	geschlossen seit 1999
16	Sunnsite, Heimisbach	geschlossen seit Mitte 1996
17	Sprungbrett, Mittelhäusern	
	<i>Terra Vecchia:</i>	
18	– Bordei, Tessin	
19	– Corte, Tessin	
20	– Melchenbühl, Gümligen	
21	– Saurehorn, Schüpfen	neu seit 1999
22	– Schlüssel, Detligen	
23	Vacheries de Fuet, Bellelay	seit 2000 über KVG finanziert
24	Zueflucht, Adelboden	
25	Chly Linde, Hinterfultigen	neu seit 1998 ⁸

⁶ Kriterien zur Definition der Grundgesamtheit: Institutionen mit kantonaler Betriebsbewilligung und abstinentenorientiertem therapeutischem Angebot; nicht berücksichtigt wurden dabei die Suchttherapie in Gastfamilien, da diese dem Begriff „therapeutische Wohngemeinschaft“, nicht entspricht.

⁷ Institution hat keine kantonale Bewilligung mehr erhalten und wurde deshalb in zwei Familienpflegeplätze aufgeteilt, welche nun mit Gemeindebewilligung arbeiten können. Wurde deshalb 1999 nicht mehr in der Statistik der Drogenwohngemeinschaften aufgeführt.

⁸ Hat seit 1998 eine kantonale Betriebsbewilligung, vorher nur Familienplatz-Angebot.

Gegenstand dieser Erfolgskontrolle sind also diejenigen stationären Institutionen der Drogenhilfe, welche eine Betriebsbewilligung des Kantons Bern haben und in einer Haus- oder Wohngemeinschaft abstinentenorientierte Therapie anbieten. Dabei nicht berücksichtigt sind die Familienplätze (mit Bewilligung der Standortgemeinden), die Suchttherapien in Gastfamilien und diejenigen stationären Einrichtungen, welche sich zur Zeit noch im Betriebsbewilligungsverfahren befinden.

In der Tabelle 2.3 sind alle Institutionen aufgeführt, welche diesen Kriterien entsprechen. Wie man leicht erkennen kann, zeigt diese Gruppe von Institutionen in den Jahren von 1996 bis 1999 eine hohe Fluktuation (die fett gedruckten Institutionen existieren heute noch). Von den 23 Institutionen, welche zu Beginn 1996 existierten, haben knapp die Hälfte (11 Institutionen) entweder den Betrieb aufgegeben oder haben sich auf eine neue Zielgruppe oder neue Betriebsform konzentriert. In dieser Zeit wurden zwei Institutionen mit dieser Betriebsform und kantonaler Bewilligung neu eröffnet.

2.2 Ableitung des Zielsystems und des Wirkungsmodells

2.2.1 Zielsystem

Die gesetzlichen Grundlagen der kantonalen Beiträge an die stationären therapeutischen Institutionen der Suchthilfe (bzw. Drogen-Wohngemeinschaften) befassen sich fast ausschliesslich mit den Aufgaben der Gesundheits- und Fürsorgedirektion. Diese bestehen grob gesagt in der Schaffung, Unterstützung und Bewilligung der Institutionen sowie der Steuerung und Kontrolle des kantonalen Angebots insgesamt.

Oberziel:

Das Oberziel kann aus der Verordnung (vom 1.5.1985) zum Bundesgesetz über die Betäubungsmittel wie auch aus dem kantonalen Fürsorgegesetz (Art. 135 vom 3.12.1961) abgeleitet werden. Es besteht in der „Bekämpfung des Suchtmittelmissbrauchs“, resp. in der „Bekämpfung des Missbrauchs von Betäubungsmitteln“, durch die erfolgreiche Rehabilitation von drogenabhängigen Personen. Dies kann ausgehend von den Konzepten des Bundesamtes für Gesundheit (Lehmann, Nov. 1999) zur Rehabilitation von Drogenabhängigen folgendermassen konkreter definiert werden als:

- Drogenabhängige Menschen sollen wieder in die Gesellschaft eingegliedert werden, sie sollen ein selbständiges und möglichst suchtfreies Leben führen können.

Unterziele:

Ausgehend von diesem Oberziel stellen sich in erster Linie zwei Fragen:

Wie sehen die vorgesehenen Massnahmen zur Erreichung des Oberziels aus und was sind die konkreten Ziele, welche auf der Ebene der Zielgruppe der Drogenabhängigen erreicht werden sollen.

Dabei zeigen sich zwei Ebenen im Zielsystem: die proximale (direkt erreichbare) Zielgruppe sind die

Institutionen der Suchthilfe, die Kantonsbeiträge erhalten; die distale (indirekt erreichbare) Zielgruppe sind die Drogenabhängigen deren missbräuchliches Verhalten verändert werden soll. Auf beiden Ebenen sollen mit den Staatsbeiträgen Wirkungen erzielt werden.

Zur Ableitung der Unterziele auf der proximalen Zielebene (Institutionen) bestehen einige wenige rechtliche Grundlagen, die eher den für eine Leistungsvereinbarung zu konkretisierenden Rahmen vorgeben als konkrete Vorgaben machen (z.B. die Heimvereinbarung). Es gibt aber auch andere Quellen, welche Minimalstandards definieren oder die Qualität des Angebots genauer umschreiben (siehe Abbildung 2.1).

- Schaffung und Sicherung eines qualitativ hochstehenden Angebots der Suchttherapie zur Versorgung der Berner KlientInnen im Rahmen der vier Säulen der Drogenpolitik des Bundes und gemäss Betäubungsmittelgesetz (Art. 15 a, Abs. 2).
- Schaffung eines Finanzierungs- und Steuerungssystems, welches eine bedarfsgerechte Angebotspalette fördert und Anreize zu einer zielorientierten und effizienten Arbeitsweise dieser Institutionen gibt (vgl. Neues Sozialhilfegesetz und Heimvereinbarung).

Auf der distalen Ebene (Effekt auf Drogenabhängige) gibt es keine gesetzlichen Grundlagen, aus denen die Unterziele übernommen werden könnten. Sinngemäss können sie aber aus dem Oberziel abgeleitet werden. Es sind dies:

- Drogenabhängige Personen sollen an einer abstinenzorientierten Therapie teilnehmen.
- Sie sollen diese Therapie erfolgreich abschliessen, so dass sie danach
 - möglichst suchtfrei leben können
 - einer Erwerbstätigkeit nachgehen können
 - selbständig leben können.

Oberziel:
Bekämpfung des
Suchtmittelmissbrauchs durch
Rehabilitation

	Proximale Ebene:	Distale Ebene:
Unterziele:	Sicherstellung der therapeutischen Versorgung	Teilnahme und erfolg- reicher Abschluss der Therapie
	Schaffung und Unter- halt eines bedarf- gerechten, qualitativ hochstehenden, wirk- samen und wirtschaft- lichen Angebots	Abstinenz soziale Integration berufliche Integration Selbständigkeit
Gesetzliche Grundlagen:	Verordnung zum Bun- desgesetz über Betäu- bungsmittel Fürsorgegesetz Heimverordnung	
Andere Quellen:	Neues Sozialhilfegesetz (Gesetzesentwurf) Rahmenbedingungen für stationäre Einrich- tungen im Suchthilfe- bereich (KKBS) Bedarfsplanung Bundesamt für Gesundheit (REHA, 2000) MIDES (ISF)	Ziele der Drogenpolitik der Schweiz (BAG) Therapie-Wirkungs- Forschung, FOS (ISF)

Abbildung 2.1: Ableitung des Zielsystems, gesetzliche Grundlagen und andere Quellen

2.2.2 Wirkungsmodell

Als Zweites wurde versucht, ein Wirkungsmodell zu entwickeln, indem von der folgenden Fragestellung ausgegangen wurde: Welche Voraussetzungen braucht es, damit eine Wirkung im Sinne der definierten Zielsetzung erreicht werden kann? Also: was braucht es alles, damit eine erfolgreiche Therapie durchgeführt werden kann, so dass die Integration von ehemals Drogenabhängigen gelingt und sie wieder ein suchtfreies selbständiges Leben führen können?

Diese Frage musste natürlich sehr vereinfacht abgebildet werden, da das Modell ansonsten viel zu komplex geworden wäre. Um eine abstinenzorientierte Therapie durchführen zu können, braucht es grob gesagt drei Elemente, die in einem System zusammenwirken sollten:

- Drogenabhängige Personen, die motiviert sind, eine Therapie zu machen
- Entzugsangebot
- Therapieangebot

Die *Motivation der Drogenabhängigen* für Entzug und Therapie ist abhängig von individuellen (z.B. Einfluss des psychischen und physischen Gesundheitszustands oder von sog. Reifungsprozessen), sozialen (z.B. Druck der sozialen Umgebung, Motivationsarbeit durch Beratungsstellen) und gesellschaftlichen Prozessen, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann. Neben der subjektiven Motivation zum Eintritt in eine Therapie spielt auch der rechtliche Umgang mit Drogenkonsum eine Rolle: je nach Polizeipraxis und Rechtssprechung werden mehr oder weniger abhängige Personen mittels Massnahmenvollzug vor die Alternative ‚Gefängnisstrafe oder Therapie‘ gestellt. Gesellschaftliche und juristische Prozesse haben in der Schweiz zur Einführung von *Substitutionstherapien* geführt, welche eine Alternative oder ein Konkurrenzangebot für den abstinenzorientierten Therapie-„Markt“, darstellen. Vor allem die Methadonprogramme haben sich zu einem attraktiven Angebot für eine grosse Gruppe von Abhängigen entwickelt (in Bern sind zur Zeit über 2000 Personen in einem solchen Programm. Zusätzlich erhielten 1999 268 Schwerabhängige Heroin oder selten Morphin innerhalb des Versuchs für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln (Verwaltungsbericht der Gesundheits- und Fürsorgedirektion 1999). Das *Entzugsangebot* im Kanton Bern wird mittels Betriebsbeiträgen zur Defizitdeckung durch den Kanton Bern gesichert. Der Kanton Bern ist auch dafür besorgt, die Betriebsbewilligung zu erteilen und dementsprechend die strukturelle Qualität dieses Angebots zu steuern. Der Entzug selbst wird zu einem Teil durch die Krankenkassen finanziert. Nach dem Entzug ist es Sache der Gemeinden einen *Platzierungsentscheid* zu treffen. Um eine gute Platzierung vorzunehmen, sollte der zuständige Gemeindevertreter einerseits das Angebotsspektrum kennen und andererseits die therapeutischen, sozialen und beruflichen Bedürfnisse der Abhängigen einschätzen können. Kleineren Gemeinden, die

nur selten Drogenabhängige betreuen müssen und deshalb einen geringeren Erfahrungshintergrund auf diesem Gebiet haben, dürfte es schwieriger fallen, diesen Kriterien gerecht zu werden.

Aus diesem Grund plant die Gesundheits- und Fürsorgedirektion gemäss einem Case-Management-System (internes Papier, Jann, 2000), eine Zentralisierung der Platzierungskompetenzen bei einigen wenigen Stellen im Kanton.

Dass ein dem momentanen Klienten-Mix entsprechendes *Therapieangebot* bereitsteht, ist wiederum in der Verantwortung des Kantons. Es ist in der Zuständigkeit der Gesundheits- und Fürsorgedirektion kantonale Betriebsbewilligungen zu erteilen oder zu entziehen und so das Angebot zu mitzubestimmen. Das Bewilligungsverfahren kann gestützt auf die gesetzliche Grundlage der Heimverordnung vom 18.9.1996 als Instrument zur Sicherung eines minimalen Qualitätsstandards eingesetzt werden. Ebenfalls einen Einfluss auf die Angebotspalette haben die verschiedenen Bundesämter, welche ordentliche oder ausserordentliche Betriebsbeiträge an bestimmte Institutionen leisten. Diese Beiträge sind je nach Bundesamt mit unterschiedlichen Zielsetzungen verbunden.

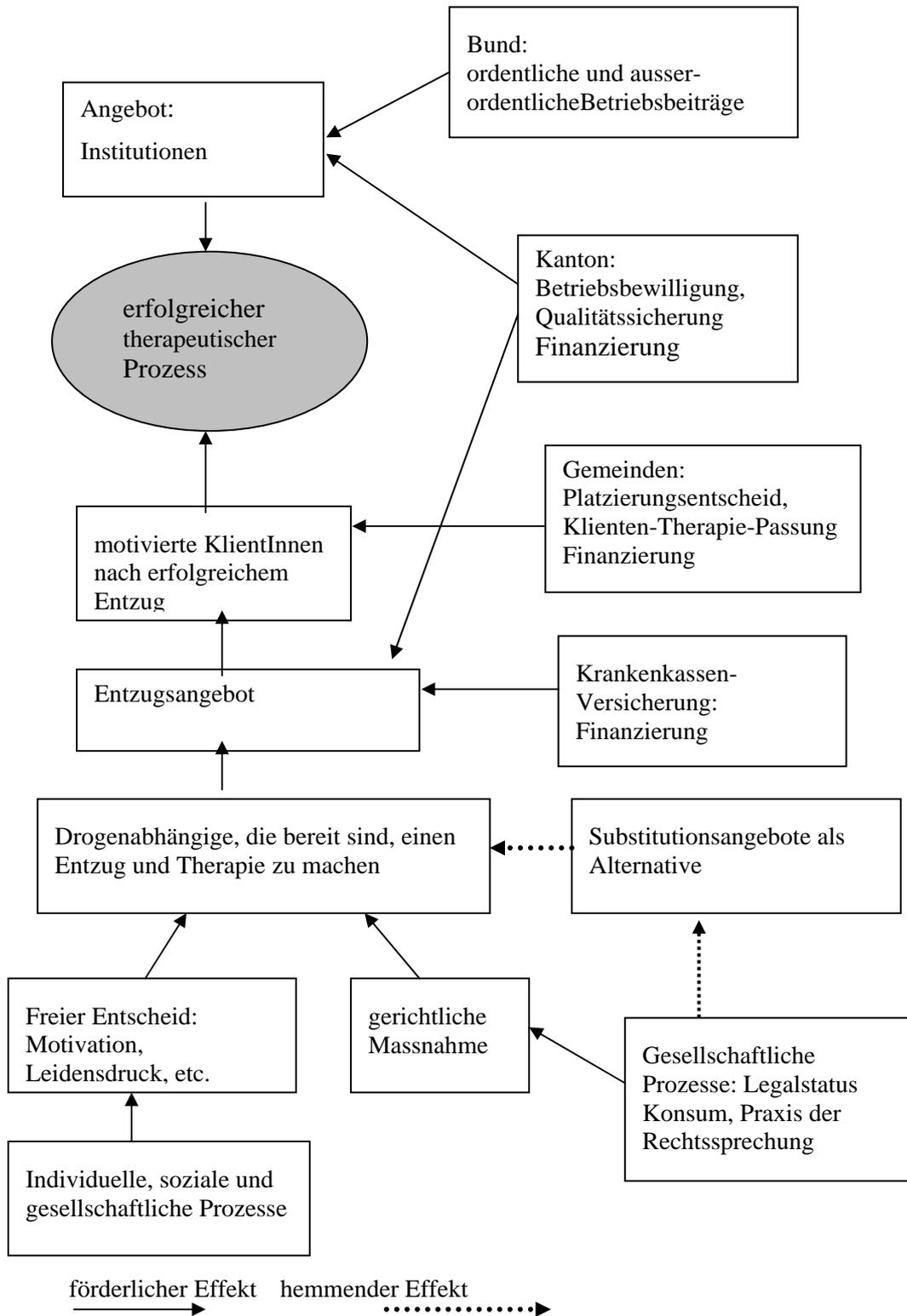


Abbildung 2.2: Vereinfachter Entwurf eines Wirkungsmodells

Indikatoren für die Überprüfung der Wirkung

Aus dem Zielsystem lassen sich leicht Indikatoren ableiten, welche die Wirkung des Staatsbeitrags abbilden würden. Wichtige Grössen wären beispielsweise der Anteil der Berner Abhängigen

- welche nach dem Entzug eine Therapie beginnen
- welche eine Therapie erfolgreich abschliessen
- welche danach längerfristig suchtfrei leben
- einer Erwerbstätigkeit nachgehen
- und selbständig leben.

Dafür müsste man einerseits die Grundgesamtheit der tatsächlich Abhängigen (sogenannte wahre Prävalenz) in der Berner Bevölkerung kennen und andererseits eine konsequente Erhebung der langfristigen Wirkung der Therapie (Katamnese).

Die Wirkung im eigentlichen Sinne kann aber im Rahmen dieser Studie nicht überprüft werden, da die abhängigen Zielgrössen von vielen anderen Faktoren ebenfalls massgeblich beeinflusst werden. Wie das Wirkungsmodell zeigt, sind diese Faktoren sowohl vielfältig wie auch in ihrem Zusammenwirken sehr komplex, so dass deren Analyse in einer Grobanalyse nicht geleistet werden kann.

Untersucht werden kann aber, ob bestimmte Voraussetzungen, welche zur Erreichung des gewünschten Ziels unabdingbar oder unterstützend sind, im Kanton Bern vorhanden sind. Es handelt sich dabei vor allem um die proximale Zielebene, also um die Fragen nach der Existenz und der Nutzung eines entsprechenden Angebots an Institutionen sowie nach der Qualität der von diesen Institutionen geleisteten therapeutischen Arbeit (vgl. Kapitel 2.2).

2.3 Fragestellungen

Aus dem bisher dargestellten Überlegungen zum Gegenstand, der Zielsetzung und den möglichen Wirkungen des Staatsbeitrags können folgende Fragestellungen abgeleitet werden, welche sich den Themen Vollzug, Wirkung, Effizienz und Vorteilhaftigkeit zuordnen lassen:

Vollzug:

1. Welches Angebot an stationären Therapieplätzen besteht heute im Kanton Bern (Anzahl Plätze, Art des therapeutischen Angebots, Spezialisierung auf KlientInnengruppen oder Therapiephasen) und wie kann dieses Angebot auf dem Hintergrund der neueren Erkenntnisse in bezug auf seine Bedarfsgerechtigkeit beurteilt werden?
2. Wie ist die Strukturqualität dieser Institutionen im Vergleich zum gesamtschweizerischen Angebot zu beurteilen? Entspricht die Strukturqualität den kantonalen Vorgaben und anderen heute massgeblichen Richtlinien?

3. Wie werden die therapeutischen Institutionen finanziert? Welche Vor- und Nachteile hat das heutige Finanzierungssystem?
4. Welche Mechanismen zur Steuerung und Kontrolle des Angebots und der Ausgaben kennt die Gesundheits- und Fürsorgedirektion? Genügen diese Mechanismen den kantonalen?

Wirkung:

5. Welche Leistungen nach Art und Umfang erbringen die Institutionen (Pflegetage, spezifische therapeutische oder rehabilitative Angebote, Dauer der Therapieaufenthalte, Art der Therapieabschlüsse)?
6. Lässt sich eine Wirkung durch die Therapieaufenthalte wissenschaftlich nachweisen? Inwiefern werden die angestrebten Ziele erreicht (Abstinenz, Verringerung des Konsums von Rauschmitteln, soziale und berufliche Integration, Verringerung der Delinquenz, Verbesserung des Gesundheitszustands)?

Effizienz:

7. Zeigen sich Unterschiede in bezug auf die Effizienz der Institutionen (Vergleich zwischen Aufwand und Leistung? Wie effizient arbeiten die Berner Institutionen im Vergleich zu den ausserkantonalen Institutionen? Zeigen sich relevante Unterschiede zwischen den Institutionen im Kanton selbst?

Kein Thema dieser Erfolgskontrolle ist die Beurteilung des gesamten Behandlungssystems (mit Entzug, Überlebenshilfe, Nachsorge) ausser es ist zum Verständnis der Thematik notwendig. Die Drogenpolitik auf der Bundesebene und die momentanen Veränderungen in der Finanzierung (BSV, etc.) werden ebenfalls nur soweit behandelt wie sie zum Verständnis der kantonalen Vorgänge notwendig sind. Es wird aus pragmatischen Gründen keine Erhebung der Sicht der Gemeinden durchgeführt, obwohl diese sicherlich interessant und aufschlussreich wäre. Die Sicht der Institutionen wird soweit berücksichtigt, wie sie bereits in Sekundärdaten erfasst ist.

2.4 Vorgehensweise

Die Erfolgskontrolle besteht aus den drei folgenden Komponenten:

1. Beurteilung des Angebots, der Wirkung und der Effizienz der Institutionen

Dieser Teil der Erfolgskontrolle stützt sich auf eine Untersuchung, welche im Jahr 1998 durch das Institut für Suchtforschung, Zürich (ISF) im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion durchgeführt wurde. Der Auftrag des ISF bestand grob gesagt in der Beurteilung der vom Kanton Bern subventionierten Institutionen in bezug auf ihr Angebot, ihre Wirkung und ihre Effizienz. Das ISF – die zentrale Forschungsstelle für den Bereich der illegalen Drogen in der Schweiz – verfügt über folgende für die Fragestellungen dieser Erfolgskontrolle besonders wichtige Daten:

- Forschungsverbund stationäre Suchttherapie (FOS) (Dobler-Mikola, Wettach & Uchtenhagen, 1998): systematische Dokumentation der stationären Einrichtungen für Drogenabhängige inklusive Nachbefragung ehemaliger KlientInnen zur Erhebung der Wirksamkeit der Therapie
- Daten zur Strukturqualität der Institutionen: Entwicklung und Anwendung eines 'Modularen Instruments zur Deskription von Suchtbehandlung (MIDES)' (Wettach, Dobler-Mikola & Uchtenhagen, 1997).

Seit der Datenauswertung durch das ISF sind bereits zwei Jahre verstrichen, was normalerweise bei der Beurteilung eines Versorgungssystems kein grundlegendes Problem darstellt. In diesem Fall befindet sich dieses System aber so stark in Veränderung, dass bereits viele der beurteilten Institutionen nicht mehr existieren oder heute ein ganz anderes Klientel betreuen. Es wurden deshalb diejenigen allgemeinen Schlussfolgerungen des ISF für diesen Bericht berücksichtigt, welche auch heute noch für diese Erfolgskontrolle bedeutsam sind.

2. Analyse der Belegungsstatistik des kantonalen Fürsorgeamts durch die Abteilung für wissenschaftliche Auswertung

Durch die AWA wurde zusätzlich die Belegungsstatistik der Gesundheits- und Fürsorgedirektion von 1995 bis 1999 ausgewertet, um zusätzliche Informationen zur Beantwortung der Bedarfsgerechtigkeit des Angebots (Frage 2) zu erhalten.

3. Zusatzerhebungen zum Vollzug in der Gesundheits- und Fürsorgedirektion durch die Abteilung für wissenschaftliche Auswertung (AWA)

Schliesslich wurden durch die AWA Interviews mit den kantonalen Verantwortlichen zum Vollzug durchgeführt, welche zur Beantwortung der Fragen zum Finanzierungssystem und der kantonalen Mechanismen zur Steuerung und Kontrolle des Angebots dienen sollen.

3 Bedarfsgerechtigkeit, Wirkung und Effizienz des Angebots

Dieses Kapitel stützt sich auf folgende Quelle: Schlussbericht der Untersuchung im Rahmen der Erfolgskontrolle der therapeutischen Gemeinschaften der Suchthilfe von Wettach, Dobler-Mikola und Lezzi (1998), welche im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion vom Institut für Suchtforschung, Zürich erstellt wurde. Wie in der Vorgehensweise dieser Erfolgskontrolle bereits erwähnt, ist diese Studie bereits etwas veraltet, da sich das Versorgungssystem in den letzten Jahren in verschiedener Hinsicht verändert hat. Es werden im vorliegenden Erfolgskontrollbericht deshalb nur die heute noch relevanten Schlussfolgerungen dieser Studie vorgestellt⁹.

3.1 Ausgangslage

Seit 1995 leitet das Institut für Suchtforschung (ISF) den Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS, welchem 1997 62 stationäre Therapieeinrichtungen der Schweiz angeschlossen waren. Das ISF verfügt somit über fachliche Kenntnisse und über Daten zur Messung des Therapieerfolges und der Erhebung von Behandlungsqualität.

Das ISF verfügt über folgende Datenbanken, welche für diesen Auftrag verwendet werden konnten:

1. *Dokumentation der Ein- und Austritte von Klient/innen der 82 FOS-Mitglieder ab 1995 (vgl. Grichting, Dobler-Mikola & Reichlin, 1998).*
2. *Umfassende und aktuelle Daten zur Einrichtungsstruktur von 58 Deutschschweizer Institutionen. Es wurde das „Modulare Instrument zur Deskription von Suchtbehandlung MIDES,, verwendet (vgl. Schaaf, Dobler-Mikola & Uchtenhagen, 1997; Wettach, Dobler-Mikola & Uchtenhagen, 1997).*

Datenlücken bestanden in den folgenden Bereichen:

Behandlungsbedarf: Es sind dem ISF keine Untersuchungen bekannt, die den Bedarf an stationärer Drogentherapie erheben. Eine solche Erhebung, z.B. bei Zuweisern, wäre angezeigt.

Wirksamkeit der Therapie: Zur Bestimmung der Wirksamkeit einzelner Institutionen oder Institutionsgruppen sind spezifische und zielgerichtete Katamneseuntersuchungen oder Analysen der Behandlungsprozesse nötig. Diese bestehen für die Berner Einrichtungen nicht.

Effizienzanalysen zur Beurteilung des Kosten/Wirksamkeits- oder des Kosten/Nutzen-Verhältnisses erfordern oben genannte Wirksamkeitsuntersuchungen oder ökonomische Analysen.

⁹ Der Schlussbericht mit den detaillierten Ergebnissen kann bei der Abteilung für wissenschaftliche Auswertung der Gesundheits- und Fürsorgedirektion bezogen werden.

3.2 Vorgehensweise

Zur Zeit der Erhebung waren 24 Einrichtungen für die GEF von Interesse, wovon sich 20 im Kanton Bern und vier ausserhalb befanden. Die Strukturdaten (MIDES) waren bereits von acht Einrichtungen vorhanden, 13 Institutionen nahmen an der Klient/innendokumentation des FOS teil. Daraus ergab sich der Bedarf, noch 16 Institutionen zu ihren Strukturdaten zu befragen, wovon 10 Institutionen auf eine entsprechende Aufforderung den MIDES fristgerecht ausfüllten. Insgesamt sind also die Strukturdaten von 18 der 24 Institutionen vorhanden.

In der *Beurteilung der Strukturqualität* stützte sich dieser Bericht auf die Studie „Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung der Behandlungsqualität von ambulanten und stationären Therapie- und Betreuungsprogrammen für Drogenabhängige,, (Wettach et al., 1997). Der aktuelle Entwicklungsstand des Konzeptes erlaubte keine quantitative, summarische Beurteilung der Strukturqualität. Insbesondere fehlten empirisch und normativ festgelegte Sollwerte für die verschiedenen Qualitätsbereiche. Diese werden erst als Folge der neuen Studie zur Qualitätserhebung entwickelt, welche die Autor/innen am 1.10.1998 begonnen haben. Die Beurteilung der Strukturqualität erfolgte deshalb auf zwei Arten: Wo möglich wurden die Ergebnisse mit den normativen Richtlinien der Konferenz der Kantonalen Beauftragten für Suchtfragen (KKBS) vom 30. Oktober 1997 verglichen. Diese sind jedoch knapp und allgemein gehalten und decken einen grossen Teil der Strukturqualität nicht ab. Die Datenlage erlaubte die Beurteilung von 10 der 26 Punkte der Richtlinien, drei davon jedoch nur mit Einschränkungen.

Die Frage nach der *Wirkung der Therapieaufenthalte* wurde auf der Grundlage der kürzlich erstellten Studie „Stellenwert stationärer Langzeittherapien für Suchtverlauf und soziale Integration Drogenabhängiger,, diskutiert (Dobler-Mikola, Wettach & Uchtenhagen, 1998). Diese Einjahreskatamnese von 275 Klient/innen aus acht Deutschschweizer stationären Therapieeinrichtungen ergab detaillierte Resultate über die Wirkung von stationären Therapien.

Zur Einschätzung der *Effizienz* der Einrichtungen wurden die Taggeldsätze dem Angebot gegenübergestellt und im Sinne eines Kosten/Angebot-Verhältnisses in qualitativer Weise beurteilt. Eine quantitative Beurteilung des Kosten/Wirksamkeit oder des Kosten/Nutzen-Verhältnisses wäre nur mit einer aufwändigen Studie und ökonomischen Analysen möglich, welche den Rahmen dieses Auftrages weit überschritten hätte.

3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse der Studie Wettach et al.

3.3.1 Vollzug

Bedarfsgerechtigkeit

Die Berner Einrichtungen wiesen zur Zeit der Untersuchung ein umfassendes Angebot mit verschiedenen theoretischen und therapeutischen Bezugnahmen auf. Die Grösse der Institutionen variiert stark. Von den total 342 Plätzen bzw. Plazierungen konnten 307 durch diese Untersuchung abgedeckt werden. Neben gemeinsamen Schwerpunkten war in der Befragung eine starke Spezialisierung auf verschiedene Zielgruppen festzustellen. Ob diese Differenzierung jedoch umgesetzt wird und sich in der Zusammensetzung des Klientels abzeichnet, konnte in dieser Untersuchung nicht beantwortet werden.

Die Bedarfsgerechtigkeit des Angebotes konnte nur bedingt beurteilt werden, weil keine aktuellen empirischen Daten über den Bedarf in der Schweiz oder im Kanton Bern vorhanden sind. Die qualitative Beurteilung aufgrund anderer Vorgaben (Mühle, 1994; Simmel, 1997) ergab, dass einerseits zu wenig reine Übergangseinrichtungen vorhanden sein könnten, welche die Schnittstelle zwischen Entzug und Therapie bildeten. Andererseits bestand zwar für einige spezielle Klient/innengruppen Behandlungsprogramme (Familien, Jugendliche, etc.), aber die AutorInnen kamen zum Schluss, dass das geschlechterspezifische Angebot noch zu wenig ausgebaut ist.

Strukturqualität

Zur Einschätzung der Strukturqualität ist zu bemerken, dass aufgrund des Zeitpunktes des Auftrages noch konzeptuelle Lücken bestanden: Es waren keine empirischen Soll-Werte vorhanden, anhand derer eine Gewichtung der Qualitätsindikatoren und eine Beurteilung des Qualitätsniveaus möglich gewesen wären. Die normativen Richtlinien der KKBS (1997) konnten aufgrund der Datenlage lediglich in 10 von 26 Punkten mit den vorhandenen Informationen verglichen werden. Dennoch gaben die deskriptive Darstellung und der Vergleich mit den übrigen Schweizer Institutionen, die den MIDES ausgefüllt haben, Hinweise auf das Qualitätsniveau der Berner Institutionen.

Insgesamt befindet sich die Verteilung der Strukturmerkmale der Berner Einrichtungen zur Zeit der Erhebung im Rahmen der Daten der übrigen Schweizer Institutionen. Stärken gegenüber der Vergleichsgruppe bestehen in den Bereichen Räumlichkeiten, Vernetzung und Individualisierung der Therapie; Optimierungen wären bei der externen Evaluation (insbesondere Ergebnisevaluation) und der Klient/inneninformation möglich.

Der Vergleich von 10 der 26 Punkte der KKBS-Richtlinien mit den vorhandenen Informationen ergab, dass die meisten Einrichtungen die Richtlinien erfüllen. Bei der Betrachtung auf der Ebene der einzelnen Institut Strukturmängel einzelner Einrichtungen beobachtet werden.

3.3.2 Wirkung

Die besprochene Studie zur Wirkung von stationären Langzeittherapien stellt in der Schweiz den aktuellsten, verfügbaren Wissenstand zu diesem Thema dar (Dobler-Mikola et al., 1998). Sie zeigte, dass stationäre Langzeittherapien beachtliche Erfolge in der Rehabilitation und sozialen Wiedereingliederung von Drogenabhängigen bewirken. Als wichtige Prädiktoren für den Therapieerfolg konnten eine längere Aufenthaltsdauer und ein regulärer Austrittsmodus ermittelt werden. Als Gründe hierfür kommen die Vorbereitung auf den Austritt und die höhere „Dosis“ an Therapie in Frage. Allerdings kann diese Studie nicht als repräsentativ für die Gesamtheit der therapeutischen Institutionen gelten, so dass die Ergebnisse nur vorsichtig generalisiert werden dürfen. Der Drogenbeauftragte des Kantons Bern kritisiert insbesondere den mangelnden Einbezug von Institutionen, welche sich auf Kurzzeittherapien spezialisiert haben. Um die zentrale Frage der minimal notwendigen Dauer einer Therapie zur Erzielung eines optimalen Effekts abklären zu können, hat die Gesundheits- und Fürsorgedirektion eine Studie in Auftrag gegeben, welche in den nächsten Jahren die Wirksamkeit sowie die Voraussetzungen für eine wirksame Therapie in den kantonal subventionierten Institutionen untersuchen wird (Uchtenhagen, 2000).

Die Analyse des Austrittsmodus der Berner Einrichtungen ergab, dass diese in der zweiten Jahreshälfte 1997 – ebenso wie die übrigen Schweizer Institutionen – etwa zur Hälfte reguläre Austritte verzeichneten. Dies ist ein höherer Anteil an regulären Austritten als in der oben erwähnten Studie (Dobler-Mikola et al., 1998), in welcher sich zeigte dass ein regulärer Austrittsmodus eine positive Prognose für den Therapieerfolg zulässt. Dies lässt optimistische Spekulationen über den weiteren Verlauf der Berner Klient/innen zu. Jedoch sollten die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden, da die Daten zum Austrittsmodus aus der MIDES Befragung verzerrt sein könnten: Während im FOS sehr klare Kriterien bestehen, welche Austritte als irregulär gelten und für jede/jeden Klient/in einzeln ausgefüllt werden, liegt bei der MIDES-Strukturerhebung die Austrittsdefinition nur auf der Seite der Institutionen und könnte somit die Zahlen gesamtschweizerisch verzerren.

3.3.3 Effizienz

Auch hinsichtlich der Effizienz sind *grosse Einschränkungen* der Interpretation der Ergebnisse vorzuschicken. Die wirkliche Effizienz anhand von Kosten/Nutzen- bzw. Kosten/Effektivitäts-Analysen kann aufgrund fehlender Daten zur Wirksamkeit der Einrichtungen nicht beurteilt werden. Wegen der dürftigen Datenlage werden hier die Kosten dem Angebot gegenübergestellt. Aus diesen

Ergebnissen sollten ohne vertiefende Analysen keine Schlüsse gezogen werden, da auch keine Informationen über das Ausmass, die Qualität und die Inanspruchnahme der Angebote vorhanden sind. Die Tagespauschalen für kantonale Klient/innen variierten zur Zeit der Erhebung durch das ISF stark von Fr. 110.- bis zu Fr. 250.-. Die Einrichtungen weisen ein grosses Angebot auf, wobei insbesondere die kostenintensiven Bereiche von allen Institutionen offeriert werden. Angebotsunterschiede zu den übrigen Schweizer Institutionen bestehen nur marginal. Im Durchschnitt verlangten die Berner Einrichtungen mit Fr. 191.- leicht höhere Tagespauschale als die übrigen Schweizer Institutionen mit Fr. 173.-. In der Zwischenzeit ist die durchschnittliche Höhe der Tagespauschalen leicht gesunken auf Fr. 188.- (Stand Dezember 2000). Die grossen Unterschiede zwischen den einzelnen Institutionen haben sich hingegen stark reduziert, da einige der Institutionen mit sehr tiefer Tagespauschale geschlossen wurden oder ihr Klientel geändert haben und diejenige Institution mit der höchsten Pauschale ebenfalls nicht mehr existiert.

3.4 Schussfolgerungen

Aus den Ergebnissen der Studie Wettach et al. (1998) lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

- In den Fragestellungen nach Behandlungsbedarf, Wirkung und Effizienz der Institutionen fehlen für eine fundierte Beurteilung wichtige Informationen. In einer länger angelegten Untersuchung könnten diese eruiert werden. Dies ist wie bereits erwähnt für die Frage der Wirksamkeit in Angriff genommen worden (Uchtenhagen, 2000). Die heute zur Verfügung stehende Datenlage lässt dennoch eine mit Vorsicht durchgeführte Beurteilung zu.
- Das Angebot der Berner Einrichtungen ist breit und umfassend. Die Strukturqualität entspricht dem Standard der übrigen Schweizer Institutionen. Es konnten keine gravierenden Strukturdefizite bei den untersuchten Einrichtungen gefunden werden.
- Neben gemeinsamen Schwerpunkten diversifizieren sich die Einrichtungen auf verschiedene spezielle Zielgruppen. Die bestehende Datenlage lässt vermuten, dass ein zusätzlicher Bedarf an geschlechterspezifischen Behandlungsangeboten und an Übergangseinrichtungen besteht.
- Die grosse Mehrheit der Berner Einrichtungen entspricht den untersuchten Punkten der Richtlinien der KKBS. Einzelne nicht erfüllte Punkte sollten von den entsprechenden Einrichtungen in der Regel ohne grösseren Aufwand erfüllt werden können.
- Die Wirkung von stationären Langzeittherapien, wie sie in dieser Studie untersucht wurden, ist wissenschaftlich belegt. Sicher ist, dass ein regulärer Austrittsmodus die Aussicht auf eine erfolgreiche und stabile Rehabilitation nach dem Austritt erhöht. Die je nach Klient / Klientin minimal notwendige Therapiedauer konnte mit den vorliegenden Daten noch nicht befriedigend beantwortet werden.
- Die beobachtete Aufenthaltsdauer war bei den im Kanton Bern erfassten Institutionen kürzer als in der gesamtschweizerischen Stichprobe. Dies ist im Hinblick auf die Fallkosten und damit dem kantonalen Aufwand ein erfreuliches Ergebnis. Allerdings muss abgeklärt werden, ob diese kürzere Therapiedauer nicht die Wirkung der Therapie beeinträchtigt. Die Gesundheits- und

Fürsorgedirektion hat deshalb dem Institut für Suchtforschung einen Auftrag zur Überprüfung der Wirksamkeit der Therapie in den kantonalen Institutionen vergeben. Die Studie wird von 2001 – 2004 dauern (Uchtenhagen, 2000).

4 Das Finanzierungssystem

Im Zusammenhang mit Fragen zum Vollzug und zur Organisation der stationären Therapie von Drogenabhängigen zeigen sich in erster Linie zwei Problembereiche, die eng miteinander verknüpft sind: die Finanzierung der Institutionen der stationären Therapie und die kantonale Kontrolle sowie Steuerung des Angebots. Seit 1997 herrscht in der Schweiz bei den Therapieinstitutionen für Drogenabhängige eine akute Finanzkrise ausgelöst durch Veränderungen der Finanzierungsmechanismen durch das Bundesamt für Sozialversicherungen (vgl. Brief Dreifuss vom 3.11. 1998). Finanzielle Schwierigkeiten bestanden aber schon seit längerem in vielen Institutionen. Gründe dafür werden in einem ungeeigneten Finanzierungssystem, einem Überangebot an Therapieplätzen (vor allem bei den klassischen Langzeittherapien) und den zunehmenden Sparbemühungen durch die Kostenträger ausgemacht.

Im folgenden Unterkapitel wird zunächst das heute gültige Finanzierungssystem kurz beschrieben und aus der Sicht der neueren kantonalen Steuerungs- und Finanzierungsmodelle kritisch diskutiert. Dann wird auf die momentane Übergangssituation eingegangen. Schliesslich wird beschrieben, welches Modell als gesamtschweizerische Lösung neu angestrebt wird.

4.1 Das bisherige Finanzierungssystem

Die Entzugsbehandlung wird durch Krankenversicherung und Kanton finanziert. Die Finanzierung der anschliessenden Rehabilitationsbehandlung zeigt sich hingegen äusserst komplex und soll im Folgenden beschrieben werden (eine Liste der berücksichtigten schriftlichen und mündlichen Quellen kann im Anhang eingesehen werden).

Das bisherige Finanzierungssystem im Kanton Bern kann als historisch gewachsene, komplexe Mischfinanzierung durch grösstenteils öffentliche (Bund, Kanton und Gemeinden) und sehr beschränkt auch private Träger beschrieben werden. Je nach finanzierender Organisation werden Beiträge an Taggeldkosten und/oder an Betriebskosten der Institutionen geleistet.

Die Art der Finanzierung hängt etwas vereinfacht gesagt von drei Kriterien ab:

- Treten die KlientInnen ihre Therapie im Rahmen des Massnahmevollzugs an?
- Wo werden die KlientInnen platziert?
- Sind die KlientInnen IV-bezugsberechtigt?

KlientInnen im Massnahmenvollzug

Die Taggelder für Drogenabhängige, welche zu einer Massnahme verurteilt wurden, bringt die Polizei- und Militärdirektion des Kantons Bern auf. Dies aber nur für die Dauer der Massnahme, die ausgesprochen wurde. Verbleibt die betroffene Person länger in der Therapie, dann müssen im Anschluss an die Massnahme andere Geldquellen gefunden werden.

Freiwillige KlientInnen

Für die Finanzierung der Kosten von KlientInnen, welche „freiwillig“, respektive ohne gesetzliche Massnahme in die Therapie eintreten, sind in erster Linie die Gemeinden und der Kanton zuständig. Die Entscheidung über die Finanzierung eines Therapieaufenthalts und die Wahl einer geeigneten Institution in oder ausserhalb des Kantons wird von den zuständigen Vertretern der Gemeinden gefällt.

Bei einer Platzierung *in einer vom Kanton subventionierten Institution*¹⁰ wird die aufzubringende Tagespauschale von rund 185–220 Franken pro Tag von den Gemeinden vorfinanziert und dann in den Lastenausgleich ‚Fürsorge‘ eingebracht, welcher alle Leistungen im Bereich der Fürsorge beinhaltet. In einem zweiten Schritt werden diese Kosten für Fürsorgeleistungen aller Gemeinden und des Kantons summiert. Der Kanton übernimmt von dieser Gesamtsumme einen Anteil von 51%; alle Gemeinden zusammen den restlichen Anteil von 49%, wobei diese Kosten je nach Finanzkraft der Gemeinden aufgeteilt werden. Die jeweilige Gemeinde, welche einen Klienten oder eine Klientin einer Therapie zuweist, muss also lediglich eine Vorfinanzierung der Taggelder erbringen. Danach werden die Kosten aufgrund der Lastenverteilung auf alle Gemeinden und den Kanton aufgeteilt. Da der Einbezug in die Lastenverteilung ohne weitere Differenzierung unter dem allgemeinen Budget-Posten "Fürsorge-Einzelhilfe" erfolgt, hat die kantonale Verwaltung keine direkte Information darüber, welcher Anteil dieser Ausgaben für die Therapie von Drogenabhängigen eingesetzt wird. Es besteht immerhin eine kantonale Statistik des Fürsorgeamts, welche die von den kantonalen Institutionen geleisteten Pflgetage (differenziert nach kantonalem und ausserkantonalem Wohnsitz sowie Massnahmenvollzug und freiwilligem Eintritt) erfasst, so dass mittels eines fixen Tagesansatzes die Ausgaben des Kantons geschätzt werden können.

Werden *Berner Drogenabhängige ausserhalb des Kantons Bern* in einer Institution platziert, dann müssen die Gemeinden beim kantonalen Fürsorgeamt einen Antrag auf Kostengutsprache für sechs

¹⁰ Diese Institutionen verfügen über eine kantonale Betriebsbewilligung und haben ihren Sitz auf Kantonsboden (ausgenommen zwei Institutionen der Terra Vecchia Gruppe im Tessin, Terra Vecchia Bordei und Corte).

Monate einreichen, so dass im Prinzip Transparenz über die Höhe der Kosten für ausserkantonale platzierte Drogenabhängige gegeben wäre. Die Gemeinden informieren dann aber – gemäss der Erfahrung der zuständigen kantonalen Sachbearbeiter – in vielen Fällen nicht darüber, ob die Therapie vor Ablauf dieser sechs Monate abgebrochen wird und ob sie nach sechs Monaten fortgesetzt wird. Für ausserkantonale durchgeführte Therapien wurde seit 1996 eine Taggeldplafonierung von Fr. 220.- eingeführt.

Das bisher geschilderte Finanzierungsverfahren wird dadurch kompliziert, dass der Kanton Bern mit einigen Institutionen ein sogenanntes *Splitting-Verfahren* der Taggeldkosten geschaffen hat. Zur Zeit der Berichterstattung sind sieben Institutionen dem Splitting-Verfahren¹¹ zugelassen. Das Splitting-Verfahren kann folgendermassen beschrieben werden: die Gemeinden bezahlen pro Pflergetag eines Berner Klienten eine Tagespauschale von 75–120 Franken, also deutlich weniger als bei Institutionen ohne Splitting. Der Kanton ergänzt dies bis zur Summe von maximal 195 pro Tag. Diese Aufwendungen werden dem Konto 4400 3650 – 77151 (Beiträge an private bernische Fürsorgeinstitutionen zur Bekämpfung des Drogenmissbrauchs) monatlich auf Rechnungsstellung der Institutionen belastet. Auch diese Ausgaben von Gemeinden und Kanton kommen in den Lastenausgleich Fürsorge. Das bedeutet also lediglich, dass die Gemeinden bei den Institutionen mit Splitting-Verfahren aufgrund der tiefen Tagespauschale einen kleineren Beitrag *vorfinanzieren* müssen.

Gemäss Auskunft der zuständigen Fachperson im Amt für Finanz- und Betriebswirtschaft verstehen viele Gemeindeangestellte oder Laienfürsorger, welche über eine Therapie-Platzierung entscheiden müssen, dieses komplexe Finanzierungssystem mit Splitting und Lastenausgleich zum Teil nicht. Sie gehen davon aus, dass eine Therapie in einer Institution mit tiefer Tagespauschale für die Gemeinde billiger ist als eine Therapie mit hoher Tagespauschale. Was ja auf den ersten Blick auch so scheinen mag. Es werden deshalb oft die Institutionen mit Splitting-Verfahren bevorzugt, welche aber auf den zweiten Blick nur über eine *künstlich* „verbilligtes Angebot“, verfügen. Das Splitting-Verfahren kommt also einer Lenkung der Nachfrage der Gemeinden durch den Kanton gleich. Die Selektionskriterien, welche zur Aufnahme von bestimmten Institutionen in dieses Verfahren führten, sind historisch gewachsen und werden von den zuständigen Fachpersonen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion als nicht mehr zeitgemäss beurteilt.

¹¹ Es sind dies: Aebi-Huus, Rüdli und Hilfe zum Leben sowie die Terra Vechia Institutionen: Schlüssel, Melchenbühl, Corte und Bordei.

KlientInnen mit IV-Bezugsberechtigung

Sind die *KlientInnen IV-bezugsberechtigt*, dann leistet das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) sowohl Betriebsbeiträge (z.B. Beiträge für Neubauten) wie auch Taggelder bezogen auf das Betriebsdefizit einer Institution. Dies geht im Moment nach folgender Regelung vor: Anhand der Jahresrechnung einer Institution wird das Betriebsdefizit pro Pflage tag berechnet. Dann wird der Anteil der Pflage tage von IV-bezugsberechtigten KlientInnen festgestellt und dieser dann multipliziert mit dem Betriebsdefizit pro Pflage tag. Der Entscheid zur Anerkennung eines Arztzeugnisses und folglich zur Deckung der Kosten eines Aufenthalts wird meist erst mit grosser Verzögerung nach dem Therapieaufenthalt gefällt, so dass die Institutionen nie sicher sein können, ob dieser Anteil der Kosten des Therapieaufenthalts eines bestimmten Klienten übernommen wird oder nicht. Bis 1997 akzeptierte das BSV alle Arztzeugnisse, welche eine IV-Berechtigung attestierten. Seither wurde ein grosser Anteil der Arztzeugnisse abgelehnt (1997 etwa 60%, 1999 noch etwa 40%), mit der Begründung, dass die formalen Kriterien für eine IV-Berechtigung nicht gegeben sind.

„Der Entscheid des Bundesamtes für Sozialversicherung, Betriebsbeiträge nur noch für die Betreuung Invaliden im Sinne des IVG auszurichten und damit eine teilweise nicht rechtskonforme Subventionspraxis zu korrigieren, war der Auslöser einer seit längerer Zeit schwelenden Krise., (Bundesamt für Gesundheit, November 1999).

Bund und Kantone sind im Moment daran, eine neue Finanzierung auszuarbeiten, welche den Wegfall der BSV-Subventionen kompensieren soll (vgl. Brief Dreifuss, vom 16. Juli 1998 und Kapitel 4.3 weiter unten). Diese Veränderungen führten in den letzten Jahren zu einer chronischen finanziellen Gratwanderung vieler therapeutischer Institutionen. Um das Therapieangebot für Drogenabhängige als eine der vier Säulen der schweizerischen Drogenpolitik zu sichern, wurde deshalb nach einer neuen Finanzierungsmöglichkeit gesucht und gleichzeitig bis zur Realisierung des neuen Modells nach Übergangslösungen gesucht (vgl. Kapitel 4.3).

Weitere Finanzierungsquellen

Weitere bis anhin weniger bedeutsame Geldquellen sind einerseits das Bundesamt für Gesundheit und andererseits private Träger. Das *Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG)* leistet nur in Einzelfällen einmalige Betriebsbeiträge, zum Aufbau einer neuen Institution. Kriterien für diese Leistungen sind der Bedarfsnachweis und die Qualität des Behandlungsangebots.

In seltenen Fällen werden auch *Private* (nahe Verwandte) zur Übernahme eines Teils der Taggeldkosten oder weniger selten zur Begleichung der Nebenkosten verpflichtet. Private Organisation wie Stiftungen oder Vereine leisten ebenfalls einen gewissen Beitrag an die Betriebskosten.

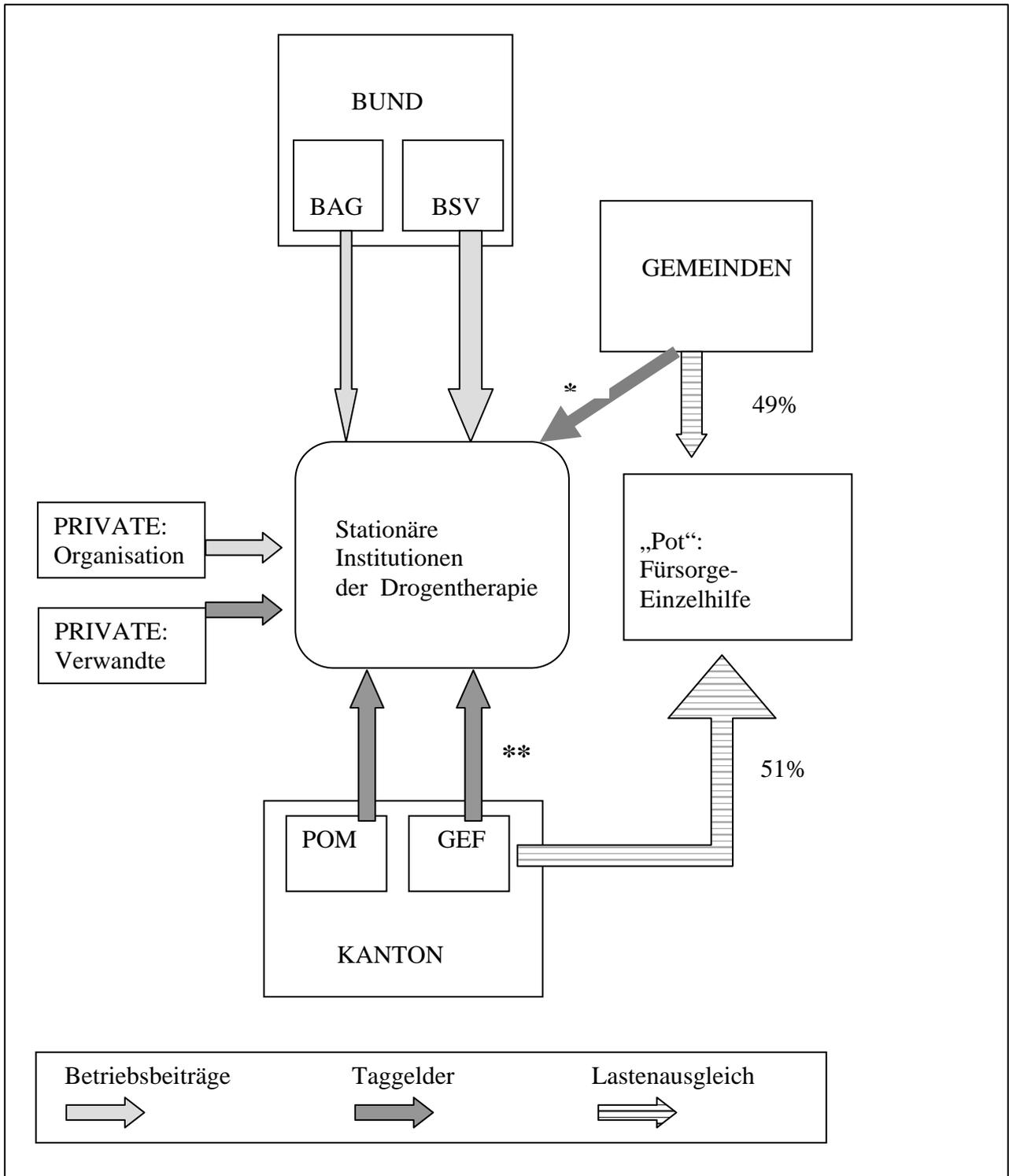


Abb. 4.1: Verschiedene Finanzierungsströme der therapeutischen Drogentherapie

* Vorfinanzierung der Taggelder durch Gemeinden an Non-Splitting-Institutionen und eines Teilbetrags an Splitting-Institutionen

** Vorfinanzierung eines Teilbetrags der Taggelder an Splitting-Institutionen

Zusammenfassung

Es handelt sich also insgesamt um eine komplexe Mischfinanzierung, die zudem noch unterschiedlichen zeitlichen Gesetzmässigkeiten unterworfen ist. So werden beispielsweise die Subventionsbeiträge durch das Bundesamt für Sozialversicherungen nicht selten erst ein bis zwei Jahre nach Erbringung der Leistung ausbezahlt. Um trotz der Komplexität dieser verschiedenen Finanzierungsquellen eine gewisse Anschaulichkeit zu gewinnen, wurde versucht, das System graphisch darzustellen (vgl. Abbildung 4.1).

4.2 Bewertung des bisherigen Finanzierungssystems

Im Folgenden soll das bisherige Finanzierungssystem aus Sicht der neuen Finanzierungsmodelle und von neuen gesetzlichen Grundlagen¹², welche der Kanton Bern sowohl im Fürsorge- wie auch im Gesundheitsversorgungsbereich anstrebt, kritisch bewertet werden.

1. Als wichtiger positiver Aspekt des heutigen Systems muss auf die Regelung des Lastenausgleichs zwischen Gemeinden und Kanton zur Finanzierung der Therapiekosten von freiwilligen KlientInnen hingewiesen werden. In 12 Kantonen (KOSTE, November 1999) ist bisher kein Lastenausgleich vorgesehen. Je nach Regelung müssen die Therapiekosten vollumfänglich von der Wohnsitz-Gemeinde übernommen werden, was insbesondere für kleine Gemeinden zu einer enormen finanziellen Belastung werden kann. Dies kann auch dazu führen, dass das billigste Therapieangebot in Anspruch genommen wird, auch wenn dieses die Minimalstandards an die Therapiequalität nicht erfüllt (z.B. nicht anerkannte Institutionen wie Le Patriarche). Das Berner Modell garantiert einen Ausgleich, der eine qualitativ hochstehende Versorgung für alle Betroffenen unabhängig von ihrem Wohnsitz erst ermöglicht.

Folgende Punkte sind hingegen beim bisherigen System noch nicht optimal gelöst:

2. Mangelnde Transparenz, Kontrolle und Steuerung der kantonalen Ausgaben: Wieviel bezahlt der Kanton, für welche Leistung, an wen?
3. Mangelnde Ziel- und Wirkungsorientierung der Ausgaben: Welches Ziel soll erreicht werden? Welche Wirkung wird angestrebt?
4. Fehlende Informationen über den Bedarf an Therapieplätzen und somit keine Möglichkeit zur bedarfsgerechten Angebotssteuerung.
5. Wenig Möglichkeiten, leistungs-, oder wirkungsorientierte finanzielle Anreize zu schaffen.
6. Die Leistung von Defizitgarantien widerspricht der heutigen Auffassung einer betriebsökonomischen Planung von Institutionen der Sozialhilfe und schafft falsche Anreize. Dies ist allerdings ein allgemeines Problem, welches in der Zukunft mit leistungsorientierten Finanzierungssystemen gelöst werden soll.
7. Es besteht nicht mehr zeitgemässe Nachfragerlenkung durch das Splitting-Verfahren. Dieses Verfahren führt zu einer Lenkung der Nachfrage durch die Gemeinden, welche an heute nicht mehr adäquate Kriterien gebunden ist.

¹² „Integrale Überprüfung des Fürsorgewesens und neue Perspektiven,, Gesundheits- und Fürsorgedirektion, Mai, 1997; Entwurf zum neuen Sozialhilfegesetz (SHG) vom März 2000.

8. Die Entscheidungskompetenz über die Platzierung von Drogenabhängigen liegt alleine bei den Gemeinden: Es ist fraglich, ob v.a. kleine Gemeinden, die seltener mit diesem Problem konfrontiert sind, über genügend institutionsbezogene Informationen verfügen, um eine adäquate Entscheidung zu treffen (z.B. hinsichtlich der Übereinstimmung von Klientenmerkmalen zum Angebot der Institutionen, Einhaltung von Standards durch die Institutionen, etc.). Dieses dezentrale Platzierungssystem erschwert auch eine kantonal koordinierte Planung und die finanzielle Kontrolle der Ausgaben.
9. Es besteht ein unklares finanzielles Anreizsystem in bezug auf die Selektion von Gruppen von Abhängigen, die ein höheres Taggeld einbringen (z.B. möglichst viele Massnahme-KlientInnen oder IV-Berechtigte).

Auch aus der Perspektive der drogentherapeutischen Institutionen weist das bisherige Finanzierungssystem gravierende Schwachpunkte auf:

10. Durch das undurchsichtige Finanzsystem entstehen finanzielle Unsicherheiten. Es wird sehr schwierig, die finanzielle Situation sinnvoll in die innerbetriebliche Planung und Steuerung einfließen zu lassen.
11. Die verschiedenen Geldgeber verfolgen teilweise unterschiedliche Zielsetzungen und haben unterschiedliche Qualitätsstandards.
12. Die Komplexität des Abrechnungssystems in Bezug auf verschiedene Gruppen von Drogenabhängigen und teilweise verschiedene Tagespauschalen führt zu erhöhtem administrativem Aufwand bei den Institutionen.
13. Es bestehen teilweise Widersprüche zwischen den therapeutischen Zielen und den finanziellen Anreizen.

4.3 Übergangs-Lösungen

Die geschilderten Probleme wurden sowohl von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons wie auch vom Bund erkannt und es wurden von beiden Seiten kurz- und mittelfristige Massnahmen getroffen, um eine Verbesserung des Finanzierungssystems zu erreichen (die zur Beschreibung der Überbrückungsmassnahmen analysierten Quellen sind im Anhang aufgeführt).

Als erste Massnahme zur Behebung der Liquiditätsschwierigkeiten der stationären Suchthilfeinstitutionen wurde durch die Vorsteherin des Eidgenössischen Departementes des Innern (EDI) der Auftrag erteilt, ein neues Finanzierungsmodell zu entwickeln. Zu diesem Zweck wurde eine Arbeitsgruppe (Finanzierung der Suchthilfe, FISU) eingesetzt, welche eine gesamtschweizerische Lösung der momentanen Probleme in der Finanzierung anstrebt. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern ist in dieser Gruppe durch den Direktor, den Generalsekretär sowie durch den Fachstellenleiter der Abteilung Suchtfragen und Gesundheitsförderung vertreten. Die für die Entwicklung dieses Projekts zentrale Arbeitsgruppe "Finanzierungsmodell 2000/ff" steht unter Leitung des Generalsekretärs der Gesundheits- und Fürsorgedirektion.

Das von der Arbeitsgruppe skizzierte neue Finanzierungsmodell, welches sich unter anderem auf eine Expertise (Oggier, 1999) stützt, befindet sich zur Zeit der Berichterstattung noch in der Vernehmlassung.

Zur Sicherung des notwendigen Angebots an therapeutischen Institutionen mussten für die Übergangszeit neue Finanzierungsmöglichkeiten gefunden werden. Zielsetzung dieser Überbrückungsmassnahmen ist es, eine ausschliesslich aus finanziellen Gründen bedingte Schliessung von therapeutischen Institutionen zu verhindern.

Der Bundesrat hat zu diesem Zweck einen Nachkredit bewilligt, der nach bestimmten Kriterien unter Leitung des Bundesamtes für Gesundheit an Institutionen verteilt wird, welche sich aufgrund des Wegfalls der BSV-Subventionen in einer Finanzkrise befinden. 1997 betrug die gesamtschweizerische Anerkennungsquote der geleisteten Pflorgetage als IV-Bezugsberechtigte noch circa 45% (früher rund 100%). Die vom Bund geleisteten Überbrückungskredite von 18 Mio. Franken für die Jahre 1998 und 1999 deckten knapp 70% des Ausfalls, den die Institutionen durch die Reduktion der IV-Anerkennungsquote erlitten. 1999 ist diese Quote wieder auf etwa 65% gestiegen (dies unter anderem durch eine intensive Schulung der ÄrztInnen, welche die IV-Zeugnisse erstellen). Das Bundesamt für Gesundheit geht für das Jahr 2000 von einer Anerkennungsquote von 65-70% aus, was einen erneuten Fehlbetrag von 15-18 Mio. Franken ergibt. Für das Jahr 2000 drohen deshalb vielen Institutionen wiederum akute Liquiditätsengpässe (KOSTE, 20.9.1999). Die Vorsteherin des EDI hat einen erneuten Nachkredit für das Jahr 2000 zugesagt unter der Bedingung, dass sich die Kantone mit dem neuen Finanzierungsmodell einverstanden erklären. Das Bundesamt für Gesundheit und das Bundesamt für Sozialversicherungen schlagen für 2000 folgende Übergangslösung vor:

- Beantragung eines Nachtragkredits, der 2/3 der wegfallenden IV-Gelder deckt
- Auftrag an Kantone, den verbleibenden Drittel der Zusatzfinanzierung zu sichern.

Fazit

Der momentane instabile Zustand des Finanzierungssystems, der von Jahr zu Jahr neu entschieden und mit viel Aufwand zwischen den verschiedenen Bundesämtern, den Kantonen und den Institutionen ausgehandelt werden muss, muss als ineffizient und wohl für alle Beteiligten äusserst unbefriedigend bezeichnet werden. Eine gesamtschweizerische Lösung, welche die längerfristige Sicherung eines bedarfsgerechten Angebots sowie einen interkantonalen Ausgleich der Kosten erlaubt, sollte sobald wie möglich angestrebt werden. Nach Einschätzung des Suchtbeauftragten des Kantons Bern würde bei einem Scheitern der Einigung auf einen kantonalen Lastenausgleich (resp. der baldigen Einführung des neuen Finanzierungssystems, FiSU), eine dramatische Situation für die stationäre Suchthilfe entstehen.

4.4 Geplantes, neues Finanzierungssystem

Im Folgenden sollen kurz die zentralen Punkte, des von der Arbeitsgruppe im Auftrag der Vorsteherin des EDI erarbeiteten neuen Finanzierungsmodells von Suchttherapien (FiSU), vorgestellt werden. Die dafür berücksichtigten Quellen sind wiederum im Anhang aufgeführt.

Die folgenden Zielsetzungen standen bei der Ausarbeitung des Systems im Zentrum:

- langfristige Sicherstellung der Finanzierung von Suchttherapien, welche bedarfsgerecht und qualitativ hochstehend sind
- Ersatz der rückwirkenden Abgeltung durch ein prospektives System
- Prinzip der Gleichbehandlung für alle Arten von KlientInnen bei inner- und ausserkantonaler Platzierung
- Schaffen eines Anreizsystems durch leistungsorientierte Abgeltung anstatt der Defizitdeckung
- gute Zusammenarbeit zwischen den Kantonen zum Aufbau einer gesamtschweizerischen Planung eines bedarfsgerechten Angebots und von geeigneten Platzierungen
- möglichst gerechte Aufteilung der Kosten.

Das vorgeschlagene Modell beruht auf dem Prinzip der **Leistungsfinanzierung mit Arbeitsfeld-Pauschalen**. Die Institutionen sollen auf diese Weise prospektiv für zuvor genehmigte genau definierte Leistungen pauschal entschädigt werden. Für die Suchtrehabilitation wurden insgesamt 36 verschiedene Arbeitsfelder definiert, davon betreffen 12 vor allem die stationäre Therapie. Die Arbeitsfelder werden definiert durch die Kombination von drei Dimensionen:

- Leistungsbereich: Alltagskompetenzen und Integrationsfähigkeit; Schule und Bildung; Beruf und Arbeit; Freizeitgestaltung
- Interventionsgrad: ersetzende, ergänzende, begleitende Massnahmen
- Interventionszeit: Kurz- (bis 3 Monate), mittel- (bis 12 Monate) und langfristig (länger als 12 Monate)

In einem ersten Schritt sollen nun diese Arbeitsfelder noch genauer definiert und umschrieben werden. Dann wird eine Pilotstudie durchgeführt, um eine Tarifierung der verschiedenen Arbeitsfelder erarbeiten zu können. Aufgrund dieser Modellrechnungen wird dann versucht, eine Hochrechnung für die gesamtschweizerischen Kosten der Behandlung zu erstellen. Es wird davon ausgegangen, dass weiterhin eine Mischfinanzierung aus den gleichen Quellen wie weiter oben dargestellt, stattfinden wird. Die künftige Aufteilung der Kosten kann aber zu diesem Zeitpunkt noch nicht bestimmt werden. Der Vollzugsablauf, die Rollenzuteilung unter den Kantonen inklusive einer Liste der anerkannten Institutionen sollen im Rahmen der Revision der Interkantonalen Heimvereinbarung (IHV) geregelt werden, welche zur Zeit unter Federführung der Sozialdirektoren-Konferenz (SODK) in Bearbeitung ist.

Die Kantone müssten im neuen Modell folgende bisherige aber auch neue Aufgaben übernehmen:

1. Führen einer Liste mit anerkannten Einrichtungen
2. Treffen von Leistungsvereinbarungen mit den Institutionen
3. Überwachen der Qualitätssicherung
4. Bereitstellen eines Angebots zur Indikationsstellung / Triage
5. Genehmigen der stationären Platzierungen und der Rehabilitationspläne
6. Bezeichnen einer Verbindungs- und Koordinationsstelle zur Regelung der finanziellen Aspekte der Platzierungen
7. Überweisen der Vorauszahlungen für genehmigte Leistungen
8. Einfordern der erforderlichen Beträge bei den anderen Organisationen und Behörden

Die ersten drei Punkte sind schon jetzt gemäss Heimverordnung vom 18. September 1996 Aufgabe der Gesundheits- und Fürsorgedirektion. Die Aufgaben 4 bis 7 stellen hingegen grösstenteils neue Aufgaben des Kantons dar.

Zur Umsetzung des Punktes 4 hat die Gesundheits- und Fürsorgedirektion ein *Case-Management-Konzept* entworfen, welches zentrale Platzierungsstellen vorsehen würde (internes Papier, Jann, 2000).

Eine Ausnahme ist für die Städte vorgesehen, die weiterhin diese Aufgabe selbst wahrnehmen könnten. Die kleineren Gemeinden würden auf diese Weise entlastet und die Platzierung könnte professioneller gestaltet werden, was wiederum eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg der Therapie ist.

Der Bund seinerseits wäre vor allem für die gesamtschweizerische Planung eines bedarfsgerechten Angebots, die Entwicklung von Standards und qualitätssichernden Massnahmen sowie die Statistik, Evaluation und Forschung zuständig.

Die Frage der Kompatibilität mit den gesetzlichen Grundlagen des Kantons

Für die zukünftige Entwicklung stellt sich auch die Frage der Kompatibilität des vorgeschlagenen Finanzierungsmodells mit den gesetzlichen Grundlagen des Kantons Bern: der Heimverordnung (HEV) vom 18.9.1996 sowie dem neuen Sozialhilfegesetz des Kantons Bern (SHG), welches am 20.12.2000 vom Regierungsrat zH des Grossen Rats verabschiedet wurde und sich nun in der Beratung der grossrätlichen Kommission befindet.

Innerhalb der HEV werden die groben Rahmenbedingungen vorgegeben, nach denen Heime im Kanton Bern eine Betriebsbewilligung zur Betreuung und Pflege von verschiedenen KlientInnengruppen erhalten. Beurteilungskriterien sind unter anderem eine geeignete Infrastruktur, die Ausbildung von Heimleitung und Betreuungspersonal sowie Massnahmen zur Qualitätssicherung der Arbeit. In fast allen Belangen ist es Sache der zuständigen Dienststelle „Betriebsbewilligungen,,

der Gesundheits- und Fürsorgedirektion, einen Minimalstandard für diese Kriterien festzulegen. Es zeigen sich keine relevanten Diskrepanzen zwischen der HEV und dem neuen Finanzierungsmodell. Das neue Sozialhilfegesetz (SHG) beinhaltet einige neue Prinzipien des Vollzugs aber auch der angestrebten Zielsetzungen, die sich vor allem auf die Ergebnisse des Projekts „Integrale Überprüfung des Fürsorgewesens (IÜF)“, stützen. Für die vorliegende Fragestellung interessant sind vor allem folgende allgemeine Prinzipien des SHG:

- Entflechtung der Zuständigkeiten von Kanton und Gemeinden
- Zusammenführen von finanzierender und steuernder Instanz
- Erhöhung der Steuerungsmöglichkeiten durch den Kanton
- Schaffen von Leistungsanreizen

Was den Aufgabenbereich der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) betrifft, wird im Art. 14 festgehalten, dass die GEF als operative Behörde Bedarfsplanung, Planung und Koordination der Angebote, Überprüfung der Wirkung und Qualität der Angebote sowie das Erstellen von Leistungsverträgen übernimmt.

Das neue Finanzierungsmodell der stationären Suchthilfe (FiSU) folgt zu einem grossen Teil diesen neuen Prinzipien. Die Gemeinden würden ihre Zuständigkeit für die Platzierung von Abhängigen an den Kanton abgeben, was einer klaren Entflechtung der Aufgabenbereiche entsprechen würde. Der Kanton Bern als vorfinanzierende Instanz hätte deutlich bessere Steuerungsmöglichkeiten. Das Modell FiSU stellt klar auf leistungsbezogene Abgeltung ab. Der im SHG vorgesehene Aufgabenbereich des Kantons entspricht weitgehend den Forderungen des Finanzierungsmodells FiSU mit der Ausnahme, dass die Evaluation und Qualitätssicherung zu einem grossen Teil Sache des Bundes wäre.

Die Finanzierung der Institutionen ist im neuen SHG immer noch als Verbundaufgabe von Kanton und Gemeinden vorgesehen, was ebenfalls den bisher allerdings noch sehr unpräzisen Vorgaben des FiSU entspricht.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bei einer groben Überprüfung der Kompatibilität der kantonalen Gesetzgebung mit dem Finanzierungsmodell FiSU keine stossenden Probleme ersichtlich sind. Das neue Finanzierungsmodell geht mit der Philosophie des neuen Sozialhilfegesetzes überwiegend überein.

Beurteilung des geplanten neuen Finanzierungssystems

Die Einführung des vorgeschlagenen neuen Finanzierungssystem würde in vielen kritisierten Punkten eine Verbesserung der Situation mit sich bringen.

- Die pauschale Abgeltung von umschriebenen Leistungen setzt betriebswirtschaftlich sinnvolle Anreize für die Institutionen.

- Die Abgeltung nach Arbeitsfeldern schafft eine gerechtere Entlohnung für die unterschiedlichen Interventionsbereiche der Institutionen.
- Sowohl die Kostentransparenz wie auch die Anwendung einheitlicher Qualitätskriterien würde die Kontroll- und Steuerungsmöglichkeiten durch den Kanton erhöhen.
- Die Vorfinanzierung durch den Kanton würde die Möglichkeit schaffen, die akute Finanzkrise der anerkannten bedarfsgerechten Institutionen aufzufangen.
- Die zentral vorgenommene Entscheidung über Platzierung und Rehabilitationspläne nach einheitlichen Kriterien sollte die Qualität dieser Entscheidungen und somit die Therapiechancen verbessern. Entscheide zugunsten von Billigtherapien mit zweifelhaftem Ruf wären auf diese Weise nicht mehr möglich.
- Die gesamtschweizerische Ausrichtung in bezug auf Finanzierungs- und Qualitätskriterien würde dem Charakter der heute gängigen Platzierungspraxis gerecht, da bereits heute ein beträchtlicher Teil der Berner Drogenabhängigen in Institutionen ausserhalb der Kantonsgrenzen und umgekehrt ausserkantonale Abhängige in Berner Institutionen untergebracht sind.
- Durch dieses einheitliche Finanzierungssystem würde auch der interkantonale Ausgleich gewährleistet.
- Die Aufhebung des Splitting-Verfahrens ist zu begrüssen, wenn stattdessen ein für *alle* Institutionen gültiges Bewilligungs- und Anerkennungsverfahren durchgesetzt wird.
- Ein Grossteil der Zielsetzungen des FiSU entspricht klar der prinzipiellen Stossrichtung und Philosophie des neuen Sozialhilfegesetzes.
- Die Verteilung der Kompetenzen geht ebenfalls grösstenteils zusammen mit den Vorgaben des neuen Sozialhilfegesetzes. Die Delegation der komplexen und aufwändigen Aufgabe der Evaluation der therapeutischen Arbeit der Suchthilfeinstitutionen an den Bund scheint eine sinnvolle Variante zum SHG darzustellen.

Als kritische Punkte des neuen Systems müssen einerseits die Realisierungsmöglichkeit innert nützlicher Frist sowie die Zusatzbelastung der Kantone vermerkt werden. In der Vernehmlassungsrunde haben fast alle Kantone (bis auf zwei) Stellungnahmen eingereicht. Drei Kantone lehnen das neue Finanzierungssystem ab, die anderen befürworten den Inhalt grundsätzlich mit gewissen Vorbehalten. Der wichtigste Vorbehalt betrifft die Forderung, dass es zu keiner finanziellen Mehrbelastung der Kantone kommen darf. Die vorgesehene Vorfinanzierung durch die Kantone wird den Vollzugsaufwand der Kantone erhöhen, da diese dann verantwortlich sind für das Aufbringen der ausstehenden Beiträge. Auch eine seriöse Qualitätssicherung der Arbeit der Institutionen sowie eine sinnvolle Beurteilung von Platzierungs- und Rehabilitationsplänen bedeutet einen grossen Vollzugsaufwand. Je nach Zahlungsmoral der anderen Kostenträger liegt darin auch ein gewisses finanzielles Risiko für die Kantone. Andererseits erhalten die Kantone durch das neue Finanzierungsmodell mehr Möglichkeiten zur Steuerung und Kontrolle des Aufwands. Folgende Stichworte fassen diese Aspekte zusammen:

- Schwierigkeit der Realisierung innert nützlicher Frist
- Erhöhung des Vollzugsaufwands der Kantone

- finanzielles Risiko der Kantone durch Vorfinanzierung
- Verbesserte Möglichkeiten zur Steuerung und Kontrolle des Aufwands durch die Kantone.

Zusammenfassung

Das vorgeschlagene Finanzierungssystem würde aus unserer Sicht insgesamt eine deutliche Verbesserung für Kostenträger, drogentherapeutische Institutionen und wohl auch KlientInnen mit sich bringen. Wichtig für den Kanton Bern wären vor allem die Regelung des Lastenausgleichs zwischen den Kantonen.

5 Belegungsstatistik

(Abteilung für wissenschaftliche Auswertung, GEF)

In Ergänzung zu den Angaben des Instituts für Suchtforschung soll in diesem Kapitel noch einmal kurz auf die Belegung der kantonalen Institutionen eingegangen werden. Insbesondere interessieren die Auslastung der vorhandenen Betten und eine allfällige Veränderung der Auslastung in den letzten Jahren. Ausgewertet werden konnten die Daten der Belegungsstatistik des Fürsorgeamts für die Jahre 1995–1999 und für die Bettenzahl bis 2000. Die Datengrundlage war über die hier beobachtete Zeit sehr instabil, da insbesondere in den letzten Jahren starke Wechsel bei den anbietenden Institutionen stattgefunden haben (z.B. Schliessungen, Umwandlung in ein Angebot für Personen mit psychischen Störungen, Neueröffnungen; vgl. Kapitel 2 zur Abgrenzung des Gegenstands der Erfolgskontrolle).

Die Bettenzahl, welche von den Berner Drogen-Wohngemeinschaften angeboten wird, hat sich in den Jahren 1996–2000 deutlich verringert von 307 auf 197 Betten (-36%)¹³. Vergleicht man die Bettendichte pro 100'000 EinwohnerInnen, dann befand sich der Kanton Bern im Jahr 1999 nur noch knapp über dem gesamtschweizerischen Mittel.

¹³ In Bezug auf den Abbau der Bettenzahl für Drogenabhängige insgesamt muss noch erwähnt werden, dass die sogenannten Familienplätze, welche in dieser ERKOS nicht berücksichtigt wurden, in den letzten Jahren etwas ausgebaut wurden.

Tabelle 5.1: Bettendichte (Anzahl Betten pro 100'000 EinwohnerInnen) im Kanton Bern und Gesamtschweiz 1997 – 1999¹⁴

	1997 ¹⁵	1998	1999
Bern	32.7	24.5	22.3
CH total	–	22.3	21.0

In der folgenden Graphik werden die geleisteten Pfl egetage im Verlauf der Jahre 1995 bis 1999 dargestellt. Die oberste Linie gibt die Summe der insgesamt geleisteten Pfl egetage an. Dieser Wert hat sich seit 1995 kontinuierlich und deutlich verringert und scheint sich seit 1999 auf einem tieferen Stand zu stabilisieren. Es wurde ausserdem unterschieden zwischen Pfl egetagen für Berner und ausserkantonale KlientInnen. Man kann sehen, dass dieser Relation sich stark verändert hat seit 1995. Der Anteil der Berner hat nur wenig (-15% des Werts von 1995), derjenige der ausserkantonalen KlientInnen hat stark abgenommen (-55%). Dies entspricht einer erwünschten Veränderung des KlientInnen-Pools, da auf diese Weise das im gesamtschweizerischen Vergleich erhöhte Angebot an Betten im Kanton Bern, welche zur Deckung des Bedarfs von anderen Kantonen genutzt wurde, abgebaut wird.

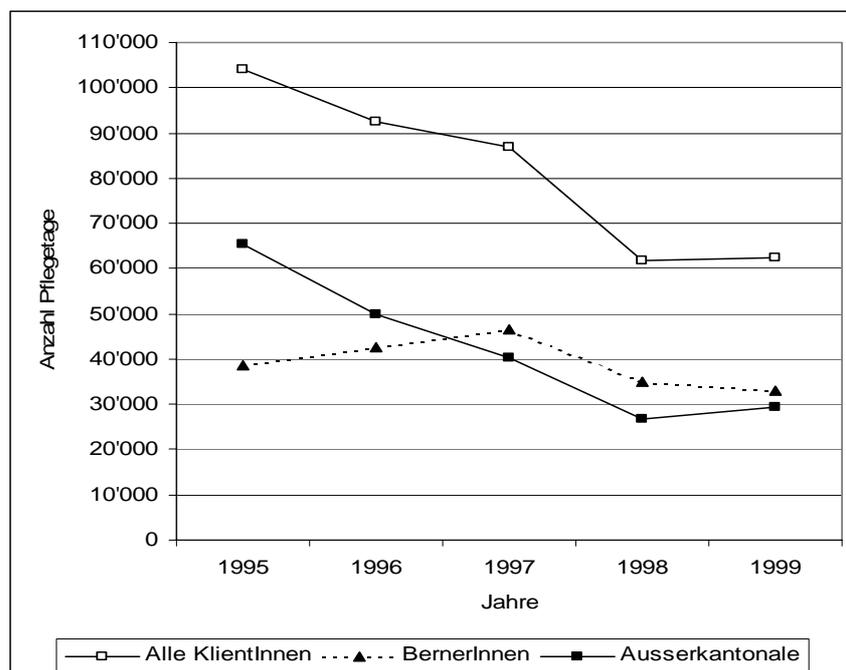


Abb. 5.1: Summe der geleisteten Pfl egetage 1995–1999 für Berner und ausserkantonale KlientInnen

¹⁴ Datenquellen: Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2000; Belegungsstatistik des Fürsorgeamts des Kantons Bern und schriftliche Mitteilung von U. Simmel, Koste, Bern zu der Anzahl Betten in der Schweiz heute.

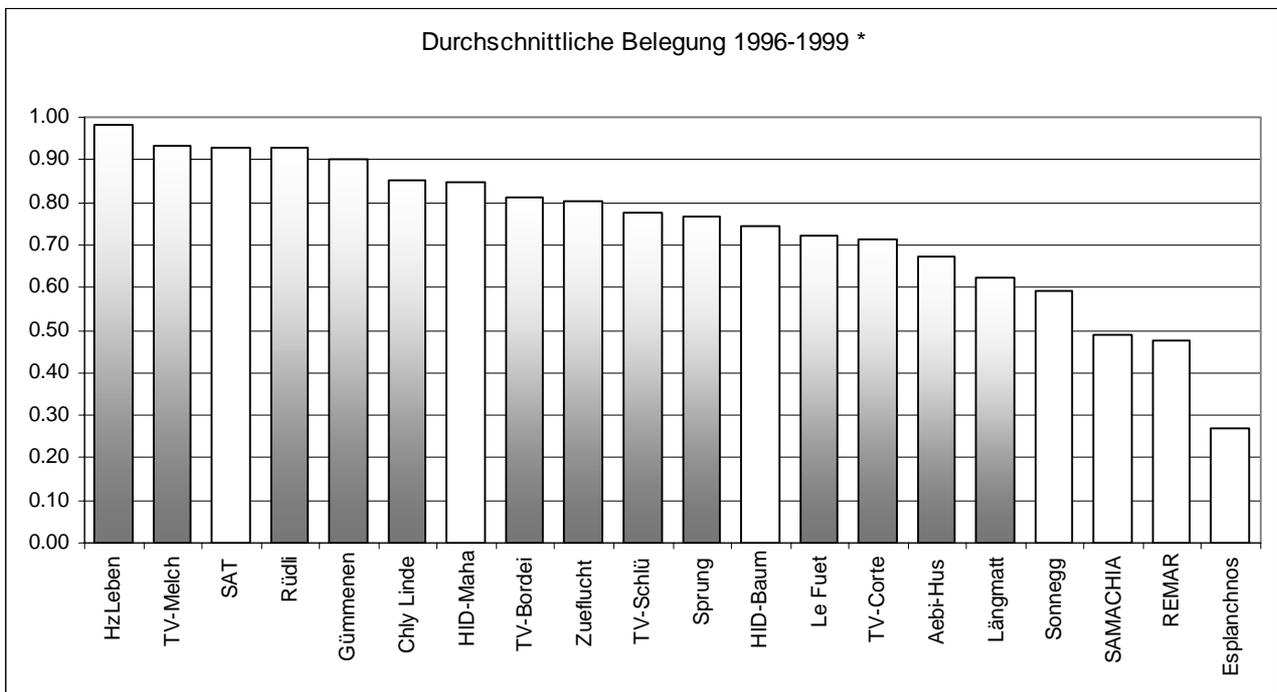
¹⁵ Für 1997 lagen leider keine gesamtschweizerischen Daten vor.

Die Auslastung (Anzahl geleistete Pflgetage / (Anzahl Betten X 365)) insgesamt blieb recht stabil. Die Höhe der Auslastung lag im Schnitt knapp unter der 80%-Grenze. Eine 80% Auslastung kann gemäss BSV-Norm als befriedigend bezeichnet werden.

Tabelle 5.2: Auslastungsquote in den Jahren 1996-1999

Jahr	1996	1997	1998	1999	Mittelwert
Bettenzahl	307	311	233	221	266
Auslastung in %	82	77	73	81	78

In der folgenden Abbildung wird die Auslastung für die einzelnen Institutionen getrennt dargestellt. Es handelt sich bei der Kennzahl um die mittlere Auslastung der Jahre 1996-1999 (Anzahl geleistete Pflgetage / Anzahl Betten * 365). Bei denjenigen Institutionen, welche in dieser Zeitspanne geschlossen oder neu eröffnet wurden, bezieht sich der Mittelwert dementsprechend auf weniger Werte. Falls die Institutionen weniger als zwei Jahreswerte > 0 aufwiesen, wurden sie in dieser Darstellung nicht berücksichtigt. Die weissen Balken bezeichnen diejenigen Institutionen, welche heute nicht mehr in der stationären Suchthilfe tätig sind (geschlossen oder anderes Angebot).



* weisse Balken bezeichnen Institutionen, die heute kein Angebot in der stationären Suchthilfe mehr haben

Abb. 5.2: Mittlere Auslastung der Institutionen von 1996 – 1999 (es wurden nur Institutionen berücksichtigt, welche in dieser Zeitspanne mindestens 2 Werte > 0 aufwiesen)

Es zeigen sich grosse Unterschiede zwischen den verschiedenen Institutionen, deren Belegung im Schnitt der letzten vier Jahre zwischen fast 100% und 35% variierten. Über die Ursachen für die

teilweise schlechte Belegung kann aufgrund der vorliegenden Daten nur spekuliert werden. Mögliche Ursachen sind u.a.: zeitweilige Unterbelegung aufgrund von personellen oder konzeptuellen Veränderungen, unattraktives therapeutisches und infrastrukturelles Angebot, Probleme mit den zuweisenden Stellen und schlechte Vernetzung mit Entzugsstationen und anderen Drogenhilfe-Institutionen. Keine der vier Institutionen mit der tiefsten Auslastung ist heute noch in der stationären Drogentherapie tätig: einige haben den Betrieb eingestellt, andere wiederum die Zielgruppe oder Betriebsform geändert. Die geringe Auslastung hat hier sicherlich auch einen Einfluss auf die Reduktion von Überkapazitäten im Kanton Bern gehabt.

Als in den letzten Jahren gut ausgelastet (über der 80%-Auslastungsgrenze) können neun Institutionen bezeichnet werden. Unter den vier am besten ausgelasteten Institutionen sind drei dem Splitting-Verfahren zugelassen. Obwohl sicherlich auch andere Faktoren einen wichtigen Einfluss auf die Auslastung haben (Attraktivität des Angebots, Therapiekonzept, Vernetzung mit Behörden und anderen Drogenhilfe-Institutionen, etc.), spricht dieses Resultat dennoch für die Annahme, dass das Splitting-Verfahren tatsächlich einen Lenkungseffekt auf die zuweisenden Stellen hat.

6 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Aus den vorliegenden Ergebnissen werden nun entsprechend den in Kapitel 2.3 formulierten Fragestellungen Antworten gefunden und Schlussfolgerungen gezogen. Im zweiten Teil des Kapitels werden anschliessend einige Empfehlungen für das weitere Vorgehen formuliert.

6.2 Beantwortung der Fragestellungen der Erfolgskontrolle

In den Fragestellungen nach Behandlungsbedarf, Leistungen, Wirkung und Effizienz der Institutionen fehlen für eine fundierte Beurteilung wichtige Informationen. Diese können im Rahmen einer Grobuntersuchung nicht erarbeitet werden. Die Datenlage lässt dennoch eine mit Vorsicht durchgeführte Beurteilung zu.

Vollzug:

- 1. Welches Angebot an stationären Therapieplätzen besteht heute im Kanton Bern und wie kann dieses Angebot auf dem Hintergrund der neueren Erkenntnisse in bezug auf seine Bedarfsgerechtigkeit beurteilt werden?*

Das Angebot der Berner Einrichtungen ist breit und umfassend. Die Bettenzahl hat sich in den letzten 4 Jahren um gut 35% auf heute rund 197 Plätze reduziert (Stand 2000). Es scheint, dass diese Verringerung der Bettenzahl einer Reduktion des Bedarfs im Kanton Bern entspricht. Neben gemeinsamen Schwerpunkten diversifizieren sich die Einrichtungen entsprechend den

heute gültigen Empfehlungen auf verschiedene spezielle Zielgruppen. Die vorliegenden Daten weisen auf einen zusätzlichen Bedarf an geschlechterspezifischen Angeboten oder entsprechenden Kompetenzen des Betreuungs- und Therapiepersonals sowie an Übergangseinrichtungen hin. Diese Annahme müsste allerdings aufgrund einer vertiefteren Bedarfsabklärung noch bestätigt werden.

2. *Wie ist die Strukturqualität dieser Institutionen im Vergleich zum gesamtschweizerischen Angebot zu beurteilen? Entspricht die Strukturqualität den kantonalen Vorgaben und anderen heute massgeblichen Richtlinien?*

Zur Beantwortung dieser Frage wurden die Richtlinien der Konferenz der kantonalen Suchtbeauftragten (KKBS) hinzugezogen. Die grosse Mehrheit der Berner Einrichtungen entspricht den untersuchten Punkten der Richtlinien der KKBS. Einzelne nicht erfüllte Punkte sollten von den entsprechenden Einrichtungen in der Regel ohne grösseren Aufwand erfüllt werden können. Es konnten keine gravierenden Strukturdefizite bei den untersuchten Einrichtungen gefunden werden. Die Strukturqualität entspricht ebenfalls dem Standard der übrigen Schweizer Institutionen.

3. *Wie werden die therapeutischen Institutionen finanziert? Welche Vor- und Nachteile hat das heutige Finanzierungssystem?*

Es handelt sich um eine historisch gewachsene, äusserst komplexe Mischfinanzierung, wobei die verschiedenen Träger (Bund, Kanton, Gemeinden und Private) teilweise unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen und so auch unterschiedliche Anreize schaffen. Die Abgeltung der Kosten erfolgt zudem je nach Trägerschaft mit erheblichen Verzögerungen, was die Planung und Budgetierung für die Institutionen erschwert. Einzelne Institutionen werden gemäss einem Splitting-Verfahren vorfinanziert. Dieses System wird von den Fachpersonen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion als dem heutigem Kenntnisstand nicht mehr adäquates Finanzierungs- und Steuerungssystem bezeichnet.

Die momentan herrschende finanzielle Krise der Institutionen im Zusammenhang mit der veränderten Definition der IV-Bezugsberechtigung des Bundesamtes für Sozialversicherungen, führt dazu dass immer wieder kurzfristige Übergangslösungen gefunden werden müssen, was eine starke Belastung für alle Betroffenen darstellt.

Der im Kanton Bern praktizierte Lastenausgleich in der Sozialhilfe zwischen Kantonen und Gemeinden ist andererseits ein wichtiger Faktor zur Unterstützung der Gleichbehandlung der KlientInnen unabhängig vom Wohnort und zur Verhinderung von übermässiger Belastung von betroffenen kleinen Gemeinden.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion ist aktiv beteiligt an der Ausarbeitung eines neuen gesamtschweizerisch gültigen Finanzierungssystems der stationären Drogenrehabilitation, welche die oben kritisierten Schwachpunkte des heutigen Systems weitgehend beheben sollte.

4. *Welche Mechanismen zur Steuerung und Kontrolle des Angebots und der Ausgaben kennt die Gesundheits- und Fürsorgedirektion?*

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion kann über das Instrument der Betriebsbewilligung das kantonale Angebot und die Qualität des Angebots bis zu einem gewissen Grad steuern. Die kantonalen Ausgaben sind hingegen wenig transparent und können auch nur schwach beeinflusst werden (z.B. durch Taggeldplafonierungen). Der grösste Teil der kantonalen Ausgaben wird über den Lastenausgleich der individuellen Sozialhilfe ausgelöst, so dass keine Kontrolle darüber

besteht, wieviel und auf welche Weise diese Gelder eingesetzt wurden. Innerhalb des geplanten neuen Finanzierungssystems würde diese Schwäche behoben.

Wirkung:

5. Welche Leistungen nach Art und Umfang erbringen die Institutionen?

Die kantonalen Institutionen haben im Jahr 1999 rund 60'000 Pflgetage für abhängige KlientInnen geleistet, wobei jeweils die Hälfte dieser Tage auf Berner und die Hälfte auf ausserkantonale KlientInnen fallen. Damit hat sich das Verhältnis von kantonalen zu ausserkantonalen KlientInnen in den letzten 5 Jahren stark verändert: es werden heute deutlich weniger ausserkantonale KlientInnen betreut, was aus finanziellen Gründen positiv zu werten ist. Die mittlere Aufenthaltsdauer bei den untersuchten Institutionen betrug knapp 8 Monate, was unter dem gesamtschweizerischen Mittel liegt (dieses Ergebnis kann allerdings nicht als repräsentativ gelten, da die Stichprobe auf einer freiwilligen Selektion beruht). Diese kürzere Therapiedauer entspricht den Konzepten der Berner Institutionen.

6. Lässt sich eine Wirkung durch die Therapieaufenthalte wissenschaftlich nachweisen? Inwiefern werden die angestrebten Ziele erreicht?

Die Wirkung von stationären Langzeittherapien in der Schweiz ist wissenschaftlich belegt. Die Art des Austritts sowie die Dauer der Therapie scheinen wichtige Faktoren für den Therapieerfolg zu sein. Die beobachtete Aufenthaltsdauer war bei den im Kanton Bern erfassten Institutionen kürzer als in der gesamtschweizerischen Stichprobe. Dies ist im Hinblick auf die Fallkosten und damit dem kantonalen Aufwand ein erfreuliches Ergebnis. Allerdings muss abgeklärt werden, ob diese kürzere Therapiedauer nicht die Wirkung der Therapie beeinträchtigt. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion hat dem Institut für Suchtforschung einen Auftrag zur Überprüfung der Wirksamkeit der Therapie in den kantonalen Institutionen vergeben. Die Studie wird von 2001 – 2004 dauern (Uchtenhagen, 2000).

Effizienz:

7. Zeigen sich Unterschiede in bezug auf die Effizienz der Institutionen? Wie effizient arbeiten die Berner Institutionen im Vergleich zu den ausserkantonalen Institutionen?

Die Auslastung der Institutionen kann im Schnitt der Jahre 1996–1999 als befriedigend bezeichnet werden. Dieser Kennwert variiert sehr stark zwischen den verschiedenen Institutionen. Die fünf Institutionen mit der tiefsten Auslastung haben im Verlauf der beobachteten Zeitperiode alle den Betrieb eingestellt oder sich auf eine neue Zielgruppe spezialisiert. Die im Jahr 1998 erfassten Tagespauschalen der Berner Institutionen sind bei vergleichbarem therapeutischem Angebot im Schnitt leicht höher als der mittlere Wert in der gesamten Schweiz. Der Mittelwert der Tagespauschalen ist seit 1998 - 2000 stabil geblieben. Im Jahr 1998 zeigten sich bei dieser Kennzahl noch erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Institutionen. In der Zwischenzeit haben sich diese Differenzen stark angeglichen, da Institutionen mit deutlich tieferer Taggeldpauschale und diejenige Institution mit der höchsten Pauschale ihren Betrieb eingestellt oder das Klientel geändert haben. Alle Berner Institutionen bieten ein breites und qualitativ hochstehendes Angebot.

Zur Vorteilhaftigkeit des Staatsbeitrags:

8. Wie wird die Vorteilhaftigkeit des Staatsbeitrag beurteilt?

Die abstinentenorientierte Therapie ist ein unverzichtbares Element im Vier-Säulen-Modell der schweizerischen Drogenpolitik. Sie ist ein wirksames Instrument zur Reduktion des Betäubungsmittelmissbrauchs und zur sozialen und beruflichen Integration von

Drogenabhängigen durch Rehabilitation. Die meisten der Abhängigen belasten auch ohne Therapie die öffentliche Hand massiv (Abhängigkeit von der Fürsorge, medizinische Kosten, Folgekosten der Beschaffungskriminalität, Ausgaben für Repression, Belastung der Städte durch offenen Szenen, etc.). Die noch vor fünf Jahren bestehende Überkapazität an Plätzen im Kanton Bern ist deutlich zurückgegangen und gleichzeitig ist der Anteil an ausserkantonalen KlientInnen um die Hälfte reduziert worden, was die Quersubventionierung von anderen Kantonen verringert hat. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion ist seit längerer Zeit in der Verbesserung des Vollzugs, der Wirksamkeit und der Effizienz dieses Staatsbeitrags engagiert. Die Bereitstellung von medizinischer und psychosozialer Hilfe für abhängige Menschen muss schliesslich auch als ethische Notwendigkeit staatlichen Handelns betrachtet werden. Die Vorteilhaftigkeit des Staatsbeitrags wird deshalb insgesamt als positiv beurteilt.

6.3 Empfehlungen

1. Die im Bericht erwähnten kritischen Aspekte der Steuerung und Kontrolle des Angebots sowie des Finanzierungssystems sollten mit hoher Priorität angegangen werden. Diese Arbeit sollte wie bis anhin im Rahmen der gesamtschweizerischen Projekte vorangetrieben werden.
2. Gleichzeitig ist darauf zu achten, dass mit dem neuen Finanzierungssystem der Lastenausgleich zwischen den Kantonen geregelt wird.
3. Es wird empfohlen, weiterhin dafür zu sorgen, dass bereits bestehende bedarfsgerechte und wirksame therapeutische Angebote nicht aus Gründen der unsicheren Finanzierung geschlossen werden müssen. Neben einem Verlust an Kompetenzen und Ressourcen ist ein späterer Wiederaufbau dieser Institutionen auch mit mehr finanziellem Aufwand verbunden.
4. Eine rasche Realisierung einer gesamtschweizerischen Lösung der Finanzierung ist deshalb dringend notwendig.
5. Falls der im Jahr 1998 festgestellte Mehrbedarf an geschlechtsspezifischen Angeboten und Kompetenzen in den Institutionen der Suchthilfe sowie an Einrichtungen für die Übergangsphase zwischen Entzug und Therapie immer noch besteht, sollten entsprechende Aufträge in die zukünftigen Leistungsvereinbarungen mit den Institutionen einfließen.
6. Im Hinblick auf die Leistungen und die Qualität der Angebote der einzelnen therapeutischen Institutionen ergibt sich aus der vorliegenden Studie kein unmittelbarer Handlungsbedarf.
7. Mittelfristig sollte die Erfüllung von minimalen Richtlinien (der Konferenz der kantonalen Suchtbeauftragten oder eines anderen verbindlichen Systems) bei allen Institutionen durchgesetzt werden.

Literaturverzeichnis

- Bundesamt für Gesundheit (1996). Verzeichnis der Einrichtungen der Suchthilfe. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit. (1994). Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Ein Strategiepapier des Bundesamtes für Gesundheit. Bericht an den Bundesrat betreffend Umsetzung des Massnahmepaketes zur Verminderung der Drogenprobleme. Bern.
- Bundesamt für Statistik (1999). Statistisches Jahrbuch der Schweiz 2000. Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.
- De Leon, G. & Schwartz, S. T. (1984). Therapeutic communities: What are the retention rates? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 10(2), 267-284.
- Dobler-Mikola, A., Wettach, R. & Uchtenhagen, A. (1998). Stellenwert stationärer Langzeittherapien für Suchtverlauf und soziale Integration Drogenabhängiger. Forschungsbericht Nr. 59. Zürich: Institut für Suchtforschung.
- Estermann, J. (1997). Sozialepidemiologie des Drogenkonsums. Inzidenz, Prävalenz und protektive Faktoren. In: Rihs-Middel, M. & Lotti, H. (Hrsg.) Suchtforschung des BAG 1993-1996. Bern: Bundesamt für Gesundheit. (97-104).
- Fürsorgedirektion des Kantons Bern. (1984). Gutsprachen für Aufenthalte in Einrichtungen zur Bekämpfung des Alkoholismus und des Drogenmissbrauchs. Rundschreiben Fü Nr. 79, vom 14. 2. 1984.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Fürsorgeamt. (1995-1997). Belegungsstatistik der therapeutischen Wohngemeinschaften. Unv. Papier. Bern: GEF.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. (1997). Schlussbericht. Projekt 'Integrale Überprüfung des Fürsorgewesens und neue Perspektiven', IÜF.
- Gervasoni, J.-P., Zobel, F., Kellerhals, C., Dubois-Arber, F., Spencer, B., Jeannin, A., Benninghoff, F. & Paccuad, F. (2000). Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Dritter zusammenfassender Bericht 1997-1999. Lausanne: IUMSP.
- Gmel, G. (2000). Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen. In: *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik. (37-47).
- Herbst, K. (1992). Verlaufsanalyse bei Drogenabhängigen nach stationärer Behandlung. *Sucht*, 38(3), 147-154.
- Jann, M. (2000). Case-Management in der Suchthilfe des Kantons Bern. Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. Internes Papier.
- Knolle, H. (1999). The heroin/cocaine Epidemic in Switzerland 1979 – 1997: A mathematical analysis of law enforcement data. *Substance Use and Misuse*, 34, 1117-1136.
- Konferenz der Kantonalen Beauftragten für Suchtfragen (1997). Rahmenbedingungen für stationäre Einrichtungen im Suchthilfebereich. KKBS.
- Koordinationsstelle KOFOS (Hrsg.). (1998). Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 1997. Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik. Forschungsbericht Nr. 56. Zürich: Institut für

Suchtforschung.

Mühle, U. (1994). Gesamtschweizerische Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung der stationären Drogentherapie. Studie im Auftrag des Bundesamt für Gesundheitswesen BAG. Bern: BAG.

Neue Zürcher Zeitung. Eine Flurbereinigung bei den Drogentherapieangeboten tut not. 20. März 1996.

Rihs-Middel, M. (1997). Einleitung. In: Rihs-Middel, M. & Lotti, H. (Hrsg.) Suchtforschung des BAG 1993-1996. Bern: Bundesamt für Gesundheit (11-31).

Schaaf, S., Dobler-Mikola, A. & Uchtenhagen, A. (1997). Entwicklung eines modularen Erfassungssystems zur Typisierung von Behandlungsansätzen für Drogenabhängige. Bericht Nr. 41. Zürich: Institut für Suchtforschung.

Simmel, U. (1997). Spezifische Bedürfnisse der Klientel - Probleme und Lösungsansätze. Vortrag am FOS Symposium „Stationäre Therapie im Wandel: Spezielle Bedürfnisse - spezielle Angebote,, am 26. Juni 1997 in Zürich.

Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F. & Dobler-Mikola, A. (1996). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln: Zweiter Zwischenbericht der Forschungsbeauftragten. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

Uchtenhagen, A. (2000). Entwurf des Vertrags zwischen dem Institut für Suchtforschung und der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kt. Bern betreffend das Spezialprojekt „Follow up bei der Klientele der stationären Therapieeinrichtungen des Kantons Bern“. Zürich: Oktober 2000.

Wettach, R., Dobler-Mikola, A. & Uchtenhagen, A. (1997). Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung der Behandlungsqualität von ambulanten und stationären Therapie- und Betreuungsprogrammen für Drogenabhängige. Forschungsbericht Nr. 39. Zürich: ISF.

Anhang

A1: Liste der Informationsquellen zum bisherigen Finanzierungssystem

Schriftliche Quellen:

- Kennzahlen des Amtes für Finanz- und Betriebswirtschaft der GEF
- Schlussbericht zum Projekt „Integrale Überprüfung des Fürsorgewesens und neue Perspektiven (IÜF) des Fürsorgeamts der GEF, vom 29. Mai 1997
- Konzept zum neuen Finanzierungssystem der Abteilung Suchtfragen/Gesundheitsförderung des Fürsorgeamts (Projektskizze vom 12. Oktober 1998 zur Finanzierung der Suchthilfe)
- Kantonale Finanzierungsmechanismen im Bereich stationärer Drogentherapie, Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich (KOSTE), Bern, Januar 1997
- Sitzungsprotokoll des Vorstandes der Sozialdirektorenkonferenz (SODK) vom 27. August 1998
- Brief der Vorsteherin des Eidg. Departements des Innern, Frau Bundesrätin Ruth Dreifuss an die Trägerschaften der Werkstätten und Wohnheime für Behinderte, vom 16. Juli 1998
- Brief der Amtsleitung des Bundesamtes für Gesundheit zum Stand der Dinge bei der Finanzierung von Institutionen der stationären Suchttherapie vom 3. Dezember 1999
- Entwurf zum neuen Sozialhilfegesetz (SHG) des Kantons Bern vom 27.3.2000 (im Dezember 2000 vom Regierungsrat zu Hd. des Grossen Rats verabschiedet)
- Verordnung 862.51 vom 18.9.1996 über die Betreuung und Pflege von Personen in Heimen und privaten Haushalten

Mündliche Auskünfte:

- Ueli Simmel, Leiter der Schweizerischen Koordinationsstellen für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich (KOSTE), Bern
- Markus Jann und René Gardi, Fürsorgeamt, zuständig für den Bereich Drogentherapie
- Rolf Racine, zuständig für Institutionen der Drogentherapie beim Amt für Finanz- und Betriebswirtschaft der GEF
- Jürg Fassbind, Leiter des Projekts „Integrale Überprüfung des Fürsorgewesens (IÜF)“, Fürsorgeamt der GEF

A2: Liste der Quellen zu den Übergangslösungen

Quellen zur Beschreibung des neuen Finanzierungssystems der stationären Suchttherapie

Oggier, W.	Gesundheitsökonomische Beratungen KOSTE, Bern	Juni 1999 20.9.1999	Überlegungen zu möglichen Finanzierungsmodellen 2000ff. bei stationären Suchttherapien. Stellungnahme KOSTE zum neuen Finanzierungsmodell (WWW.koste.ch)
Lehmann, P.	Facheinheit Sucht und Aids, Bundesamt für Gesundheit	Nov. 1999	Bericht zur Auswertung der Vernehmlassung über ein neues Finanzierungsmodell für Suchttherapien (FiSu 1999).
Lehmann, P.	Facheinheit Sucht und Aids, Bundesamt für Gesundheit	3.12.1999	Finanzierung von Institutionen in der stationären Suchttherapie (Alkohol und Drogen); Information Dezember 1999.

Quellen zur Beschreibung des neuen Finanzierungssystems der stationären Suchttherapie

Herrmann, H. Simmel, U.	swap, Basel KOSTE, Bern	Febr. Nov. 1999	Kantonale Finanzierungsmechanismen im Bereich stationärer Drogentherapie
Oggier, W.	Gesundheitsökonomische Beratungen	Juni 1999	Überlegungen zu möglichen Finanzierungsmodellen 2000ff. bei stationären Suchttherapien
Bendel, H. Barman, J.-D. Besson, J. Huber, W. Liechti, U. Wettach, R. Simmel, U. Lindenmann, B.	Arbeitsgruppe Leistungserfassung	14.6.1999	Sicherung der Finanzierung von Suchttherapien. Bericht der Arbeitsgruppe „Leistungserfassung,“
Bendel, H. Jann, M. Minder, U. Simmel, U. Lindenmann, B.	Arbeitsgruppe Angebotsplanung	17.6.1999	Sicherung der Finanzierung von Suchttherapien. Bericht der Arbeitsgruppe „Angebotsplanung,“
Bhend, S. Fuhrer, R. Grüninger, A. Lüthi, R. Breitenmoser, B. Locher, U.	Koordinationsgruppe FiSu	6. 7. 1999	Vernehmlassung zu einem neuen Finanzierungsmodell Suchttherapien (FiSu)
Lehmann, P.	Facheinheit Sucht und Aids, Bundesamt für Gesundheit	Nov. 1999	Bericht zur Auswertung der Vernehmlassung über ein neues Finanzierungsmodell für Suchttherapien (FiSu 1999)
Bhend, S.	Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kt. Bern KOSTE, Bern	9.9.1999 20.9.1999	Vernehmlassung betreffend Einführung eines neuen Finanzierungsmodells für Suchttherapien in den Bereichen Alkohol und Drogen Stellungnahme KOSTE zum neuen Finanzierungsmodell (WWW.koste.ch)
Lehmann, P.	Facheinheit Sucht und Aids, Bundesamt für Gesundheit	3.12.1999	Finanzierung von Institutionen in der stationären Suchttherapie (Alkohol und Drogen); Information Dezember 1999

A4: Richtlinien der Konferenz der kantonalen Suchtbeauftragten (KKBS)

KONFERENZ DER KANTONALEN BEAUFTRAGTEN FÜR SUCHTFRAGEN (KKBS)
CONFERENCE DES DELEGUES CANTONAUX AUX PROBLEMES DE TOXICOMANIES
(CDCT)
CONFERENZA DEI DELEGATI CANTONALI AI PROBLEMI DELLE TOSSICOMANIE (CDCT)

Rahmenbedingungen für stationäre Einrichtungen im Suchthilfebereich
Empfehlungen, verabschiedet von der Konferenz der Kantonalen Beauftragten für Suchtfragen (KKBS)
am 30. Oktober 1997

Diese überarbeiteten Rahmenbedingungen ersetzen diejenigen vom 03. November 1994

Das vorliegende Papier richtet sich an die Behörden aller Stufen. Es soll zur Beurteilung von Suchthilfeeinrichtungen und als Entscheidungsgrundlage im Zusammenhang mit Kostengutsprachen und Bewilligungsverfahren dienen.

1. Struktureller Rahmen

1.1. Rechtsform und Organisation

Rechtsform, Organisation und dazugehörige Grundlagen (Statuten, Verantwortlichkeiten, Organigramme, usw.) der Einrichtung sind transparent, vollständig und offen darzulegen. Zwischen der Trägerschaft (d. h. bei juristischen Personen deren Organe) und der Leitung einer Einrichtung muss eine personelle Trennung bestehen.

1.2. Finanzen

Es ist eine der Rechtsform angemessene Buchführung mit periodischer externer Kontrolle zu gewährleisten. Die Bücher sind den Aufsichtsbehörden auf Verlangen jederzeit offenzulegen. (Ergänzungen betr. Arbeitsleistung, Liegenschaften etc. werden Ende Jahr vorliegen)

1.3. Rechenschaftsbericht

Ein Rechenschaftsbericht ist den Aufsichtsbehörden unaufgefordert mindestens einmal jährlich vorzulegen.

1.4. Leistungen

Die von der Tagespauschale gedeckten Leistungen sind nach Art, Häufigkeit und Qualität zu deklarieren.

Die voraussichtlichen Nebenkosten sind ebenfalls zu deklarieren.

2. Fachlicher Rahmen

2.1. Konzepte

Konzepte müssen in schriftlicher Form vorliegen, intern überprüft und auf Anfrage abgegeben werden. Grundsätzliche Konzeptänderungen (Methode und Ausrichtung) sind den Aufsichtsbehörden und den Zuweisern unaufgefordert zuzustellen. Eine regelmässige Überprüfung der Konzepte bezüglich Wirksamkeit ist angebracht.

Die vom Konzept abgeleiteten Grund- und Hausregeln sind schriftlich festzuhalten.

Einschränkungen der persönlichen Integrität (vgl. auch "Glaubens- und Gewissensfreiheit, Pt. 3.1.2." und "Kontakte zu Dritten 3.1.3.") sind ausdrücklich zu erwähnen.

2.2. Fachkompetenzen

Die therapeutische Leitung der Einrichtung muss über eine fundierte, anerkannte und adäquate Ausbildung verfügen. Die fachliche Ausbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hat dem Pflichtenheft und der jeweiligen Funktion zu entsprechen. Ehemals Suchtkranke als Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter müssen ebenfalls über eine geeignete Ausbildung verfügen. Zusätzlich sollen sie mindestens 2 Jahre nach Therapieabschluss ausserhalb der Institution gelebt und gearbeitet haben.

2.3. Geschlechterspezifische Suchtarbeit

Das Konzept hat sich auf die geschlechterspezifische Suchtarbeit auszurichten.

Geschlechterspezifische Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten sind angemessen zu berücksichtigen.

2.4. Aufnahme von Kindern

Werden Kinder von Klientinnen bzw. Klienten mitaufgenommen, muss ein kindergerechtes Betreuungskonzept mit entsprechender Infrastruktur vorhanden sein.

2.5. Externe Beratung

Supervision und Praxisberatung sind obligatorisch.

2.6. Medizinische Versorgung

Die medizinische Betreuung der Klientinnen und Klienten muss jederzeit sichergestellt sein.

3. Rechte und Pflichten

3.1. Generelles

3.1.1. *Daten- und Persönlichkeitsschutz, Akteneinsicht*

Daten- und Persönlichkeitsschutz müssen gewährleistet sein. Auskunftserteilung und Akteneinsicht haben analog geltendem Patientenrecht zu erfolgen.

An Dritte dürfen Daten nicht ohne die Einwilligung der betroffenen Person herausgegeben werden, ausser es besteht ein gesetzlicher Herausgabeanspruch.

3.1.2. *Glaubens- und Gewissensfreiheit*

Glaubens- und Gewissensfreiheit und deren Ausübung ist im Rahmen der Möglichkeiten zu unterstützen.

Die persönliche Integrität ist zu wahren, insbesondere ist Rücksicht auf Religion, Sprache, Kultur und Geschlecht zu nehmen.

Die Institution hat ihre ideologische und konfessionelle Ausrichtung zu deklarieren.

3.1.3. *Kontakte zu Dritten*

Kontaktaufnahme zwischen Klientel und den einweisenden Stellen / Kostenträgern muss jederzeit gewährleistet sein.

Kontaktmöglichkeiten mit Familienangehörigen, PartnerInnen und anderen Bezugspersonen sind schriftlich festgehalten; Einschränkungen sind (individuell oder generell) schriftlich begründet und der Klientel vor Eintritt bekannt zu machen. Insbesondere ausgehende Post wird nicht zensuriert.

3.1.4. *Informationen zu Rechten und Pflichten*

Rechte und Pflichten der Klientinnen und Klienten müssen diesen im Aufnahmeverfahren mitgeteilt werden. Die Rechte und Pflichten sind schriftlich festgehalten und für die Klientinnen und Klienten jederzeit frei zugänglich.

Einschränkungen sind den Klientinnen und Klienten im Aufnahmeverfahren mitzuteilen.

3.1.5. *Ortswechsel*

Jeder Ortswechsel ist den einweisenden Stellen / Kostenträgern schnellstmöglich mitzuteilen. Auf Wunsch der Klientel werden Angehörige informiert.

Gelten bei der Klientel aufgrund von zivil- und/oder strafrechtlichen Massnahmen weiterführende Bestimmungen, sind diese anzuwenden.

3.1.6. *Sprachen*

Bei Entscheiden mit formalem oder weitreichendem Charakter ist eine Übersetzung in die Muttersprache oder eine andere der Klientin bzw. dem Klienten vertraute Sprache sicherzustellen.

3.1.7. *Dossierführung*

Zu jeder Klientin bzw. jedem Klienten ist ein Dossier zu führen und während zehn Jahren über den Austritt hinaus aufzubewahren. Die Klientin bzw. der Klient hat Recht auf Dossiereinsicht.

3.1.8. *Berichtswesen*

Der einweisenden Stelle / dem Kostenträger ist mindestens alle sechs Monate ein schriftlicher Bericht über den Verlauf des Aufenthalts zu erstatten. Der Bericht ist von der Klientin, respektive vom Klienten visieren zu lassen.

3.2. Eintritt und Austritt

3.2.1. *Aufnahmen und Austritte von Minderjährigen*

Minderjährige dürfen nur mit dem schriftlichen Einverständnis der Inhaberin, respektive des Inhabers der elterlichen Gewalt aufgenommen werden. Der Austritt hat in Absprache mit diesen zu erfolgen.

3.2.2. *Austrittsvorbereitungen*

Im Konzept sind in ausreichendem Mass Mittel und Zeit vorzusehen, um eine zufriedenstellende Austrittssituation für die Klientinnen und Klienten vorzubereiten. Entsprechende Aussenkontakte mit einweisenden Stellen und Kostenträgern sind frühzeitig aufzunehmen.

Eine geeignete Nachbetreuung ist sicherzustellen respektive einzuleiten.

3.2.3. *Austrittsberichte*

Bei Austritt ist der einweisenden Stelle respektive dem Kostenträger unaufgefordert ein schriftlicher Austrittsbericht zuzustellen. Der Klientin / dem Klient ist grundsätzlich eine Kopie auszuhändigen.

3.2.4. *Wiederaufnahmen*

Die Wiederaufnahme von Klientinnen und Klienten soll grundsätzlich möglich sein. Die Wiederaufnahmebedingungen müssen der betreffenden Person bekannt gemacht werden.

3.3. Abbruch

3.3.1. *Einseitiger Abbruch*

Die Regelung des Vorgehens bei einseitigem Abbruch muss festgeschrieben und den Klientinnen und Klienten sowie den einweisenden Stellen und den Kostenträgern bei Antritt bekannt sein.

3.3.2. *Abbruchbegehren*

Begehren von Klientinnen oder Klienten um Abbruch oder vorzeitigen Austritt des Aufenthaltes müssen von Seiten der Institution ernsthaft und umfassend geprüft und mit ihnen besprochen werden.

Klientinnen und Klienten dürfen grundsätzlich nicht gegen ihren ausdrücklichen Willen in einer Therapieeinrichtung zurückgehalten werden.

Bei Klientinnen und Klienten im Massnahmenvollzug und bei minderjährigen Personen ist der einweisenden Stelle, dem Kostenträger bzw. der Inhaberin oder dem Inhaber der elterlichen Gewalt oder deren sonstigen Vertretern das geäusserte Klientinnen- und Klienten-Begehren unverzüglich zu unterbreiten.

3.3.3. *Informationspflicht*

Bei Abbrüchen sind alle involvierten Stellen ohne Verzug zu benachrichtigen.

♦ ♦ ♦

Von der KKBS einstimmig verabschiedet am 30.10.97