# Suchthilfekonzept des Kantons Bern

## Strategien und Massnahmen

**Bericht des Regierungsrates**

## Impressum

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

**Herausgeberin**
Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

**Autorenschaft**
Sabine Schläppi
Claudia Mettler
Martin Rumpf
Matthias von Bergen

**Lektorat**
Annie Bouix-Dumon, Staatskanzlei des Kantons Bern (Französisch)
Renato Folli, Staatskanzlei des Kantons Bern (Deutsch)

**Externe Beratung**
Hochschle Luzern (IBR)
Paul Bürkler
Matthias von Bergen

**Gestaltung und Layout**
Verena Berger, Köniz
Atelier Kurt Bläuer, Bern

**Bilder**
photocase.de

# Inhaltsverzeichnis


**Zusammenfassung** **4**

**1. Einleitung** **7**
Ausganslage und Auftrag 7
Gegenstand 8

**2. Grundlagen und Begriffe der Suchthilfe und Suchtpolitik** **9**
Definitionen von Sucht 9
Funktion und Leistung der Suchthilfe 11
Suchtpolitik 11
Gesetzliche Rahmenbedingungen und Aufgaben 14
Steuerung und Finanzierung 15

**3. Suchthilfeangebote im Kanton Bern** **17**
Überblick 17
Ambulante Beratung und Therapie 18
Stationäre Sozialtherapie 19
Suchtmedizin 20
Substitution 21
Schadensminderung 22
Wohnen und Arbeit 23
Zusammenfassung Finanzbedarf Suchthilfe 25

**4. Entwicklung und Leistungsbedarf** **26**
Epidemiologische Daten 26
Entwicklung von Konsummustern und Problemlasten 29
Wahrnehmung in der Öffentlichkeit und Politik 32
Trends in Bezug auf Lösungsansätze und Leistungsbedarf 33

**5. Schlussfolgerungen für den Kanton Bern** **35**

**6. Leitsätze zur Suchthilfe im Kanton Bern** **37**

**7. Strategien und Massnahmen** **39**
Handlungsfeld A «Bedarfsorientiertes Angebot» 39
Handlungsfeld B «Strategische Partnerschaften» 42
Handlungsfeld C «Vernetzung und Kooperation» 43
Handlungsfeld D «Klienten- und Patientenorientierung» 44
Handlungsfeld E «Ressourcen und Qualität» 45

**8. Umsetzung** **48**

**9. Antrag an den Grossen Rat** **49**

**10. Anhang** **50**

# Zusammenfassung

## Ausgangslage

Der Kanton Bern verfügt über eine innovative und fachlich breit anerkannte Suchthilfe entlang der vier Säulen Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression. Neben den konstant schwersten Problemlagen im Bereich Alkohol und Tabak verändern sich das Konsumverhalten, die Therapieansätze sowie die gesellschaftliche Einstellung zu Suchterkrankungen und deren Behandlung kontinuierlich. Die Steuerung der Angebote unterliegt deshalb ebenso einer Entwicklung wie die Grundsätze der Mittelvergabe. Dies im Sinne einer noch gezielteren Versorgung der betroffenen Menschen. Vor diesem Hintergrund ist auch die Motion Blaser (M 285/2008) als Auftrag zur Optimierung der Steuerung zu verstehen.

## Die Angebote im Kanton Bern

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

- **Ambulante Beratung und Therapie:** Fünf Anbieter stellen ein regional ausgerichtetes Angebot bereit, pro Jahr werden durchschnittlich 6600 Fälle behandelt. Das Angebot umfasst Informations-, Triage- und Beratungsgespräche sowie Informationsveranstaltungen. Ziele sind die Verbesserung und Stabilisierung der Lebenssituation, die Erweiterung von Kompetenzen im Umgang mit Sucht, Abklärung und Vermittlung in geeignete Hilfsangebote sowie Informationszugang.
- **Stationäre Sozialtherapie:** Sechs Anbieter stellen 134 Plätze bereit, davon 97 in Therapieeinrichtungen und 37 in Gastfamilien. Die Fallzahlen betragen pro Jahr durchschnittlich 255. Das Angebot richtet sich an Personen mit Abhängigkeit von illegalen Substanzen. Sämtliche Lebensbereiche (Wohnen, Arbeit, Gesundheit, Beziehung, Freizeit, Bildung) werden den individuellen Zielsetzungen entsprechend bearbeitet. Die Aufenthalte erfolgen freiwillig oder im Rahmen von strafrechtlichen Massnahmen gemäss Artikel 60 StGB. Die Zielsetzungen der stationären Sozialtherapie sind: Abstinenz bezüglich Hauptproblemsubstanz, Stabilisierung und Verbesserung der Lebenssituation sowie soziale und berufliche Wiedereingliederung und Planung von adäquaten Anschlusslösungen.
- **Suchtmedizin:** Die Suchtmedizin umfasst ambulante und stationäre Entzugs- und Entwöhnungsprogramme. Diese werden von drei Suchtfachkliniken mit 34 stationären Entzugs- und 89 Entwöhnungsplätzen sowie von vier psychiatrischen Einrichtungen mit 115 Plätzen für Entzugsbehandlungen und Entwöhnung erbracht. In Entzugsprogrammen wird die qualifizierte, körperliche Entgiftung von einer oder mehreren Substanzen durchgeführt. Die stationäre Entwöhnung zielt auf eine umfassende psychische und körperliche Genesung der Patientinnen und Patienten ab.
- **Substitution:** Der Bereich Substitution beinhaltet die methadongestützte und die heroingestützte Behandlung und richtet sich an opioidabhängige Personen. Ge-

samtkantonal werden in vier Zentren 400 Plätze für heroingestützte Behandlung sowie 600 Plätze in vier Zentren für methadongestützte Behandlung angeboten. Die Finanzierung der heroingestützten Behandlung erfolgt über Krankenversicherungs- und Kantonsbeiträge.

- **Schadensminderung:** Angebote der Schadensminderung bieten jenen Personen Unterstützungsleistungen an, die nicht auf den Konsum von Suchtmitteln verzichten können oder wollen. Das Angebot umfasst Anlaufstellen mit Konsumräumen, Aufenthaltsräume mit Verpflegungsmöglichkeit, Versorgung mit sauberem Injektionsmaterial, Notschlafstellen für Obdachlose und niederschwellige Beratung. Ferner verfolgt die Schadensminderung auch das Ziel, die in der Öffentlichkeit wahrnehmbaren negativen Folgen des Drogenkonsums zu reduzieren.
- **Wohnen und Arbeit:** Angebote der Wohn- und Arbeitsintegration stehen Personen zur Verfügung, deren Wohnkompetenz und/oder Arbeitsfähigkeit aufgrund der Abhängigkeitsstörung und möglicher weiterer Diagnosen vorübergehend oder dauerhaft eingeschränkt sind. Die Aufenthalte erfolgen grösstenteils freiwillig. Die Finanzierung von Wohn- und Arbeitsangeboten erfolgt über Leistungsvertrag oder Ermächtigung sowie Subjektbeiträge.

## Strategien und Massnahmen

Mit der Zielsetzung einer verbesserten Steuerung, einer bedarfsgerechteren Mittelallokation sowie der Optimierung des Angebotes wurden folgende Handlungsfelder und Massnahmen definiert. Sie sollen Entscheidungsgrundlage für die Angebotspalette, die Angebotsschwerpunkte, das Mengengerüst, die Zielgruppen und die fachliche Ausrichtung der Leistungserbringer bilden und sind somit Basis für die Leistungsverträge.

## Bedarfsorientiertes Angebot

Optimierungspotential wird in der verbesserten Abstimmung der Angebote sowie einer vermehrten Einnahme der Versorgerperspektive anstelle einer Institutionsperspektive gesehen. Der Bedarf soll über verschiedene Quellen umfassender ermittelt und verstärkt politisch legitimiert werden. Hierzu soll als erste Massnahme ein Steuerungskreislauf implementiert werden. In einem Vierjahreszyklus soll ein Angebotsprogramm entworfen, validiert und in Leistungsverträge übersetzt werden.
Eine kantonale Plattform mit Vertretungen der zentralen Versorgungspartner, der Regionen sowie der Umsysteme soll Austausch über die aktuellen Entwicklungen sowie die Validierung von Konzepten ermöglichen.

## Strategische Partnerschaften

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

## Vernetzung und Kooperation

Durch die starke Verbreitung von Suchterkrankungen und deren Auswirkungen auch in den Sozialraum sind verschiedene Systeme mit der Problematik konfrontiert und

konsequenter als bisher in Lösungsansätze einzubeziehen. Neben dem Suchthilfesystem im engeren Sinn, welches die spezialisierten Anbieter umfasst, sind insbesondere auch die Grundversorgung (Hausärzte und Psychiatrie) aber auch die Umsysteme (wie Polizei, Erziehungsberatung, Schulen usw.) einzubinden. Dies soll über regionale Vernetzungsplattformen dieser Systeme geschehen. Zielsetzung ist die Vernetzung und Kooperation sowie die Diskussion von Bedarfslagen.

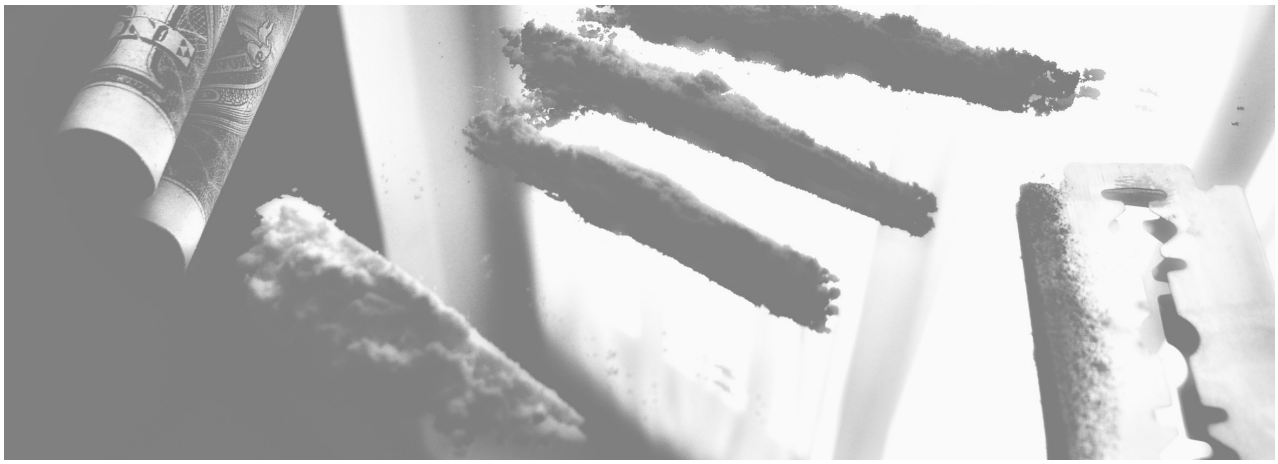
## Klienten und Patientenorientierung

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

## Ressourcen und Qualität

Die Finanzierung der Suchthilfe ist heterogen. Neben dem Budget der Sozialhilfe werden insbesondere medizinische Leistungen über das KVG finanziert. Dadurch können sich zwischen Angeboten im legalen und illegalen Bereich Ungleichheiten ergeben, die unerwünschte Anreize oder Nebeneffekte ergeben. Diese Problemlage soll mit einem Projekt aufgearbeitet werden. Zielsetzung muss die konsequente leistungsorientierte Abgeltung in allen Angeboten sein.
Die Grundversorger sind häufig mit Suchterkrankungen konfrontiert. Die spezialisierten Suchthilfeanbieter können sie bei dieser Thematik noch systematischer unterstützen. Dafür soll eine Internet-Plattform geschaffen werden. Neben der Bereitstellung von Fachinformationen soll insbesondere der Dialog unter Hausärzten und Spezialversorgern verstärkt werden.
Auch die SPITEX soll in ihren suchtfachlichen Kompetenzen gestärkt werden. Dies durch die Bereitstellung von Weiterbildungseinheiten sowie durch gezieltes Coaching nach Bedarf.
Für die Suchthilfe im hier Dargelegten wendet der Kanton insgesamt rund 39 Mio. Franken auf (nach Abrechnung Lastenausgleich; inkl. suchtmedizinische Spezialversorgung der Psychiatrie). Weitere 4,3 Mio. Franken betragen die Aufwendungen über den Fonds für Suchthilfe.

# 1. Einleitung



## Ausgangslage und Auftrag

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

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

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

Mit dem Ziel einer verstärkten Bedarfsorientierung und Koordination in der Suchthilfe hat die Gesundheits- und Fürsorgedirektion das Projekt Suchthilfestrategie gestartet. Dieses Vorhaben wurde durch die 2008 überwiesene Motion Blaser[1] unterstützt. Durch die Überweisung der Motion Blaser wurde der Regierungsrat beauftragt, ein kantonales Versorgungskonzept zu erarbeiten, in dem die zukünftigen Problemlasten und die daraus resultierenden Ziele und Massnahmen aufgezeigt und die strukturellen Konsequenzen für die Suchthilfe erarbeitet werden.

Das vorliegende Suchthilfekonzept soll im Sinne eines Versorgungskonzepts den Akzent bei der (politischen) Steuerung setzen. Es soll – insbesondere mit den formulierten Strategien und Massnahmen – die Basis für künftige Leistungsaufträge des Kantons bilden. Die Strategien und Massnahmen bilden Entscheidungsgrundlagen für die Bestimmung der Angebotspalette, der Angebotsschwerpunkte, des Mengengerüsts,

[1] Motion Blaser M 285/2008 «Es braucht eine zeitgemässe Suchthilfe im Kanton Bern»

der Zielgruppen und somit der fachlichen Ausrichtung der Leistungserbringer. Der Abschluss von Leistungsaufträgen erfolgt auf dieser Grundlage.
Für die Erarbeitung wurde eine partizipative Vorgehensweise gewählt, um eine ausreichende Abstützung des Projekts im Feld sicherzustellen. Im ersten Projektabschnitt wurde im Rahmen von fünf Teilprojektgruppen (Ambulante, Schadensminderung, Stationäre Therapie, Wohnen und Psychiatrie) eine Bestandsaufnahme durchgeführt. Die Zielsetzung bestand darin, mittels qualitativer Erhebung ergänzende Informationen zu beschaffen, damit der Kanton die politische Dimension möglicher Handlungsoptionen im Suchthilfebereich erkennen kann.
Basierend auf den Erkenntnissen der Bestandsaufnahme wurden vom Direktor der GEF die Eckpfeiler festgelegt, die als politische Handlungsstrategie wegleitend sein sollen. Im zweiten Projektabschnitt wurden die fachlichen Ziele und die dazu notwendigen Leistungen bestimmt. Die Zielsetzung des zweiten Projektabschnitts lag darin, ein Instrument für die Umsetzung der politischen Steuerung durch die GEF zu entwickeln.

## Gegenstand

Die folgenden Ausführungen beziehen sich in erster Linie auf die Säulen Therapie und Schadensminderung. Diese beiden Säulen bilden die Suchthilfe im engen Sinne und gleichzeitig den Perimeter dieses Konzepts. Auf der Ebene der institutionellen Versorgung fallen alle spezifischen, suchttherapeutischen und suchtmedizinischen Angebote unter die Suchthilfe (auch die spezialisierten suchtmedizinischen Angebote der institutionellen Psychiatrie).
Für die Steuerung der Säule Gesundheitsförderung/Prävention (nichtmedizinischer Bereich) besteht im Kanton Bern ein Instrument, das im Vierjahreszyklus die Aufgaben festlegt.[2] Dabei werden auf der Grundlage der Einschätzung der Entwicklung der Problemlasten, der Wahrnehmung von Suchtproblemen in der Öffentlichkeit sowie deren Thematisierung in politischen Vorstössen Schwerpunkte für jeweils weitere vier Jahre festgelegt.
Die Thematik der Früherkennung und Frühintervention stellt eine der zentralen Schnittstellen zwischen den Säulen Prävention und Therapie dar. Das Thema Früherkennung/Frühintervention fliesst – obwohl es nicht eindeutig der Säule Therapie zuzuordnen ist – in das vorliegende Konzept ein. Die Abstimmung auf den Präventionsbereich soll insbesondere in der Umsetzungsphase ausreichend beachtet werden.
Repression, verstanden als Marktregulierung und Jugendschutz sowie als polizeiliches Handeln mit der Aufgabe der Strafverfolgung, ist ebenfalls nicht Gegenstand des vorliegenden Konzepts.
Wesentliche Leistungen der Suchthilfe werden in Rahmen des Grundversorgungsauftrages durch verschiedene Akteure des Gesundheits- und Sozialwesens (insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte, Spitäler, Spitex und Sozialdienste) erbracht. In diesem Rahmen werden Menschen mit Suchtproblemen und Suchtkrankheiten behandelt, gepflegt, beraten und unterstützt. Im Konzept ist die Grundversorgung nur punktuell angesprochen, im Steuerungsprozess sowie in der Umsetzung der Massnahmen ist vorgesehen, diese Versorgungsbereiche der Suchthilfe soweit möglich mit zu berücksichtigen.[3]
Eine besondere Rolle nimmt die Psychiatrie ein. Sie ergibt sich einerseits daraus, dass Substanzabhängigkeiten als psychiatrische Erkrankungen anerkannt sind und andererseits, dass die institutionelle Psychiatrie spezifische Angebote vorhält.

---

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

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

# 2. Grundlagen und Begriffe der Suchthilfe und Suchtpolitik

## Definitionen von Sucht

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

### Medizinische Sichtweise

Aus medizinischer Sicht wird die Substanzabhängigkeit als ein komplexes, sich in sozialen, psychischen und körperlichen Dimensionen abspielendes Krankheitsgeschehen verstanden.
Das aktuelle Diagnosesystem (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, ICD 10) beschreibt mehrere Erscheinungsbilder in der Klasse Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19; bei den F-Diagnosen handelt es sich um die «klassischen» psychiatrischen Diagnosen). Insbesondere zu nennen sind die akute Intoxikation, der schädliche Gebrauch, das Abhängigkeitssyndrom sowie das Entzugssyndrom.[4]
Bei der akuten Intoxikation handelt es sich um ein Zustandsbild nach Aufnahme einer psychotropen Substanz mit Störungen von Bewusstseinslage, kognitiven Fähigkeiten, Wahrnehmung, Affekt und Verhalten oder anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen. Die Störungen stehen in einem direkten Zusammenhang mit den akuten pharmakologischen Wirkungen der Substanz und nehmen bis zur vollständigen Wiederherstellung mit der Zeit ab.
Von schädlichem Gebrauch wird dann gesprochen, wenn ein Konsumverhalten vorliegt, das zu einer tatsächlichen körperlichen oder psychischen Gesundheitsschädigung führt oder geführt hat. Synonym zum «schädlichen Gebrauch» wird der Begriff des «problematischen Konsums» verwendet.

---

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

Ein Abhängigkeitssyndrom bezeichnet das Phänomen, wenn der Konsum einer Substanz für die betroffene Person Vorrang gegenüber anderen Verhaltensweisen hat, die von ihr früher höher bewertet wurden, wenn Schwierigkeiten bestehen, den Konsum zu kontrollieren und wenn der Konsum trotz schädlicher Folgen fortgesetzt wird. Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z. B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z. B. opiatähnliche Substanzen) oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen.[5]
Das Diagnosesystem definiert weiter den Entzug als Gruppe von Symptomen unterschiedlicher Zusammensetzung und Schwere nach absolutem oder relativem Entzug einer psychotropen Substanz, die anhaltend konsumiert worden ist.
Wird der Begriff Sucht verwendet, sind damit auch nicht substanzgebundene Suchtformen, sogenannte Verhaltenssüchte (z. B. Spielsucht, Onlinesucht), angesprochen. Der Begriff Verhaltenssucht bezeichnet exzessive Verhaltensweisen, die Merkmale einer psychischen Abhängigkeit aufweisen. Verhaltenssüchte wurden vom ICD-10 bisher nicht aufgenommen.

## Soziologische Sichtweise

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

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

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

## Therapeutische Sicht

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

---

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

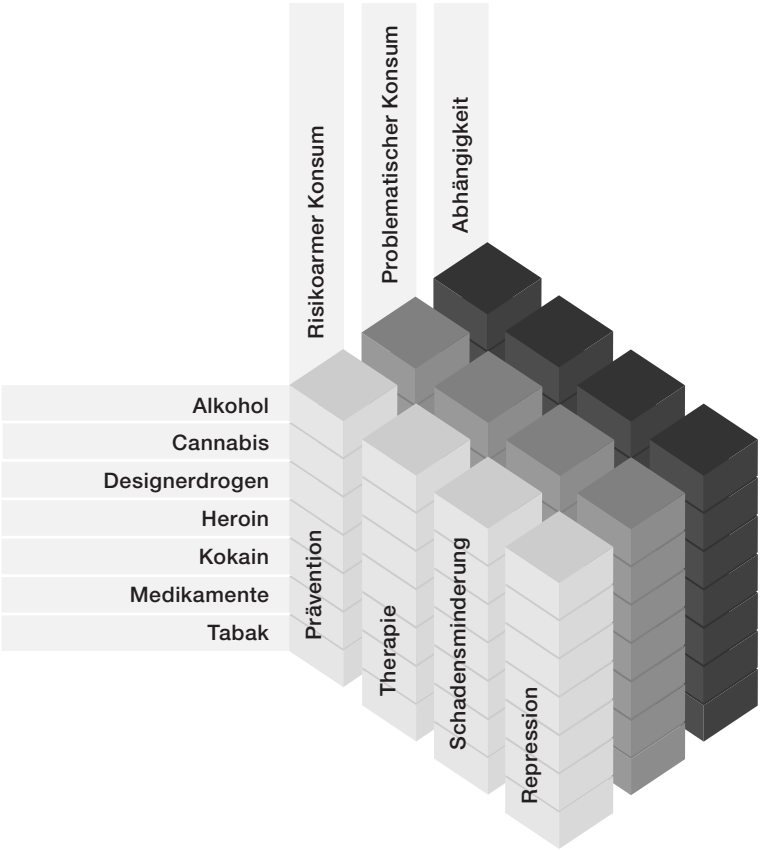
## Funktion und Leistung der Suchthilfe

Entsprechend der unterschiedlichen und sich verändernden Zugangsweisen zum Phänomen Sucht werden auch unterschiedliche Erwartungen an das System der Suchthilfe deutlich.
Die ausschliessliche Abstinenzorientierung als Zielsetzung der Suchthilfe ist heute eher in den Hintergrund getreten. Hingegen werden Konzepte, welche die öffentliche Sicherheit in den Vordergrund stellen, gleichzeitig mit Suchthilfekonzepten, welche die Konsumreduktion als Zielsetzung verankern, diskutiert. Insbesondere wurde auch die Schadensminderung im revidierten Betäubungsmittelgesetz verankert.
Aus präventiver Sicht geht es darum, jeglichen Konsum von Substanzen, der gesundheitsschädliche Folgen entwickeln kann (alles, was über den risikoarmen Konsum hinausgeht) oder gar den Einstieg, auch in substanzungebundene Süchte, zu vermeiden. Mit einem Fokus der öffentlichen Sicherheit muss insbesondere der sichtbare Konsum im öffentlichen Raum vermieden werden. Gleichzeitig müssen die sozioökonomischen Lebensbedingungen der Konsumierenden verbessert/gesichert werden, um das Gesundheits- und Kriminalitätsrisiko zu minimieren. Beschaffungsprostitution und -diebstähle geschehen im öffentlichen Raum.

## Suchtpolitik

### Ebene Bund

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




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

[6] Bundesamt für Gesundheit 2010, nach: Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen. Eidgenössische Kommission für Drogenfragen, Bern 2006.

**Die Säulen**

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

**Konsumformen**

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

Auch wenn dieses Modell sowohl von der Politik als auch von der Fachwelt breit getragen ist, richten sich die Handlungsfelder der Suchthilfe sowie der Politik nicht konsistent danach. Politik wird immer noch sehr sektoriell betrieben, so gibt es immer noch drei substanzbezogene Politikbereiche (Alkohol, Tabak und Betäubungsmittel), die je ihre eigene eidgenössische Kommission haben. Bestrebungen zur Vereinheitlichung sind im Gang.
Neben dem Würfelmodell ist der Bericht «Herausforderung Sucht»[7] als weitere Grundlage der eidgenössischen Suchtpolitik von Bedeutung. Mit der Zielsetzung der drei Kommissionen eine gemeinsame Grundlage zu schaffen und damit eine konsistente Suchtpolitik zu erreichen, wurde der Bericht mit zehn Leitsätzen verfasst. Als theoretische Grundlage wurde der Public-Health-Ansatz gewählt.

Welche Prämissen sind damit eingeschlossen?

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

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

- Der Public-Health-Ansatz wählt als Ausgang immer die gesundheitliche Problemlast. Als Masseinheit werden in der Regel DALYS[8] verwendet. Damit sind die Folgen für die Mitwelt nicht mit eingerechnet.
- Soziale Einflussfaktoren: Die Entstehung von Gesundheit und von Krankheit ist insbesondere sozial determiniert. Diese Faktoren werden Gesundheitsdeterminanten genannt. Vier Hauptfaktoren werden genannt: Verhaltens- und Lebensweisen, Unterstützung durch das soziale Umfeld, Lebens- und Arbeitsbedingungen, ökonomische, kulturelle und physische Umfeldbedingungen (Lebensstandard, Arbeitsmarkt). Als Modell wird hier häufig das «Zwiebelmodell» verwendet.
- Staatliches Handeln für das Gemeinwohl: Es ist Aufgabe der Public-Health-Ämter, Fachleute und Verbände, den staatlichen Entscheidungsträgern Massnahmen vorzuschlagen, von denen belegt ist, dass sie zur Verminderung der gesundheitlichen und gesellschaftlichen Problemlast beitragen. Damit sind die Aufgaben und die Verantwortung der Fachpersonen klar bezeichnet.
- Integration von Verhältnis- und Verhaltensprävention: Kombination von strukturellen und auf das Individuum abzielenden Massnahmen.
- Gesundheit in allen Politikbereichen: Gesundheit ist nicht durch ein Politikfeld alleine herzustellen. Sowohl Ursachen wie Lösungsansätze sind multisektoriell. Entsprechend umfassend müssen eine Gesundheits- und eben auch eine Suchtpolitik sein.

Mit der Wahl des Public-Health-Ansatzes als Grundlage für Suchtpolitik wird der gesundheitlichen Problemlast klar das Primat eingeräumt.
Werden sozialpolitische Aspekte des Themas stärker betont, so treten gesellschaftliche Aspekte deutlicher in den Vordergrund, neben der «Verringerung des Drogenkonsums» schliesst die Formulierung «Verminderung der negativen Folgen für die Konsumentinnen und Konsumenten und für die Gesellschaft» (MaPaDro III[9]) andere als gesundheitliche Aspekte klar mit ein. Damit sind ökonomische und sozialpolitische Auswirkungen des Drogenkonsums angesprochen, die es immer mitzuberücksichtigen gilt.

## Ebene Kanton

Die Ausgestaltung und Entwicklung der kantonalen Suchtpolitik orientiert sich grundsätzlich an der nationalen Politik, insbesondere am Würfelmodell. Der Kanton setzt diese Politik um und legt Wert auf eine ausgewogene Abstimmung der Massnahmen. Neben den Massnahmen, die früh und breit einsetzen – die eigentliche Gesundheitsförderung – sind Massnahmen der Therapie und der Schadensminderung fest im Angebot verankert.
Innerhalb der «Richtlinien der Regierungspolitik 2011–2014» ist die Suchtpolitik nur implizit erwähnt: Unter dem Titel «Gesundheit und soziale Sicherheit fördern», erklärt sich der Kanton verantwortlich für die Qualität der Gesundheitsversorgung. Der Kanton sorgt für eine gute und wirtschaftlich tragbare integrierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in allen Regionen. Im Zentrum wird die hoch spezialisierte Versorgung sichergestellt. Zudem soll sich die neu zu entwickelnde Gesundheitsstrategie am Ziel der Prävention orientieren.

---

[8] DALY = Disability adjusted life Years: Summe der vorzeitig (vor dem 70. Lebensjahr) verlorenen Lebensjahre sowie die mit körperlicher oder psychischer Beeinträchtigung verbrachten Lebensjahre. Daneben wird auch der Begriff Qaly's verwendet, der verlorene oder in minderer Lebensqualität verbrachte Lebensjahre bezeichnet (Quality adjusted life years). Ein Public-Health-Ansatz orientiert sich insbesondere an den Problemlasten eines Phänomens.

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

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

- Grundsätzlich ist die Trennung illegal / legal aufzuheben, und es ist eine Suchtpolitik (anstelle der bis dato gültigen Drogenpolitik) zu entwickeln. Je nach Zielgruppe, Lebensrealität und Problemstellung braucht es jedoch weiterhin spezifische, auf die Substanzen ausgerichtete Beratungs- bzw. Behandlungsangebote.
- Die Nachhaltigkeit der Interventionen ist gewährleistet (durch eine geeignete Nachsorge, durch Rückfallprophylaxe).
- Der Bereich der Schadensminderung (Arbeits-, Aufenthalts- und Wohnmöglichkeiten) muss für Alkoholabhängige ausgebaut werden.
- Die Mittelallokation entspricht grundsätzlich den Problemlasten. Das Versorgungssystem muss zudem rechtzeitig auf neue Problemlasten reagieren können (z. B. substanzunabhängige Risiken / Abhängigkeiten).
- Das Versorgungsangebot ist kantonal gesteuert und regional ausgerichtet. Die Gemeinden sind eingebunden.
- Die Patientenwege sind klar: Doppelspurigkeiten sind ausgeschaltet, die Übergänge zwischen den Angeboten sind gewährleistet.
- Der Tendenz «ambulant vor stationär» wird Rechnung getragen.
- Die Vernetzung zwischen den Akteuren der Suchthilfe, der Psychiatrie, der Grundversorgung (Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker), der Sozialdienste, der Jugendarbeit, der Schule, der Polizei usw. ist institutionalisiert. Damit sollen primär die Früherfassung / -intervention und der Jugendschutz gewährleistet werden. Wo nötig, wird das Familiensystem eingebunden.
- Die psychosozialen Angebote und die medizinischen Angebote ergänzen sich. Interdisziplinarität ist, wo sinnvoll, gewährleistet.

## Gesetzliche Rahmenbedingungen und Aufgaben

### Ebene Bund

Generell liegt der Bereich der Gesundheitsversorgung weitgehend in kantonaler Hoheit. Die Bundeskompetenz in der Suchtpolitik ist in drei Bereichen geregelt:
Umfangreich sind die Rechtsbestimmungen betreffend Alkohol. Neben Regelungen zu Produktsicherheit, Herstellung und Handel bestehen verschiedene Vorgaben zum Schutz der Gesundheit und insbesondere zum Schutz der Jugend. Es handelt sich dabei um Vorschriften bezüglich Abgabebeschränkungen, Täuschung, Besteuerung, Werbung, Strassenverkehrssicherheit und Arbeitsplatzsicherheit.
Das Betäubungsmittelgesetz (BetmG) und die entsprechenden Verordnungen regeln den Umgang mit Betäubungsmitteln und psychotropen Stoffen sowie die Aufgabenteilung der zuständigen nationalen und kantonalen Behörden. Das revidierte BetmG hat den Jugendschutz verstärkt, die Schadensminderung verankert und räumt der Früherkennung und der Prävention mehr Gewicht ein.
Im Bereich Tabak sind insbesondere der Schutz vor Passivrauchen verankert, aber auch Vorschriften zu den Tabakprodukten, zur Tabaksteuer sowie Werbevorschriften bezüglich Radio- und Fernsehen.

### Ebene Kanton

Die Kantone verfügen über weitreichende Zuständigkeiten und Kompetenzen im Bereich der Gesundheitspolitik. Neben den präventiven Aufgaben und der Versorgung

obliegen den Kantonen Aufgaben im polizeilichen und justiziellen Bereich. Im Bereich Alkohol und Tabak sind die Kantone beispielsweise zuständig für die Einhaltung der Abgabeverbote, für die Festlegung der Ladenöffnungszeiten, die Regelungen für Gastgewerbe und Detailhandel sowie für den Erlass von Werbevorschriften.
Aufgrund der Polizeihoheit und der Gerichtsbarkeit sind die Kantone zuständig für die Durchsetzung des Verbots von Drogen auf ihrem Gebiet, aber auch für die Umsetzung der Verkaufsverbote beim Tabak.
Diese Kompetenzen sind in verschiedenen gesetzlichen Grundlagen geregelt, insbesondere im Gastgewerbegesetz, das den Handel mit alkoholischen Getränken regelt und den Passivraucherschutz verankert. Das Gesetz über Handel und Gewerbe (HGG) verbietet die Abgabe und den Verkauf von Tabak an Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren.
Für die Bestellung der Angebote der Suchthilfe des Kantons sind einerseits die Sozialhilfegesetzgebung (SHG), andererseits das Spitalversorgungsgesetz (SpVG) sowie das Krankenversicherungsgesetz (KVG) massgebend.
Das Sozialhilfegesetz regelt die Sozialhilfe, darunter auch die Angebote der Suchthilfe: Artikel 69 SHG hält fest, dass der Kanton zusammen mit den Gemeinden die erforderlichen Angebote der allgemeinen Gesundheitsförderung, der Suchtprävention und der Suchthilfe bereitstellt. Zu den Angeboten gehören die Leistungen insbesondere von Einrichtungen zur Prävention, Beratung und Information, Früherkennung, Betreuung und Behandlung.
In Artikel 70 SHG ist der Fonds für Suchtprobleme verankert. Die Mittel sind zur Finanzierung von Massnahmen und Einrichtungen der allgemeinen Gesundheitsförderung, der Suchtprävention und der Suchthilfe zu verwenden. Die Mittel des Fonds für Suchtprobleme stammen aus eidgenössischen Quellen mit entsprechenden gesetzlichen Vorschriften.
Das Sozialhilfegesetz regelt weiter auch das Bewilligungswesen für stationäre Angebote. Leistungserbringende, die eine stationäre Einrichtung betreiben und den aufgenommenen Personen Unterkunft, Verpflegung, Betreuung und Pflege gewähren, benötigen eine Betriebsbewilligung (Art. 65 SHG). Bewilligungsbehörde für Heime und private Haushalte im Suchtbereich ist gemäss Heimverordnung (Art. 6 HEV) das Sozialamt.
Das kantonale Spitalversorgungsgesetz (SpVG) sichert die Planung und Finanzierung der stationären (sucht-)medizinischen Versorgung auf der Grundlage des nationalen Krankenversicherungsgesetzes (KVG).
Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) verankert zudem den Anspruch auf eine medizinische «Grundversorgung» für alle Versicherten. Die eidgenössische Kommission für Leistungen der Krankenversicherung legt fest, welche Leistungen zur «Grundversorgung» gehören. Behandlungen von Suchterkrankungen gehören in den Leistungskatalog.

## Steuerung und Finanzierung

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

Leistungsverträge halten die inhaltlichen, qualitativen und finanziellen Vorgaben für die Leistungserbringung fest, regeln die zu liefernden Daten sowie die vom Leistungsbesteller zu leistende Abgeltung. Die Leistungen werden vom Kanton abgegolten und unterliegen den Bestimmungen des Lastenausgleichs. Die Abgeltung erfolgt, wo möglich, leistungsorientiert (z. B. Behandlungstage). Im Rahmen der wirkungsorientierten Steuerung werden Leistungs- und Wirkungsziele festgelegt und entsprechende Aufträge erteilt. Die erbrachten Leistungen werden anhand der Berichterstattung überprüft. Auf deren Grundlage wird die Bereitstellung der künftigen Angebote angepasst. Im Bereich der Direktfinanzierung gilt als grundsätzliche Voraussetzung für den Abschluss eines Leistungsvertrags, dass die Einrichtung über ein Qualitätszertifikat einer akkreditierten Zertifizierungsstelle verfügt.
Die Angebote der stationären Suchtmedizin werden auf der Basis des SpVG und des KVG geplant, gesteuert und finanziert. Die planerische Grundlage bildet die Versorgungsplanung gemäss SpVG. «In der Versorgungsplanung werden die Versorgungsziele festgelegt, der Bedarf und die Kosten der voraussichtlich zu erbringenden Leistungen ausgewiesen sowie die Versorgungsstrukturen, in denen die Leistungen zu erbringen sind, konkretisiert.»[10] Daraus abgeleitet wird die Spitalliste, die den Institutionen die planungsbasierten und versorgungsnotwendigen Leistungsaufträge zuweist. In diesem Rahmen werden die Leistungen erbracht. Was die Finanzierung betrifft, gelten ab 2012 die neuen Regeln des revidierten KVG. Der Kanton, der nicht Tarifpartner ist, bezahlt mindestens 55 Prozent der ausgehandelten Tarife.

[10] Art. 4 Abs. 2 Spitalversorgungsgesetz

# 3. Suchthilfeangebote im Kanton Bern

## Überblick

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

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

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

### Finanzierung Suchthilfe

| **Finanzierung Suchthilfe** | **SHG** | | **SpVG** | **KVG** |
|---|---|---|---|---|
| | Leistungs-verträge | Ermächti-gungen | Spitalliste | |
| Ambulante Beratung/Therapie | ✔ | | | |
| Stationäre Sozialtherapie | ✔ | | | |
| Suchtmedizin | ✔ | | ✔ | ✔ |
| Substitution | ✔ | | | ✔ |
| Schadensminderung | ✔ | ✔ | | |
| Wohnen und Arbeit | ✔ | ✔ | | |

## Ambulante Beratung und Therapie

### Angebotsbeschreibung

Ambulante Beratungs- und Therapiestellen richten ihr Angebot an alle direkt oder indirekt von Suchtproblemen betroffenen Personen. Es wird nach Ansätzen der psychosozialen Beratung und mit verschiedenen psychotherapeutischen Konzepten gearbeitet. Das Angebot umfasst Informations-, Triage- und Beratungsgespräche, psychotherapeutische Begleitung von Einzelpersonen, Paaren und Familien. Ebenso werden Gesprächs- und Selbsthilfegruppen sowie Nachsorgebegleitung nach stationären Aufenthalten angeboten. Im Rahmen der Früherkennung werden Informations-, Bildungs- und Sensibilisierungsveranstaltungen durchgeführt.
Ambulante Beratungs- und Therapiestellen richten ihre Angebote auf folgende Ziele aus: Verbesserung und Stabilisierung der Lebenssituation, Initiierung von Entwicklungsprozessen und Ressourcenaktivierung, Erweiterung von Kompetenzen im Umgang mit Sucht, Abklärung und Vermittlung in geeignete Hilfsangebote, Schaffen von Informationszugang und Wissenszuwachs.[11]
In den ambulanten Beratungs- und Therapiestellen werden pro Jahr durchschnittlich rund 6600 Fälle behandelt.[12]
Alle Anbieter der ambulanten Beratung und Therapie arbeiten im Auftrag des Kantons (Sozialamt) mittels Leistungsvertrag. Die Abgeltung erfolgt auf Basis der festgelegten Produktbudgets, die Abgeltung ist nicht leistungsorientiert. Die verwendeten Mittel betragen 10,9 Mio. Franken[13], davon werden 9,4 Mio. durch den Kanton und die Gemeinden (Lastenausgleich) und 1,7 Mio. über den Fonds für Suchthilfe finanziert.

[11] Wirkungsziele Leistungsverträge
[12] Reporting ambulante Organisationen 2008–2010
[13] Budget 2010

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

## Stationäre Sozialtherapie

### Angebotsbeschreibung

Das Angebot der stationären Sozialtherapie umfasst Therapiegemeinschaften und Einzelplätze in Gastfamilien und richtet sich an Personen mit Abhängigkeit von illegalen Substanzen. Zur Zielgruppe gehören vorwiegend Personen mit abstinenzorientierter Zielsetzung aber auch Personen, die sich in Substitutionsbehandlungen befinden. Die Arbeitsweise integriert sozialtherapeutische, psychotherapeutische und arbeitsagogische Methoden. Im Rahmen von Mittel- bis Langzeittherapieaufenthalten werden sämtliche Lebensbereiche (Wohnen, Arbeit, Gesundheit, Beziehung, Freizeit, Bildung) den individuellen Zielsetzungen entsprechend bearbeitet. Die Aufenthalte erfolgen freiwillig oder im Rahmen von strafrechtlichen Massnahmen gemäss Artikel 60 StGB[14]. Die stationäre Sozialtherapie bietet auch Nachsorgebegleitung nach Austritt aus dem stationären Setting an. Vernetzung innerhalb des Bereichs Sozialtherapie geschieht im Rahmen des von den Anbietern geschaffenen Gefässes «Berner Arbeitskreis BEAK»[15]. Die Zielsetzungen der stationären Sozialtherapie sind: Abstinenz bezüglich Hauptproblemsubstanz, Stabilisierung und Verbesserung der Lebenssituation, Ressourcenaktivierung, Befähigung zu selbstständiger und eigenverantwortlicher Lebensführung, soziale und berufliche Wiedereingliederung, Planung von adäquaten Anschlusslösungen.[16]
Im Bereich der stationären Sozialtherapie stehen gesamtkantonal 134 Plätze zur Verfügung, davon 97 in Therapieeinrichtungen und 37 in Gastfamilien. Die Fallzahlen betragen in der stationären Sozialtherapie pro Jahr durchschnittlich 255.[17]
Alle Anbieter der stationären Sozialtherapie sind vom Kanton (Sozialamt) mittels Leistungsvertrag beauftragt. Die Therapieaufenthalte werden über Kantonsbeiträge (5,7 Mio.) sowie über die individuelle Sozialhilfe (4 Mio.) finanziert. Die Abgeltung erfolgt leistungsorientiert (Behandlungstage). Die gesamten aufgewendeten Mittel (9,7 Mio.) sind lastenausgleichsberechtigt.

[14] Für Personen mit strafrechtlichen, therapeutischen Massnahmen stehen auch Einrichtungen des Massnahmenvollzuges, insbesondere das Zentrum St. Johannsen zur Verfügung; die Zuständigkeit liegt bei der POM
[15] *www.bernerarbeitskreis.ch*
[16] Wirkungsziele Leistungsverträge, Konzepte Leistungsvertragspartner
[17] BFS Statistiken der sozialmedizinischen Institutionen SOMED, 2006–2010

| Organisation | Angebot | Anzahl Plätze | Sub-stanzen | Standort / Region |
|---|---|---|---|---|
| Chly Linde | Stationäre Sozialtherapie<br>Therapiegemeinschaft | 6 | Illegal | Vorderfultigen |
| Contact Netz Prisma | Stationäre Sozialtherapie<br>Familienplätze | 8 | Illegal | Bern Mittelland, Oberland, Oberaargau-Emmental |
| Projekt Alp | Stationäre Sozialtherapie<br>Familienplätze | 15 | Illegal | Bern Mittelland, Oberland, Oberaargau-Emmental |
| Stiftung Terra Vecchia | Stationäre Sozialtherapie<br>Therapiegemeinschaften<br>Familienplätze | 73<br><br>14 | Illegal | Kehrsatz, Schüpfen, Gümligen, Brienzwiler, Corte (TI), Bordei (TI)<br>Bern Mittelland, Oberland, Oberaargau-Emmental |
| Suchttherapie Bärn | Stationäre Sozialtherapie<br>Therapiegemeinschaft | 12 | Illegal | Bern |
| Zueflucht | Stationäre Sozialtherapie<br>Therapiegemeinschaft | 6 | Illegal | Adelboden |

## Suchtmedizin

### Angebotsbeschreibung

Die Suchtmedizin umfasst ambulante und stationäre Entzugs- und Entwöhnungsprogramme. Diese werden von Suchtfachkliniken und psychiatrischen Einrichtungen angeboten.
In Entzugsprogrammen wird die qualifizierte, körperliche Entgiftung von einer oder mehreren Substanzen durchgeführt. Die stationäre Entwöhnung zielt auf eine umfassende psychische und körperliche Genesung der Patientinnen und Patienten ab und beinhaltet psychotherapeutische, sozialberaterische und arbeitsagogische Angebote.
Anbieter der Suchtmedizin verfolgen folgende Zielsetzung: Erfolgreicher Abschluss des körperlichen Entzugs, Klärung des Behandlungsbedarfs, Einstellung Substitutionsmedikation, Erarbeiten von Strategien zur Rückfallprävention, Stabilisierung und Verbesserung der gesundheitlichen Situation, Abstinenz bezüglich Hauptproblemsubstanz, Planung von adäquaten Anschlusslösungen.[18]
Die Suchtfachkliniken stellen 34 stationäre Entzugs- und 89 Entwöhnungsplätze zur Verfügung. Weitere 12 Plätze für Entwöhnung bestehen in einem tagesklinischen Angebot. Die psychiatrischen Einrichtungen bieten auf spezialisierten Abteilungen 115 Plätze für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen an. Die Fallzahlen in stationären Angeboten der Suchtfachkliniken betragen pro Jahr durchschnittlich 720.[19] In der institutionellen Psychiatrie wurden im Jahr 2010 1610 Fälle[20] mit Hauptdiagnose F1[21] stationär behandelt (auf allgemeinen und spezialisierten Abteilungen).
Die Finanzierung von stationären Angeboten der Suchtmedizin erfolgt über Krankenversicherungs- und Kantonsbeiträge. Suchtfachkliniken sind bis 2011 mittels Leistungsvertrag vom Kanton (Sozialamt) beauftragt.[22] Die Abgeltung erfolgt leistungsorientiert (Behandlungstage). Für die Suchtfachkliniken werden gesamthaft rund 15,1 Mio. Franken[23] aufgewendet, davon werden 9,4 Mio. Franken von Kanton und

[18] Konzepte Leistungsvertragspartner, Wirkungsziele Leistungsverträge
[19] BFS Statistiken der sozialmedizinischen Institutionen SOMED, 2006–2010
[20] BFS Medizinische Statistik 2010
[21] ICD 10, Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
[22] Ab 2012 Unterstellung Suchtfachkliniken SpVG
[23] Kosten erbrachte Behandlungstage 2010

Gemeinden getragen (Lastenausgleich). Der Gesamtaufwand für stationäre Aufenthalte von Personen mit Hauptdiagnose F1 (psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) in psychiatrischen Einrichtungen (spezialisierte Abteilungen) beträgt 30 Mio.Franken[24], davon werden 17,6 Mio. Franken durch den Kanton getragen.

### Akteure

### Suchtfachkliniken

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

### Psychiatrische Einrichtungen mit suchtmedizinischer Spezialisierung

| Organisation | Angebot | Anzahl Plätze[26] | Substanzen | Standort / Region |
|---|---|---|---|---|
| Privatklinik Meiringen | Stationärer Entzug<br>Stationäre Entwöhnung<br>Ambulante Behandlung | 22 | Legal | Meiringen |
| Psychiatriezentrum Münsingen | Stationärer Entzug<br>Stationäre Entwöhnung<br>Ambulante Behandlung | 36<br>14 | Legal | Münsingen |
| Service psychiatrique Jura bernois SPJBB | Stationärer Entzug | 7 | Illegal | Le Fuet |
| UPD | Stationärer Entzug<br>Ambulante Behandlung | 36 | Legal, illegal | Bern |

## Substitution

### Angebotsbeschreibung

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

[24] Kosten erbrachte Behandlungstage 2010
[25] Nur stationäre Plätze
[26] Nur stationäre Plätze

haben, und ist begleitet von umfassenden somatischen, psychiatrischen und sozialarbeiterischen Massnahmen.
Die Zielsetzungen der Substitution: Einbindung in das Behandlungssetting, Verbesserung oder Stabilisierung der physischen und psychischen Gesundheit, Herstellen von Szenendistanz, Reduktion des Beikonsums, Abbau von delinquentem Verhalten, Abbau der Substanz oder Abstinenz, Vermittlung in geeignete Hilfsangebote, Förderung der sozialen Integration.[27]
Gesamtkantonal werden 400 Plätze für heroingestützte Behandlung und 600 Plätze für methadongestützte Behandlung angeboten.[28] Die Fallzahlen pro Jahr betragen in der heroingestützten Behandlung rund 420. Im Methadonprogramm befinden sich im Jahr durchschnittlich 2274 Personen[29]. Diese Zahl beinhaltet auch die Behandlungen in Hausarztpraxen.
Die Finanzierung der heroingestützten Behandlung erfolgt über Krankenversicherungs- und Kantonsbeiträge. Jährlich werden rund 8 Mio. Franken[30] aufgewendet, davon trägt 1,2 Mio. Franken der Kanton (Fonds für Suchthilfe). Für die methadongestützte Behandlung beträgt der Aufwand rund 3,2 Mio. Franken[31], die Leistungen werden vorwiegend über Krankenversicherungsbeiträge finanziert.

### Akteure

| Organisation | Angebot | Anzahl Plätze | Substanzen | Standort / Region |
|---|---|---|---|---|
| Biwak | Heroingestützte und Methadonbehandlung | 50<br>25 | Illegal | Burgdorf |
| Contact Netz ZAS | Methadonbehandlung | 265 | Illegal | Bern |
| Fondation Contact Jura bernois | Methadonbehandlung | 90 | illegal | Berner Jura |
| Hegebe Thun | Heroingestützte und Methadonbehandlung | 70<br>30 | Illegal | Thun |
| Koda | Heroingestützte Behandlung | 210 | Illegal | Bern |
| Suprax | Heroingestützte und Methadonbehandlung | 70<br>190 | Illegal | Biel |

## Schadensminderung

### Angebotsbeschreibung

Angebote der Schadensminderung beziehen sich in ihren Zielsetzungen sowohl auf die individuelle als auch auf die gesellschaftliche Ebene. Auf der individuellen Ebene bietet die Schadensminderung jenen Personen Unterstützungsleistungen an, die nicht auf den Konsum von Suchtmitteln verzichten können oder wollen. Schadensminderung auf gesellschaftlicher Ebene bedeutet, dass die in der Öffentlichkeit wahrnehmbaren negativen Folgen des Drogenkonsums mit geeigneten Massnahmen eingeschränkt werden. Die Schadensminderung stellt folgende Angebote bereit: Anlaufstellen mit Konsumräumen, Räume mit Aufenthalts- und Verpflegungsmöglichkeit, Versorgung mit sauberem Injektionsmaterial, Massnahmen zur Prävention von Infektionskrankheiten, niederschwellige Information und Beratung sowie Notschlafstellen für Obdachlose.

---

[27] Konzepte Leistungsvertragspartner
[28] Exkl. Methadonbehandlungen in Hausarztpraxen
[29] Methadon-Statistik Kantonsarztamt 2006–2010
[30] Budget 2010
[31] Budget 2010, nur Methadonbehandlungen in Substitutionszentren

In Angeboten der Schadensminderungen gelten folgende Wirkungsziele: Risikominderung beim Konsum von Drogen, Stabilisierung der gesundheitlichen Situation, Vermittlung in geeignete Hilfsangebote, Entlastung des öffentlichen Raums (z. B. Reduktion Anzahl herumliegender Spritzen).[32]
Die Angebote von drei Organisationen werden vom Kanton (Sozialamt) direkt mittels Leistungsvertrag finanziert, die anderen indirekt via Gemeinden mittels Ermächtigung. Die gesamten Aufwendungen betragen 8,3 Mio. Franken[33], davon werden 6,9 Mio. Franken von Kanton und Gemeinden getragen (Lastenausgleich), weitere 1,4 Mio. werden über den Fonds für Suchthilfe aufgewendet. Weitere Angebote werden durch die Städte oder privat finanziert.

### Akteure

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

## Wohnen und Arbeit

### Angebotsbeschreibung

Angebote der Wohn- und Arbeitsintegration stehen Personen zur Verfügung, deren Wohnkompetenz und / oder deren Arbeitsfähigkeit aufgrund der Abhängigkeitsstörung und möglicher weiterer Diagnosen vorübergehend oder dauerhaft eingeschränkt sind. Die Aufenthalte erfolgen grösstenteils freiwillig, in einigen Einrichtungen werden auch Massnahmenklientinnen und -klienten gemäss Artikel 60 StGB aufgenommen.
Das Angebot beinhaltet Übergangs- und Dauerwohnplätze und umfasst betreute und begleitete Wohnformen. Im Arbeitsbereich werden Arbeitsintegrations- und Beschäftigungsprogramme, Taglohnangebote sowie heiminterne Werkstätten bereitgestellt. Viele Einrichtungen nehmen neben Personen mit Suchtstörungen auch solche mit psychosozialen Problemen oder psychischen Behinderungen auf; suchtspezialisierte Angebote sind aus diesem Grund nicht eindeutig abgrenzbar. Ein Teil der Anbieter des Wohnbereichs vernetzt sich im Rahmen des gebildeten Gefässes «Wohnkonferenz»[34].
Wohn- und Arbeitsangebote richten ihre Tätigkeit auf folgende Zielsetzungen aus: Verbesserung oder Stabilisierung der Lebenssituation, Erhalt oder Verbesserung der Wohnkompetenz und / oder Arbeitsfähigkeit, Reintegration in den freien Wohnungs-

[32] Wirkungsziele Leistungsverträge
[33] Budget 2010, lastenausgleichsberechtigte Beträge Ermächtigungen ab 2010
[34] *www.wohnkonferenz.ch*

und Arbeitsmarkt, Herstellen einer geregelten Tagesstruktur, Förderung der Selbstständigkeit, Organisation geeigneter Anschlusslösungen.[35]
Die Angebote von acht Organisationen werden direkt mittels Leistungsvertrag mit dem Kanton (Sozialamt) finanziert. Die Finanzierung von weiteren acht Institutionen erfolgt indirekt über Ermächtigung. In diesen Einrichtungen stehen rund 570 Wohn- und 130 Arbeitsplätze zur Verfügung. Weitere Angebote werden durch Leistungsverträge des Alters- und Behindertenamtes (ALBA) finanziert. Die Aufenthalte in Wohneinrichtungen werden zudem über Subjektbeiträge (IV/EL, individuelle Sozialhilfe) mit finanziert. Der Gesamtaufwand für direkt und indirekt finanzierte Institutionen (ohne Institutionen ALBA) beträgt rund 20,8 Mio. Franken, davon werden 11,2 Mio. Franken durch Kanton und Gemeinden getragen (Lastenausgleich).[36]

### Institutionen mit Leistungsvertrag Sozialamt

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

### Institutionen mit Ermächtigung

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

[35] Konzepte Leistungsvertragspartner, Wirkungsziele Leistungsverträge
[36] Kosten erbrachte Behandlungstage 2010

# Zusammenfassung Finanzbedarf Suchthilfe

## Finanzbedarf

| Leistungsbereich | Steuerung | Aufwand Kanton | Aufwand Gemeinden | Aufwand Kanton | Subjekt-bezogene Kosten-träger | Fonds für Suchthilfe | Total Finanz-bedarf |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | nach Abrechnung LA | nach Abrechnung LA | dem LA nicht unterliegend | KVG Sozialhilfe IV/EL | | |
| Ambulante Beratung und Therapie | LV | 4,7 Mio. | 4,7 Mio. | | | 1,7 Mio. | 11,1 Mio. |
| Stationäre Sozialtherapie | LV | 2,85 Mio. | 2,85 Mio. | | 4 Mio. | | 9,7 Mio. |
| Suchtmedizin[37] | LV | 4,7 Mio. | 4,7 Mio. | | 5,7 Mio. | | 15,1 Mio. |
| | Spitalliste | | | 17,6 Mio. | 12,4 Mio. | | 30 Mio. |
| Substitution | LV | | | | 10 Mio. | 1,2 Mio. | 11,2 Mio. |
| Schadensminderung | LV | 2,45 Mio. | 2,45 Mio. | | | 1,4 Mio. | 6,3 Mio. |
| | ERM | 1 Mio. | 1 Mio. | | 0,7 Mio. | | 2,7 Mio. |
| Wohnen und Arbeit | LV | 3,9 Mio. | 3,9 Mio. | | 4,6 Mio. | | 12,4 Mio. |
| | ERM | 1,7 Mio. | 1,7 Mio. | | 5 Mio. | | 8,4 Mio. |
| **Total Finanzbedarf**[38] | | **21,3 Mio.** | **21,3 Mio.** | **17,6 Mio.** | **42,4 Mio.** | **4,3 Mio.** | **106,9 Mio.** |

[37] Ab 2012: Finanzierung aller suchtmedizinischen Angebote über Spitalliste
[38] Zahlen 2010 (Budgets/Kosten effektive erbrachte Behandlungstage)

# 4. Entwicklung und Leistungsbedarf

Im Folgenden sollen zunächst einige epidemiologische Daten rund um die Thematik Sucht präsentiert werden, anschliessend werden Entwicklungen in Bezug auf die Problemlasten aufgezeigt, und schliesslich werden wichtige Trends und Lösungsansätze beleuchtet, die den Leistungsbedarf der Suchthilfe in den nächsten Jahren prägen werden.
Grundlage für die folgenden Ausführungen stellen der «Bericht Spinatsch» (2004) sowie die vierte Schweizerische Gesundheitsbefragung (2007) dar.[39] Ebenso wurden Ergebnisse des vierten Gesundheitsberichts des Kantons Bern einbezogen.[40] Um aktuelle Entwicklungen und Trends aufnehmen zu können, sind die Kernaussagen aus dem «Bericht Spinatsch» in einem Experteninterview mit Franziska Eckmann, Leiterin Infodrog (Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht) diskutiert und wo nötig ergänzt worden (Interview vom 13. Juli 2011).

## Epidemiologische Daten

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

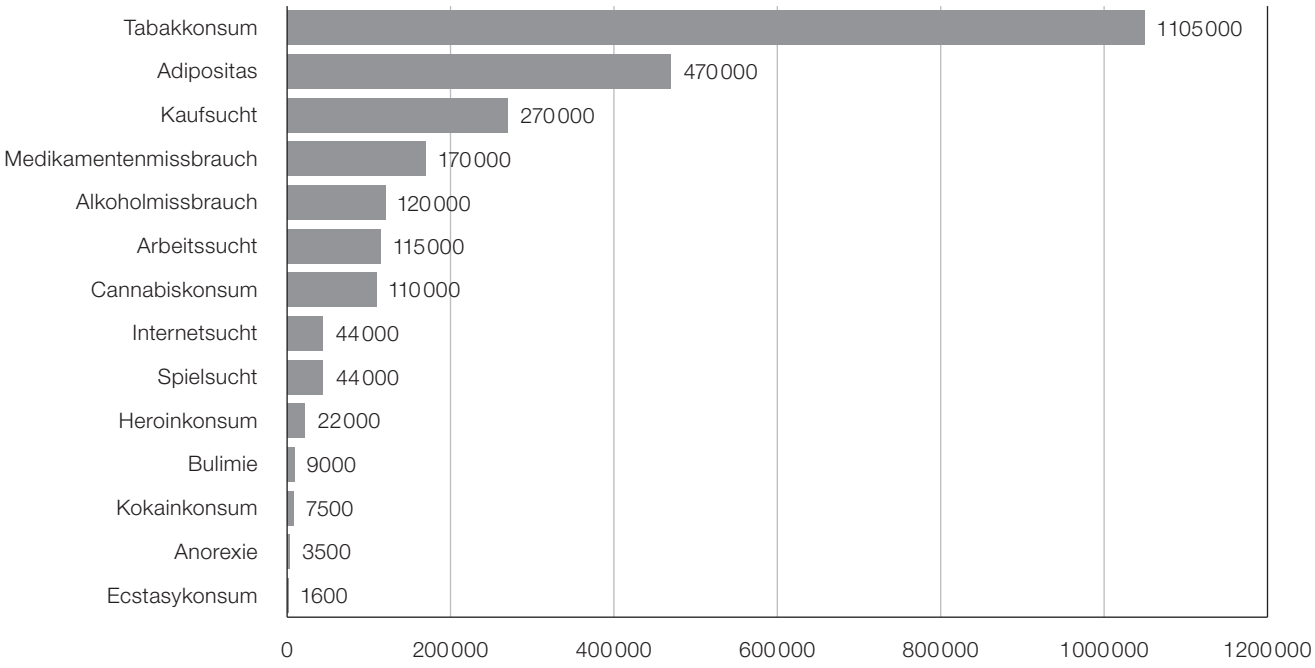
---

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

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

[41] Die Schweizerische Gesundheitsbefragung wird alle 5 Jahre durchgeführt und liefert Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung; befragt wird die ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren. Vgl. *http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/ess/01.html*, 18.7.2011.

**Anzahl Personen mit hoch riskantem Verhalten**




Quelle: Spinatsch, 2004, S. 27

Die Zahlen zum Konsum von psychoaktiven Substanzen haben seither keine massiven Veränderungen erfahren. Aufgrund der letzten Schweizerischen Gesundheitsbefragung (2007) können folgende Trends festgehalten werden:[42]

- Der Anteil der Rauchenden unter den 14- bis 65-Jährigen sank von 32 % im Jahr 2002 auf 27 % für die letzten beiden Erhebungsjahre 2008 und 2009.[43] Ob man raucht oder nicht, hängt aufgrund der Ergebnisse der vierten Gesundheitsbefragung des Kantons Bern mit der sozialen Lage zusammen. Personen in einer besonders tiefen sozialen Lage rauchen statistisch gesehen mehr als Personen in einer hohen sozialen Lage.[44]
- Zwischen den Jahren 1997 und 2007 hat der Anteil der Männer und Frauen, die mit ihrem Alkoholkonsum ein mittleres Risiko eingehen, sowie der Anteil jener, die risikoreich konsumieren, leicht abgenommen. Die Ausnahme bilden die 15- bis 24-Jährigen: Der Anteil der risikoreich Alkohol Konsumierenden war im Jahr 2007 in dieser Altersgruppe höher als in den beiden vorhergehenden Erhebungsjahren.[45] Weiter zeigt die vierte Schweizer Gesundheitsbefragung (2007) auf, dass 2,8 % der Bevölkerung einen regelmässig risikoreichen Alkoholkonsum haben, sich 8,8 % der Bevölkerung episodisch risikoreich verhalten («Rauschtrinken») und 2 % ein risikokumulierendes Verhalten vorweisen.[46] Ein Zusammenhang von gesundheitsschädlichem Alkoholkonsum und der sozialen Lage scheint nicht zu bestehen.[47] Es wird geschätzt, dass gegen 300 000 Personen alkoholabhängig oder zumindest stark alkoholgefährdet sind.[48]

---

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

[43] Vgl. *http://www.sucht-info.ch/infos-und-fakten/tabak/konsum/*, 18.7.2011.

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

[45] Vgl. *http://www.sucht-info.ch/infos-und-fakten/alkohol/,* 18.7.2011.

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

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

[48] Vgl. Nationales Programm Alkohol NPA 2008-2012; *http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00596/index.html?lang=de,* 18.7.2011.

- Der Anteil der Personen, die mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert haben, hat in den letzten zehn Jahren deutlich zugenommen (14,2 % im Jahr 1997 vs. 19,4 % im Jahr 2007). Generell zeichnet sich jedoch bei aktuell Konsumierenden für die letzten Jahre ein Rückgang in der Konsumhäufigkeit ab. Das heisst, der Anteil an täglich Cannabis Konsumierenden liegt im Jahr 2007 (9,3 %) tiefer als drei Jahre zuvor (14,2 %).[49]
- Für den Kanton Bern ist das Konsumverhalten von Jugendlichen in Bezug auf Tabak, Alkohol und Cannabis in Abhängigkeit des familiären Wohlstands untersucht worden. Weder bei den Knaben noch bei den Mädchen liess sich im Konsum dieser drei Substanzen ein statistisch signifikanter Unterschied nach familiärem Wohlstand nachweisen.[50]
- In der Schweiz benutzen 74,5 % der Bevölkerung ab 14 Jahren das Internet täglich oder mehrmals pro Woche (2010). Zum Vergleich: 2005 lag dieser Anteil bei 55,6 %, 2000 bei 26,4 %. Verlässliche Angaben über online- oder internetsüchtige Personen liegen kaum vor.[51]
- Bei der Glückspielsucht kam eine Studie zum Schluss, dass in der Schweiz im Jahr 2005 ca. 0,8 % der erwachsenen Bevölkerung ein risikoreiches Glücksspielverhalten aufzeigten und weitere 0,5 % spielsüchtig waren; dies entspricht ca. 80 000 Personen.[52]
- Die Anzahl Personen, die von Heroin abhängig sind, ist in etwa stabil und wird auf etwa 22 000 geschätzt. Davon befinden sich ca. 17 500 Personen in einer Methadonsubstitution sowie weitere 1300 Personen in heroingestützter Behandlung.[53]
- In der schweizerischen Gesundheitsbefragung haben im Jahr 2007 4,4 % der 15- bis 39-Jährigen angegeben, mindestens einmal im Leben Kokain konsumiert zu haben. Dieser Anteil ist im Vergleich zum Jahr 2002 (2,9 %) deutlich gestiegen. Die Erhebung zum Konsum illegaler Drogen im Rahmen der Gesundheitsbefragung unterschätzt wahrscheinlich den Anteil der Personen mit Konsumerfahrung, da man damit rechnen muss, dass nicht alle, die konsumiert haben, dies auch angeben. Zudem ist anzunehmen, dass stark konsumierende Personen, die stark marginalisiert sind, über eine solche Befragung nur sehr schwer erreichbar sind.[54]
- In den letzten Jahren an Bedeutung zugenommen haben «Designerdrogen» oder «Partydrogen[55], zu denen u. a. auch Ecstasy (MDMA) zu zählen ist. Kennzeichen sind u. a. niedrige Herstellungskosten und die leichte Erhältlichkeit übers Internet. Der Konsum erfolgt in der Freizeit und insbesondere im Partysetting. Zu erwähnen sind ständig neu auftauchende Substanzen (teils legal, teils auch illegal) in verschiedenster Zusammensetzung, deren Risiken als sehr unterschiedlich zu beurteilen sind. Auch bei Ecstasy ist im Vergleich mit 1997 ein Anstieg sichtbar: 1,0 % der Befragten 1997 vs. 1,8 % 2007, sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern.[56]
- Bei der Unterscheidung nach Suchtformen werden die verschiedenen Formen des Mischkonsums zu wenig berücksichtigt. Insbesondere beim Partydrogenkonsum ist der gleichzeitige oder nah aufeinanderfolgende Konsum verschiedener Substanzen inkl. Alkohol häufig.[57] Mischkonsum ist auch bei Heroinabhängigkeit bekannt; nebst Heroin werden Kokain, Benzodiazepine und/oder Alkohol konsumiert.

---

[49] Vgl. *http://www.sucht-info.ch/infos-und-fakten/cannabis/,* 18.7.2011.

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

[51] Vgl. *http://www.sucht-info.ch/infos-und-fakten/onlinesucht/*, 18.7.2011.

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

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

[54] Vgl. *http://www.sucht-info.ch/infos-und-fakten/kokain/*, 18.7.2011.

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

[56] Vgl. *http://www.sucht-info.ch/infos-und-fakten/ecstasy/*, 18.7.2011.

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

## Entwicklung von Konsummustern und Problemlasten

### Einschätzung aufgrund des «Berichts Spinatsch» (2004)

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

**Einschätzung Problemlast**

| Problemlast bestimmter Suchtformen verursacht durch das suchtrelevante Verhalten einer einzelnen Person aus der Sicht der Fachleute (nach Spinatsch, 2004) | persönliche Probleme | | | Probleme im persönlichen Umfeld | | Folgekosten des Staates | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | somatische Schäden | psychische und soziale Schäden | wirtschaftliche Schäden | somatische, psychische und soziale Schäden | wirtschaftliche Schäden | medizinische und soziale Kosten | |
| **Substanzgebundene Süchte** | | | | | | | |
| Alkoholmissbrauch | ••• | ••• | ••• | ••• | ••• | ••• | 18 |
| Tabakkonsum | ••• | •• | • | •• | • | ••• | 12 |
| Medikamentenmissbrauch | ••• | •• | • | •• | • | ••• | 12 |
| Heroinkonsum | ••• | ••• | ••• | ••• | ••• | ••• | 18 |
| Kokainkonsum | •• | •• | ••• | •• | •• | • | 12 |
| Cannabiskonsum | • | • | • | • | • | • | 6 |
| Ecstasykonsum | • | • | • | • | • | • | 6 |
| **Essstörungen** | | | | | | | |
| Anorexie | ••• | ••• | • | ••• | • | ••• | 14 |
| Bulimie | •• | •• | •• | •• | • | •• | 11 |
| Adipositas | •• | •• | • | • | • | •• | 9 |
| **Substanzunabhängige Süchte** | | | | | | | |
| Spielsucht | • | •• | ••• | ••• | ••• | •• | 14 |
| Arbeitssucht | •• | •• | • | ••• | • | •• | 11 |
| Sexsucht* | •• | •• | •• | •• | •• | • | 11 |
| Kaufsucht | • | • | ••• | •• | •• | •• | 11 |
| Internetsucht | • | • | • | •• | • | • | 7 |
| Fernsehsucht* | • | • | • | •• | • | • | 7 |
| Telefon-/Handysucht* | • | • | •• | • | •• | • | 8 |
| | ••• = hohe Problemlast •• = mittlere Problemlast • = tiefe Problemlast | | | | | | |

* Die wenigen verfügbaren empirischen Evidenzen sowie Plausibilitätsüberlegungen lassen auf eine geringe gesellschaftliche Relevanz dieser Suchtformen schliessen. Sie wurden deshalb in den weiteren Ausführungen nicht berücksichtigt.[59]

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

[59] M. Spinatsch, 2004, S. 13

Aus der Auswertung wird deutlich, dass die befragten Suchtexperten bei der damaligen Befragung den Suchtformen Alkoholmissbrauch und Heroinkonsum eine besonders hohe Problemlast zuschrieben, sowohl bezüglich der damit verbundenen persönlichen Probleme, Probleme im Umfeld sowie im Hinblick auf die entsprechenden Folgekosten für die öffentliche Hand. Sie erreichten in der Expertenbefragung das Maximum von 18 möglichen Punkten. Spielsucht, Anorexie, Tabakkonsum, Medikamentenmissbrauch und Kokainkonsum wird eine mittelgrosse Problemlast zugeschrieben (14 bzw. 12 Punkte), während die übrigen Suchtformen insgesamt mit einer eher tiefen Problemlast verbunden wurden (11 Punkte und weniger).
Aus der Kombination der Einschätzung der Problemlasten und der Prävalenz Hochrisikokonsumierender (Anzahl Betroffene) wurde für den Spinatsch-Bericht der folgende Handlungsbedarf abgeleitet:

**Suchtpolitischer Handlungsbedarf aus fachlicher Sicht**

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

Quelle: Spinatsch, 2004, S. 27

## Entwicklung der Problemlasten

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

- **Problematischer Partydrogen-/Freizeitkonsum:** Es sind vor allem (aber nicht ausschliesslich) Jugendliche und jüngere Erwachsene, die in der Freizeit und insbesondere im Partysetting psychoaktive Substanzen konsumieren. Nicht alle pflegen dabei einen risikoarmen Konsum: Konsumiert werden Alkohol, unterschiedliche «Designerdrogen», Kokain, teilweise auch Heroin. Mischkonsum ist dabei die Regel, Alkohol steht – da billig und leicht erhältlich – meistens im Zentrum. Oftmals geht es vor allem darum, sich «zuzudröhnen». Eine zunehmend wichtige Rolle spie-

len sogenannte Research Chemicals[60]. Sie sind teilweise legal (z. B. Düngemittel), teilweise illegal, billig in der Herstellung und werden oft via Internet bezogen. Ihre Zusammensetzung wechselt schnell, die Auswirkungen sind oft unberechenbar. Der Konsum von psychoaktiven Substanzen im Freizeitbereich geschieht im Ausgang, an Partys und Festivals, aber auch im privaten Rahmen. Erfahrungen weisen darauf hin, dass sich der Konsum nicht auf städtische Gebiete beschränkt, sondern ebenso ländliche Regionen umfasst.

- **Alkohol:** Wird Alkohol in zu grossen Mengen, zu häufig oder in ungeeigneten Situationen konsumiert, kann er zahlreiche Probleme, wie z. B. Unfälle, Kriminalität, Gewalttaten, Suizide, verursachen.[61] Da Alkoholkonsum der drittgrösste Risikofaktor für die gesellschaftliche Belastung durch Krankheiten (nach Tabakgebrauch und Bluthochdruck) ist und eine grosse Zahl von Personen betrifft, stehen insbesondere Bemühungen im Zentrum, problematischen Konsum frühzeitig zu erkennen und entsprechende Interventionen zu veranlassen. Weil jedoch Alkoholkonsum kulturell akzeptiert ist, werden problematischer Konsum oder gar Abhängigkeit oft lange nicht als solche wahrgenommen.
- **Heroin:** Heroin ist für Einsteiger/-innen im Moment weniger attraktiv. Heroin als Substanz hat aber ein sehr hohes Abhängigkeitspotenzial und bringt – auch aufgrund seines illegalen Status – meistens dramatische Begleiterscheinungen mit sich (Beschaffungskriminalität, Prostitution, Verelendung usw.).
- **Kokain:** Kokain gilt als die aufputschende Droge schlechthin. Einerseits hat sie einen festen Platz in der Drogenszene als Mischdroge mit Heroin. Andererseits steht Kokain als Lifestyledroge der Partyszene sowie als Aufputschmittel für Leistungsbesessene. Kokainkonsum beschränkt sich heute nicht mehr nur auf bestimmte Szenen (Managerinnen und Manager, Models, Künstlerinnen und Künstler), sondern erschliesst sich einem immer weiteren Kreis von Konsumierenden, wie z. B. Handwerkerinnen und Handwerker, Beamtinnen und Beamte, Studierende usw.[62] Für diese Gruppen gibt es bisher wenig adäquate Beratungs- und Behandlungsangebote.
- **Cannabis:** Cannabis ist heute in der Schweiz die meistverbreitete illegale Droge. In der Mehrheit kann von einem risikoarmen Konsum ausgegangen werden. Dennoch dürfen die gesundheitlichen Risiken nicht vernachlässigt werden: Häufiger Konsum führt zu psychischer und körperlicher Abhängigkeit; auch kann der Konsum bei Personen mit entsprechender Veranlagung Psychosen (insbesondere Schizophrenie) auslösen.[63] Ein problematischer Konsum bei Jugendlichen (vor allem wenn er bereits früh, z. B. bei 11- oder 12-jährigen auftritt) sollte abgeklärt werden, da der Konsum ein Hinweis auf erhebliche Problemsituationen und Risikoverhalten (Gewalt, Depression, Suizidalität usw.) darstellen kann. Diesbezüglich wird die Früherkennung und -intervention an Bedeutung gewinnen.

---

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

[61] Im Nationalen Programm Alkohol NPA 2008–2012, vgl. *http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00596/index.html?lang=de*, wird unterschieden zwischen dem risikoarmen, problematischen und abhängigen Konsum; der problematische Konsum wird weiter unterschieden in Rauschtrinken (oder episodisches Trinken), chronischen Konsum sowie situationsunangepassten Konsum.

[62] Vgl. *http://www.sucht-info.ch/infos-und-fakten/kokain/*, 19.7.2011.

[63] Vgl. *http://www.sucht-info.ch/infos-und-fakten/cannabis/*, 19.7.2011.

- **Onlinesucht/Internetsucht:** Bis anhin besteht kein generell anerkannter Begriff, um das Problem der Abhängigkeit von Nutzungsformen des Internets zu bezeichnen. Der Begriff Onlinesucht eignet sich dabei, um die ständige Verknüpfung mit dem Netz als wichtigen Aspekt der Abhängigkeit zu betonen. Dabei lassen sich insbesondere drei Bereiche nennen, die ein Suchtpotenzial aufweisen:
  - Online-Games (betroffen sind v. a. männliche Jugendliche)
  - Online-Kommunikation (z. B. Chats, betroffen sind besonders Frauen)
  - Konsum von Sex- und Pornoseiten (der Anteil jüngerer Männer scheint hier besonders hoch zu sein)[64]

  Für die Onlinesucht, wie auch für weitere sogenannte substanzungebundene Suchtformen (Spielsucht, Kaufsucht, Essstörungen usw.), bleibt allerdings offen, wie ausgeprägt die Problemlast bzw. wie schwerwiegend die Beeinträchtigung ist und ob entsprechende Interventionen nötig sind.

## Wahrnehmung in der Öffentlichkeit und Politik

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

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

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

- **Tabak:** Der Trend ist in den letzten Jahren stark in Richtung «Nichtraucherschutz» gegangen. Das Rauchen ist weitgehend aus dem öffentlichen Raum verbannt worden (rauchfreie Büros, Züge, Restaurants usw.). Vorreiter dafür war in erster Linie die Zivilgesellschaft (öffentlicher Druck, grosse Unternehmen wie Fluggesellschaften, SBB usw.). Die Politik hat diese Entwicklung nachvollzogen.
- **Alkohol:** Die Öffentlichkeit bringt problematischen Alkoholkonsum praktisch ausschliesslich mit Jugendlichen in Verbindung. Gewisse präventive Massnahmen mit einem Fokus auf Junge sind unbestritten (z. B. Alterslimiten für den Verkauf von Alkohol). Für weitergehende Massnahmen, wie z. B. Einschränkung der Erhältlichkeit oder Preiserhöhungen, ist jedoch kaum Akzeptanz vorhanden. Dabei spielen auch wirtschaftliche Interessen eine grosse Rolle (Stichwort «24-Stunden-Gesellschaft»). Der problematische Konsum bei Erwachsenen (und auch bei älteren Menschen) gerät dadurch oftmals in den Hintergrund. Es zeigt sich jedoch beispielsweise, dass die Mehrheit jener Personen, die der Zürcher Ausnüchterungszelle (ZAS) zugeführt werden mussten, Personen im Alter zwischen 25 und 45 Jahren sind. Zudem

---

[64] Vgl. *http://www.sucht-info.ch/infos-und-fakten/onlinesucht/*, 18.7.2011;

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

[66] ebda, S. 8 – 11 sowie S. 16 / 17

hat eine Studie gezeigt, dass der problematische Alkoholkonsum bei den Arbeitgebern jährlich Kosten von einer Milliarde Franken verursacht.[67]

- **Illegale Drogen (v. a. Heroin, Kokain):** Die Sichtbarkeit des Konsums hat sich stark verändert. Die offenen Szenen sind praktisch vollständig verschwunden. Bei Ansätzen zur Neubildung wird rasch interveniert. Dank dem Ausbau der Angebote (Substitutionsbehandlungen mit Heroin und Methadon, niederschwellige Angebote wie Kontakt- und Anlaufstellen, Spritzentausch usw.) befindet sich heute ein grosser Teil der Suchtabhängigen in Behandlung oder Betreuung. Damit ist das Problem weitgehend aus den Augen der Öffentlichkeit verschwunden.
  Der Handlungsbedarf bleibt aber bestehen: Sowohl die individuellen Risiken (Neueinsteiger/innen) als auch die potenziellen negativen Auswirkungen auf Umfeld und Gesellschaft (Image einer Stadt/Gemeinde, Kriminalität, Gefahr, die von Spritzen in Parks ausgeht usw.) bleiben weiterhin beträchtlich.
- **Problematischer Konsum von psychoaktiven Substanzen im Freizeit- und Partysetting:** Dieser wird in der Öffentlichkeit vor allem als «Alkoholproblem» wahrgenommen. Das Thema Mischkonsum, neue Designerdrogen, die in der Herstellung billig sind und oft (noch) unbekannte Auswirkungen haben, wird in der Öffentlichkeit bisher – etwa als Medienschlagzeilen – nur sehr punktuell wahrgenommen.

## Trends in Bezug auf Lösungsansätze und Leistungsbedarf

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

### Früherkennung und -intervention

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

- **Jugendliche:** Künftig haben Amtsstellen und Fachleute im Erziehungs-, Sozial-, Gesundheits-, Justiz- und Polizeiwesen die Befugnis, den zuständigen Behandlungs- und Sozialhilfestellen Kinder und Jugendliche zu melden, bei denen sie suchtbedingte Störungen festgestellt haben oder vermuten.[68] Damit ist von Gesetzes wegen eine stärkere Fokussierung auf den Bereich der Früherkennung und -intervention bei Jugendlichen gegeben. Dies erfordert nebst einer zielführenden Diagnostik zur Erfassung von Risikoverhalten und Gefährdung die enge Zusammenarbeit der involvierten Stellen (z. B. Erziehungsberatung, Jugendgerichte, Sozialdienste und Suchtfachstellen) sowie das Vorhandensein eines ausdifferenzierten Angebots an Interventionen (z. B. multidimensionale Familientherapie MDFT).
- **Ältere Personen:** Die Pensionierung stellt eine kritische Phase dar. Entsprechende Angebote (Prävention, Behandlung usw.) im Bereich «Sucht im Alter» werden des-

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

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

halb – auch vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung – an Bedeutung gewinnen. Für die Früherkennung und Frühintervention ist dabei die enge Zusammenarbeit zwischen Grundversorgung (Hausärzte, Spitäler), Spitex und Suchthilfeangeboten von zentraler Bedeutung.

- **Problematischer Konsum von psychoaktiven Substanzen im Freizeit- und Partysetting:** Zentral in diesem Bereich ist die Sensibilisierung und Informationsvermittlung an die Konsumierenden; dies geschieht in der Regel vor Ort (Party-/Clubszene, Nightlife, Festivals usw.) und beruht u. a. auf Drugtesting (Inhaltsstoffe und deren Zusammensetzung) der konsumierten Substanzen sowie einem Frühwarnsystem (Angaben bzw. Warnungen zu bestimmten, vor allem auch neu auftauchenden Substanzen und deren Zusammensetzung). Darüber hinaus gilt es gegebenenfalls die Verbindung zu Behandlungsangeboten herzustellen.

## Konvergenz von medizinischen und psychosozialen Kompetenzen

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

## Diversität als bewusster Umgang mit Vielfalt

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

# 5. Schlussfolgerungen für den Kanton Bern

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

## Aktuelle Situation: bewährte institutionelle Grundlagen und bedarfsgerechtes Angebot

Im Kanton Bern existiert heute ein vielfältiges, breites, in den Regionen verankertes und qualitativ hochstehendes Angebot, das alle Bereiche der Suchthilfe abdeckt.[69]
Das Sozialhilfegesetz SHG, das seit 2003 in Kraft ist, bietet für den Kanton Bern – gerade auch im interkantonalen Bereich – gute und bewährte Grundlagen, die eine professionelle Führung und Weiterentwicklung der Suchthilfe erlauben. Mit der Umsetzung des SHG und der Einführung der wirkungs- und leistungsorientierten Verwaltungsführung (NEF) ist die Steuerung und Finanzierung der Suchthilfe entsprechend umgestaltet und professionalisiert worden. Beispiele dafür sind etwa die Einführung von Leistungsverträgen mit den Anbietern, an Leistungen orientierte Abgeltungen oder das Reportingsystem, das den Vergleich zwischen einzelnen Leistungen bzw. Anbietern erlaubt.
Im Rahmen der geltenden Strategie hat in den letzten Jahren eine kontinuierliche Anpassung des Angebots an den sich wandelnden Bedarf stattgefunden. So sind etwa stationäre Therapieplätze, für die der Bedarf zurückgegangen ist, teilweise umgesteuert, teilweise abgebaut worden. Das Angebot entspricht aktuell weitgehend dem Bedarf, wie auch aus der im Rahmen des vorliegenden Projekts durchgeführten Bestandesaufnahme hervorgeht.[70]
Potenzial für Optimierungen ergibt sich vor allem im Hinblick auf eine bessere Abstimmung und Koordination der verschiedenen Angebote der Suchthilfe. Zusatzbedarf wird in den Bereichen Früherkennung/Frühintervention sowie teilweise bei niederschwelligen Wohn- und Tagesstrukturen als Langzeitlösungen für schwerabhängige Personen

[69] Vgl. Kapitel 3 des vorliegenden Berichts
[70] Vgl. Suchthilfestrategie Kanton Bern. Bestandsaufnahme und daraus abgeleitete Ansätze für eine neue Suchthilfestrategie. Bericht der Hochschule Luzern vom 30. November 2009

gesehen, insbesondere bei Angeboten für ältere, chronifizierte Suchtabhängige, die auf Pflege angewiesen sind.[71]
Die historische Zweiteilung der Suchthilfe nach der Legalität der Substanzen in einen legalen und einen illegalen Bereich besteht weiterhin fort, auch wenn Bestrebungen zu seiner Überwindung, seit einiger Zeit auch im Kanton Bern, laufen. Die am Rechtsstatus der Substanz orientierte Trennung zeigt sich auf Ebene der Institutionen weiterhin deutlich, insbesondere im Bereich der stationären Therapie. Während in der stationären Sozialtherapie ausschliesslich Personen mit Abhängigkeit von illegalen Substanzen behandelt werden, richten sich Therapieangebote der Suchtfachkliniken an Personen mit Abhängigkeit von legalen Substanzen. Die Zweiteilung spiegelt sich auch im Finanzierungssystem (KVG bzw. Sozialhilfe), das als nicht sach- bzw. problemgerecht eingeschätzt wird und teilweise falsche Anreize setzt.

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

Im Hinblick auf die künftige Ausrichtung der Suchthilfe ergeben sich für den Kanton Bern folgende Schlussfolgerungen: Eine grundlegende Neuorientierung der Suchthilfepolitik ist nicht nötig. Es geht um eine pragmatische Weiterentwicklung des aktuellen, vielfältigen Netzwerks und die Optimierung der bestehenden Steuerungsinstrumente. Dabei stehen die folgenden fünf Schwerpunkte im Vordergrund:

- **Optimierung der Steuerung durch den Kanton:** Weiterentwicklung und Systematisierung des Steuerungsverfahrens unter Einbezug der relevanten Akteure im Netzwerk («Feedback»-Kultur). Dabei soll sichergestellt werden, dass sich das Angebot konsequent am Bedarf und an den sich wandelnden Problemlasten orientiert. Aktuelle Themen mit einem gewissen Handlungsbedarf sind insbesondere die Bereiche Früherkennung und Frühintervention sowie langfristig ausgerichtete Lösungen für chronische Suchtabhängige.
- **Bündelung der Akteure:** Die grosse Zahl von unterschiedlichen Anbietern führt zu teilweise unübersichtlichen Strukturen, welche die Steuerung und Abstimmung der Angebote schwierig macht. Mit einer Reduktion der Zahl bzw. einer gewissen «Bündelung» der Leistungsvertragspartner kann eine Verbesserung der Systemsteuerung erreicht werden.
- **Stärkung der Vernetzung und Kooperation:** Aus den komplexer werdenden Problemsituationen ergibt sich ein Bedarf nach mehr Vernetzung und Kooperation, sowohl unter den Suchthilfeinstitutionen als auch darüber hinaus (Psychiatrie, Hausärzte, Spitex, Spitäler, aber teilweise auch Polizei, Erziehungsberatung usw.). Potenziale können mit Unterstützung für Kooperationen und Austausch unter den Akteuren «vor Ort» in den Regionen aktiviert werden.
- **Stärkung der Klienten- und Patientenorientierung:** Mit der Weiterentwicklung der heute oftmals an der einzelbetrieblichen Perspektive ausgerichteten Zuweisungslogik in Richtung eines professionellen «Matchings» können Angebot und Bedarf auf der Ebene der einzelnen betroffenen Personen besser aufeinander abgestimmt werden.
- **Optimierung des Ressourceneinsatzes:** Das heute geltende Finanzierungssystem mit den Finanzierungsquellen Sozialhilfe (SHG) und Krankenversicherung (KVG), das sich nicht primär an fachlichen oder wirtschaftlichen Kriterien, sondern am Rechtsstatus (legal/illegal) orientiert, führt zu suboptimalen Lösungen. Durch optimierte Instrumente könnten die vorhandenen Ressourcen effizienter und wirksamer eingesetzt und damit bessere Leistungen erzielt werden.

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

---

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

# 6. Leitsätze zur Suchthilfe im Kanton Bern

Die folgenden Leitsätze sowie die Strategien und Massnahmen basieren auf den Vorarbeiten im Rahmen des Projekts «Suchthilfestrategie Kanton Bern» (Bestandsaufnahme, «Eckwerte-Papier», Ergebnisse aus Workshops mit Vertreterinnen und Vertretern der Institutionen, vgl. Kapitel 1). Grundlagen bilden zudem die Richtlinien der Regierungspolitik 2011 – 2014 des Kantons Bern, die Leitlinien der Kommission für Sucht und Gesundheit SUGEKO sowie die aktuellen Grundlagen des Bundes.[72]
Die Leitsätze sollen als Orientierungspunkte für die Entwicklung der Suchthilfe im Kanton Bern dienen. Auf diesen basieren die in Kapitel 7 aufgeführten Strategien und Massnahmen.

## Integrale Suchtpolitik

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

## Bedarfs- und Wirkungsorientierung

Im Kanton Bern existiert ein differenziertes und bedarfsgerechtes Angebot im Bereich der Suchthilfe, das jenen, die Unterstützung benötigen, leicht zugänglich ist. Das Angebot orientiert sich an den konkreten Problemlasten im Kanton Bern.
Neue Probleme werden frühzeitig erkannt und es werden, wenn dies aufgrund der Problemlast nötig erscheint, entsprechende Lösungsansätze entwickelt.

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

## Komplementarität und Subsidiarität

Suchthilfe ist ein spezialisierter und subsidiärer Teilbereich, der sich als komplementär zu den übrigen Angeboten des Gesundheits- und Sozialwesens versteht. Die Grundversorger (Hausärzte, Spitex, Spitäler, Sozialdienste) werden soweit möglich befähigt, suchtspezifische Problemlagen frühzeitig zu erkennen, die betroffenen Personen professionell zu behandeln bzw. zu beraten sowie gegebenenfalls dem spezialisierten Suchthilfesystem zuzuführen.
Der Kanton Bern unterstützt die Kooperationen der Anbieter im Hinblick auf eine sinnvolle Abstimmung des Angebots und wirkt auf die Weiterentwicklung des Systems der Suchthilfe in Richtung eines Netzwerks mit unterschiedlichen Kompetenzzentren hin.
Die im Kanton Bern für die Suchthilfe Verantwortlichen arbeiten vernetzt mit den überlappenden Politikbereichen zusammen, insbesondere mit der Gesundheits- und Spitalversorgung und der Sozialhilfe (GEF), der Erziehungs- und Bildungspolitik (ERZ), dem Erwachsenen- und Kindesschutz (JGK) sowie der Sicherheitspolitik (POM).

## Ausdifferenziertes, leicht zugängliches Suchthilfeangebot

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

## Wirtschaftliche Organisation

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

# 7. Strategien und Massnahmen

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

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

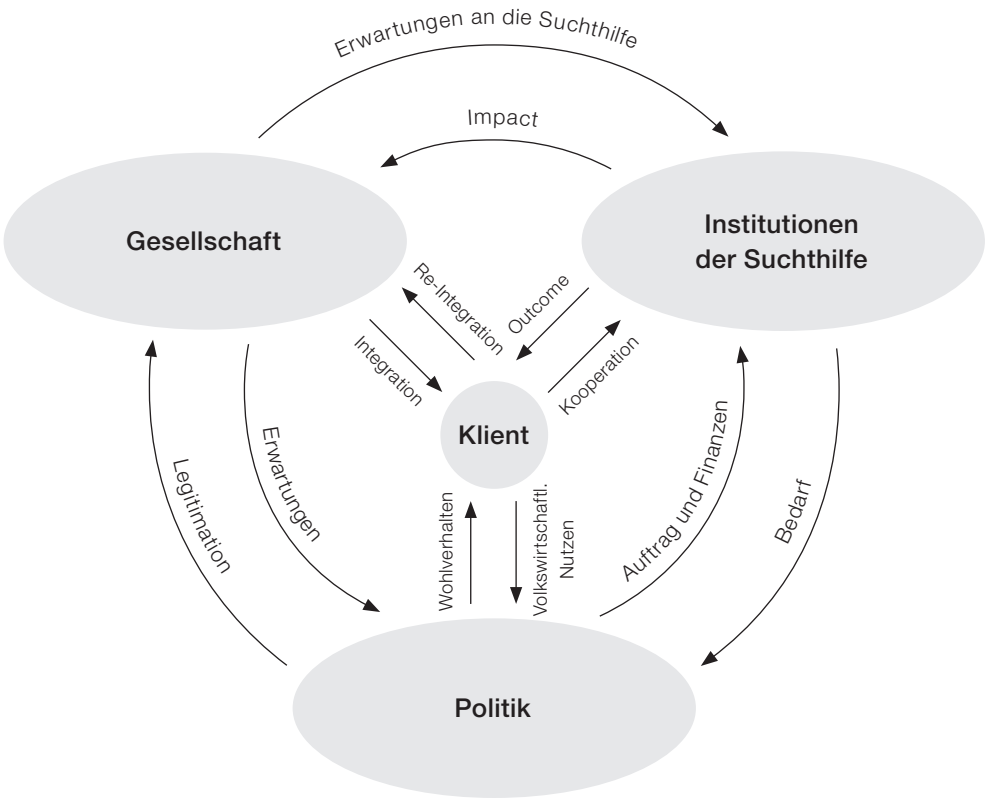
In den folgenden Abschnitten werden die fünf Handlungsfelder jeweils kurz erläutert. Für jedes Handlungsfeld werden ein bis drei strategische Stossrichtungen formuliert, die für die Suchthilfe des Kantons Bern in den nächsten Jahren wegleitend sein sollen. Auf diese strategischen Stossrichtungen bezogen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

## Handlungsfeld A «Bedarfsorientiertes Angebot»

Im Kanton Bern existiert ein breites, vielfältiges und qualitativ hochstehendes Angebot im Bereich der Suchthilfe. Das heutige Angebot an professionellen Dienstleistungen deckt alle relevanten Bereiche ab – von der ambulanten Beratung und Therapie über Substitution, suchtmedizinische Angebote und stationäre Sozialtherapie bis zu Angeboten der Schadensminderung sowie Wohn- und Arbeitsangeboten (vgl. Kapitel 3).
Aus der 2009 durchgeführten Bedarfserhebung wurde deutlich, dass das bestehende Angebot den Bedarf – von wenigen Ausnahmen abgesehen – weitgehend abdeckt. Handlungsbedarf wird in erster Linie darin gesehen, die einzelnen Angebote besser aufeinander abzustimmen und diese aus einer übergeordneten Sicht (Versorgungsperspektive) bedarfsorientiert und auf die effektiven Problemlasten bezogen weiterzuentwickeln.
Hier will der Kanton Bern mit der Gesundheits- und Fürsorgedirektion GEF als für die Versorgung verantwortliche Stelle – in Kooperation mit den Akteuren der Suchthilfe – eine aktive Steuerungsfunktion übernehmen. Voraussetzung für eine wirksame

Steuerung ist die Weiterentwicklung der bestehenden Instrumente im Rahmen eines definierten Prozesses bzw. eines Steuerungsmodells, das es erlaubt, regelmässig Soll-Ist-Vergleiche vorzunehmen und den entsprechenden Handlungsbedarf abzuleiten. Es gilt somit, Rückmeldungen aus dem «Feld» der Suchthilfe aufzunehmen, diese mit den politisch gesetzten Schwerpunkten und den zur Verfügung stehenden Mitteln abzustimmen und so den Bedarf festzulegen.
Eine wichtige Grundlage für die Bestimmung des Bedarfs sind Erkenntnisse aus der Beobachtung der Entwicklungen, die Suchtfachleute in ihrer täglichen Arbeit mit den betroffenen Personen sammeln: Welche neuen Themen tauchen auf? Wie entwickeln sich die Problemlasten, wie die Konsummuster? Wie viele Personen sind wie betroffen? Solche Hinweise ergeben sich direkt «vor Ort» bei den Anbietern bzw. deren Mitarbeitenden. Und sie müssen auch dort abgeholt, systematisch gesammelt und – im Hinblick auf ihre Handlungs- und Steuerungsrelevanz – ausgewertet werden.
Zu berücksichtigen sind dabei auch Hinweise von Fachleuten, die nur punktuell mit Suchtbetroffenen konfrontiert sind (z. B. Hausärzte, Sozialdienste usw.).
Reportingdaten der Institutionen, aber auch Kennzahlen aus eidgenössischen Statistiken (SoMed, ACT-Info usw.) sowie weitere Studien und Analysen, die auf nationaler Ebene oder durch andere Kantone erstellt werden, sind ebenfalls wichtige Informationsquellen.
Schliesslich ist bei der Bedarfsermittlung auch die politische Dimension zu berücksichtigen: Welche Schwerpunkte sollen aus politischer Sicht gesetzt werden? Welche Mittel stehen für die Suchthilfe zur Verfügung? Erfüllung parlamentarischer Vorstösse usw.
Diese Inputs für die Bestimmung des Bedarfs müssen regelmässig erhoben und ausgewertet werden. Der Kanton benötigt dazu entsprechende Instrumente und Gefässe. Dieser zirkuläre Prozess, der als Prozessablauf festgehalten werden soll, ist rollend bzw. periodisch zu durchlaufen. Der Bedarf wird von den Institutionen und Leistungserbringern angemeldet. Der Kanton definiert das Mengengerüst jeder Leistung und die zuständigen Leistungserbringer.

**Abbildung Zirkulärer Prozess Bedarfsermittlung**



## Strategische Stossrichtung «Steuerung im Dialog»

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

### Massnahme A1

Weiterentwicklung bzw. Optimierung des Steuerungskreislaufs im Hinblick auf die bedarfsorientierte Steuerung des Angebots. Dieser könnte wie folgt ablaufen:

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

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

### Massnahme A2

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

Aufgaben der «kantonalen Plattform» (ca. 2 Sitzungen pro Jahr) sind insbesondere:

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

## Strategische Stossrichtung «Innovation»

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

langfristig ausgerichtete Lösungen für chronisch Suchtabhängige (inkl. ältere Personen mit Pflegebedarf).

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

## Handlungsfeld B «Strategische Partnerschaften»

Die vielfältige Suchthilfelandschaft des Kantons Bern ist historisch gewachsen. Rund 25 Institutionen (Leistungsvertragspartner des Sozialamts) bieten heute spezifische Leistungen an, die sich mehr oder weniger klar unterscheiden. Die im Zusammenhang mit dem vorliegenden Projekt durchgeführte Bedarfserhebung hat gezeigt, dass im Hinblick auf eine bessere Abstimmung der einzelnen Anbieter und ihrer Angebote ein beträchtliches Optimierungspotenzial vermutet wird.
Mit dem Ziel, das Gesamtsystem der Suchthilfe im Kanton Bern in diesem Sinn zu optimieren, will der Kanton die Angebote der Suchthilfe künftig in einer beschränkten Zahl von Netzwerken bündeln, die jeweils über Leistungsverträge mit entsprechenden «strategischen Partnern» gesteuert werden. Damit wird die Abstimmung der Angebote in den einzelnen Versorgungsbereichen optimiert. Mit öffentlichen Mitteln finanzierte Parallelstrukturen sollen vermieden werden.
Strategische Partner können einzelne Anbieter oder verbindliche Kooperationen von mehreren Anbietern sein. Strategische Partner haben bestimmte Mindestanforderungen zu erfüllen (Qualität, Mindestgrösse, Angebotsschwerpunkte, regionale Zugänglichkeit). Sie sorgen im Rahmen des Leistungsvertrags der GEF für ein differenziertes, bedarfsgerechtes Angebot und stellen in ihrem Bereich die Abstimmung des Angebots sicher.
Zur Organisation der Suchthilfe im Kanton Bern wären theoretisch unterschiedliche Strukturoptionen denkbar, insbesondere nach Leistungsbereichen, nach Regionen oder nach «Kundengruppen» gebildete Organisationseinheiten. Für die GEF steht eine an den Leistungen der Anbieter orientierte Struktur im Vordergrund (vgl. Kapitel 3). Dafür spricht in erster Linie, dass diese Struktur eine Weiterentwicklung aus dem Bestehenden darstellt (keine vollständige Umstellung), dass sich die Resultate innerhalb der Bereiche direkt vergleichen lassen (Entwicklung einer «Lernkultur» ist möglich) und dass die Anbieter innerhalb eines Bereichs eine «gemeinsame Sprache» sprechen.
Mit der Organisation nach Regionen (zu kleinräumig, Frage der kritischen Grösse und der Professionalität) oder mit einer an Kundengruppen orientierten Struktur (Zielgruppen sind sehr heterogen, schwierig zu fassen und überlappen sich teilweise[73]) wären demgegenüber erhebliche Nachteile verbunden.
Die Vergabe der strategischen Partnerschaften erfolgt im Sinn eines «kooperativen Contractings»[74]. Das heisst, die Verträge werden nicht frei ausgeschrieben, sondern

[73] Vgl. auch Diskussionen während des Workshops im Herbst/Winter 2010

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

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

### Strategische Stossrichtung «Strategische Partner in sechs Leistungsbereichen»

Der Kanton Bern strebt in den folgenden sechs Leistungsbereichen jeweils eine bis zwei strategische Partnerschaften an.

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

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

**Massnahme B1**
Aufbau strategischer Partnerschaften in allen sechs Leistungsbereichen 2012 – 2014/15 im Rahmen der Leistungsverträge bzw. entsprechender Steuerungsinstrumente im Leistungsbereich Suchtmedizin[75]. Im Leistungsbereich Wohnen und Arbeit werden zunächst nur die direkt finanzierten Anbieter einbezogen. Mittelfristig werden auch vertikale Kooperationen entlang des Behandlungspfades angestrebt.

## Handlungsfeld C «Vernetzung und Kooperation»

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

- Vernetzung und Kooperation unter den Suchthilfeinstitutionen: Dabei werden insbesondere die Durchlässigkeit zwischen den Versorgungsbereichen, die Kooperation zwischen den medizinisch und den psychosozial ausgerichteten Fachdisziplinen sowie eine Optimierung der Abstimmung der Angebote angestrebt und die zweckmässige Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure in der Region sichergestellt.
- Vernetzung der Akteure der Suchthilfe mit der Psychiatrie und der weiteren Grundversorgung (Hausärzte, Spitex, Spitäler, Sozialdienste). Ziel sind entsprechende Projekte und Initiativen, die auf spezifische Problemsettings abgestimmt sind.

[75] Hier bilden die Strategien und Massnahmen der Versorgungsplanung Psychiatrie 2011 – 2014 die Grundlage.

- Vernetzung mit benachbarten, «überlappenden» Bereichen (z. B. Polizei, Erziehungsberatung, Schulen usw.). Hier geht es vor allem um die Sensibilisierung und die Kommunikation von entsprechenden Anlauf- und Meldestellen.
- Vernetzung interkantonal/national: Der Austausch über entsprechende Instrumente und Erfahrungen aus anderen Kantonen und Ländern wird interkantonal und national aktiv gepflegt.

### Strategische Stossrichtung «Regionale Plattformen»

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

**Massnahme C1**
Aufbau von vier oder fünf «Regionalen Plattformen» im Kanton Bern (z. B. abgestimmt auf die Verwaltungsregionen).
Aufgaben und Zielsetzungen der regionalen Plattformen:
- Diskussion des Bedarfs, Abgleich Soll-Ist, Empfehlungen zuhanden des Kantons (GEF) bzw. der kantonalen Plattform (vgl. Massnahmen A1 und A2)
- Austausch/Wissensvermittlung über Angebote der Institutionen (z. B. Wissensvermittlung an die Mitarbeitenden der beteiligten Institutionen, Weiterbildungsangebote zur Verbesserung des Wissens über die Angebote in der Region)
- Impulse für Vernetzung/Kooperationen über Versorgungsbereiche hinweg

Beteiligt an den regionalen Plattformen sind Vertretungen der in der Region tätigen strategischen Partner, die regionalen psychiatrischen Dienste, kommunale Suchtverantwortliche sowie der Kanton. Nach Möglichkeit ebenfalls einzubeziehen sind wichtige Partner der Grundversorgung der Region sowie Akteure der Gesundheitsförderung/Prävention.
Der Aufbau der regionalen Plattformen erfolgt unter Berücksichtigung der bereits bestehenden Vernetzungsstrukturen. Im Rahmen des Aufbaus der regionalen Plattformen werden soweit notwendig bestehende Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen in Hinblick auf Zielsetzungen, Zusammensetzung und Aktivitäten analysiert und eine Übersicht über bestehende Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen erstellt.
Der Kanton stellt den Aufbau und den Betrieb der regionalen Plattformen sicher.

## Handlungsfeld D «Klienten- und Patientenorientierung»

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

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

gespart werden könnten. Der niederschwellige Zugang zum System muss weiterhin sichergestellt und der Diversität der betroffenen Personen muss noch vermehrt Rechnung getragen werden.

### Strategische Stossrichtung «Matching»

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

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

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

### Strategische Stossrichtung «Diversität»

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

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

## Handlungsfeld E «Ressourcen und Qualität»

Die nötigen finanziellen und personellen Ressourcen der Suchthilfe, aber auch die Ressourcen, die in der übrigen Grundversorgung zur Verfügung stehen, bilden die zentralen Elemente, auf die ein wirksames und effizient geführtes Versorgungssystem in der Suchthilfe bauen muss. Diese Ressourcen sollen gepflegt, optimal genutzt und jeweils dort eingesetzt werden, wo sie im System den grössten Nutzen erbringen.
Die Finanzierung des Suchthilfeangebots erfolgt heute über zwei Kanäle: Zum einen gibt es die primär über SpVG/KVG finanzierten suchtmedizinischen Angebote, zum anderen die von Kanton und Gemeinden finanzierten psychosozialen und sozialtherapeutischen Angebote. Beide Angebotsbereiche wirken komplementär und leisten ihren Beitrag zur Gesamtversorgung. Die beiden Sektoren verfügen über ein je unterschiedliches Finanzierungssystem mit jeweils ungleichen Bedingungen und Leistungen. Dies ist insbesondere im Bereich der stationären Therapie feststellbar, wo der KVG-finanzierte suchtmedizinische Bereich über mehr Spielräume verfügt. Da sich die Finanzierung an historisch gewachsenen, primär aufgrund der Abgrenzung von legalen und illegalen Suchtformen zustande gekommenen Grenzziehungen orientiert, die heute je länger je mehr obsolet werden (Stichwort «Mischkonsum»), ergeben sich

daraus Ungleichbehandlungen und falsche Anreize. Die optimale, fachlich begründete Zuweisung von betroffenen Personen zu einem passenden Angebot wird durch die bestehenden Finanzierungsstrukturen behindert.
Im Weiteren gilt es, die Ressourcen der Grundversorgung, insbesondere von Psychiatrie, Spitex sowie Haus- und Spitalärztinnen und -ärzte im Hinblick auf den Umgang mit suchtspezifischen Problemsituationen gezielt zu stärken und zu unterstützen. Damit lassen sich Probleme frühzeitig erkennen und geeignete Interventionen einleiten, was sich direkt auf die Kosten auswirkt.

## Strategische Stossrichtung «Finanzierungssystem»

Das bestehende Finanzierungssystem wird analysiert und hinsichtlich einer fachlich begründeten Zuweisung zum medizinischen Bereich (Finanzierung primär über SpVG und KVG) bzw. zum sozialtherapeutischen Bereich (Finanzierung über Kanton und Gemeinden/Lastenausgleich) auf Optimierungsmöglichkeiten geprüft. Idealerweise erfolgt die Zuteilung zu einem der beiden Finanzierungskanäle aufgrund fachlicher Kriterien und nicht aufgrund des rechtlichen Status der Suchtform.
Damit werden auch die Kooperation zwischen medizinischen und sozialtherapeutischen Angeboten verbessert bzw. die beiden Versorgungsbereiche näher aneinander geführt. Da es sich bei dieser Frage um ein Problem mit gesamtschweizerischer Relevanz handelt, sucht der Kanton eine Lösung im Rahmen der bestehenden interkantonalen Strukturen.

### Massnahme E1

Durchführung einer Situationsanalyse der Finanzierungsstrukturen im Bereich der Suchthilfe mit besonderem Fokus auf die Unterschiede zwischen dem medizinischen Bereich (Finanzierung über KVG und Spitalfinanzierung) und dem sozialtherapeutischen Bereich (Finanzierung durch Kanton und Gemeinden). Klärung der Optimierungsmöglichkeiten in Richtung einer Finanzierungsstruktur, die sich an fachlich begründeten, optimalen Behandlungen/Interventionen orientiert und nicht an den Suchtformen.
Für das Projekt wird die Kooperation mit anderen interessierten Kantonen gesucht.

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

### Massnahme E2

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

## Strategische Stossrichtung «Unterstützung der Grundversorgung in Suchtfragen»

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

**Massnahme E3**

Aufbau des Projekts «FOSUM» Nordwestschweiz zur Unterstützung der medizinischen Grundversorger (Haus- und Spitalärztinnen und -ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater).

Dieses umfasst hauptsächlich zwei Elemente:

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

**Massnahme E4**

Entwicklung eines Projekts zur Unterstützung der SPITEX mit folgenden inhaltlichen Stossrichtungen:

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

# 8. Umsetzung

Die Massnahmen werden in einem nächsten Schritt weiter konkretisiert. Im Hinblick auf die Umsetzung werden dazu für jede Massnahme Ausgangslage, Zielsetzung, beteiligte Stellen und Federführung, geplantes Vorgehen, Zeitplan mit Meilensteinen sowie Kosten und Finanzierung dargestellt.
Die Umsetzung der Massnahmen erfolgt schrittweise innerhalb des Zeitraums von 2012 bis 2015. Sie soll kostenneutral erfolgen.

# 9. Antrag an den Grossen Rat

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

Bern,

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident: B. Pulver
Der Staatsschreiber: K. Nuspliger

# 10. Anhang

## Parlamentarischer Vorstoss

M 285/2008, GEF

Eingereicht von: **Blaser, Heimberg (SP/JUSO)**
Weitere Unterschriften: 23
Eingereicht am 17.11.2008

### Es braucht eine zeitgemässe Suchthilfe im Kanton Bern

Der Kanton Bern unternimmt seit längerem Anstrengungen, die Suchthilfe den heutigen Gegebenheiten anzupassen. Die Integration legal/illegal mit entsprechenden strukturellen Anpassungen bei den betroffenen Institutionen ist bis jetzt konkret nur in einem Teilbereich der Suchthilfe, nämlich der Suchtberatung, in Auftrag gegeben. Fachlich sowie strukturell fehlt eine übergeordnete und kohärente Gesamtstrategie. Ein kantonales Versorgungskonzept soll die zukünftigen Problemlasten und die daraus resultierenden Leistungsziele und Massnahmen aufzeigen. Modellhaft sollen auch die strukturellen Konsequenzen für alle Bereiche der Suchthilfe – Stationär, Substitution, Psychiatrie, Schadensminderung bis hin zur Marktregulierung, Repression – erarbeitet werden.

Deshalb wird der Regierungsrat beauftragt:

1. Ein kohärentes Versorgungskonzept für die Suchthilfe zu erstellen, welches substanz- und 4-säulenübergreifend Antworten auf die zukünftigen Problemlasten gibt. Die Integration legal/illegal, die Zielgruppenorientierung sowie die Kompetenzen der bestehenden Suchthilfeinstitutionen bei der Erarbeitung dieses kantonalen Versorgungskonzepts zu berücksichtigen und einzubeziehen.
2. Eine gut zugängliche, qualifizierte Versorgung der Bevölkerung im Bereich der Suchthilfe im ganzen Kantonsgebiet sicher zu stellen. Die heutige Zugänglichkeit zu den Institutionen zu verbessern.
3. Notwendige strukturelle Anpassungen vorzunehmen und die Kooperation zwischen den Anbietern der Suchthilfe zu verbessern.
4. Eine kantonale Plattform der Anbieter zu schaffen, um das Angebot gegenseitig abzustimmen.

**Begründung**

Die traditionell gewachsenen Strukturen der Suchthilfe weisen in einigen Bereichen eine grosse Stärke aus. Der Bedarf nach einer Veränderung und der inhaltlichen, strukturellen und finanziellen Anpassung ist in verschiedenen Bereichen gegeben. Der Kanton besitzt jedoch kein kohärentes Versorgungskonzept Suchthilfe. Zurzeit ist er daran, Teilbereiche der Suchthilfe wie die Suchtberatung, die Substitution und Psychiatrie, den stationären Bereich, etc. ohne Gesamtkonzept zu optimieren. Dabei wird den Problemlasten, der Komplexität und der Entwicklung im Suchtfeld nicht genügend Rechnung getragen. Die notwendige Einbettung innerhalb einer Gesamtstrategie dieser Teilbereichsoptimierungen ist so nicht möglich.

Die praktizierte Teilung der Suchtpolitik und Suchthilfe entlang der Grenzen von Substanzen entspricht seit längerer Zeit nicht mehr dem aktuellen fachlichen Wissensstand und dem Bedarf. Die Betroffenen verhalten sich nicht mehr entlang einer historisch gewachsenen Kategorisierung legal-illegal. Der grosse Teil der Betroffenen, sei dies im Freizeitbereich, im öffentlichen Raum oder im Verborgenen praktiziert einen Mehrfach- oder Mischkonsum. Diese KlientInnen konsumieren nicht mehr einzelne Substanzen, sondern z. B. Alkohol, Medikamente, Kokain, Heroin, Cannabis, improvisierte Mixturen usw. Die Konsummuster sind Substanz übergreifend geworden. Die Konsumformen variieren von risikoarmem oder problematischem Konsum bis zu Abhängigkeit. Daraus resultiert, dass die Situation und der Bedarf der Betroffenen eine hohe Durchlässigkeit der Säulen Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression erfordert.
Die Zugänglichkeit zu den Suchthilfeinstitutionen ist nicht überall genügend Kunden orientiert. Diese Zugänglichkeit ist zu überprüfen und wo notwendig zu verbessern. Dabei soll auch das Verhältnis der Zentren zu den Peripherien einbezogen werden.
Strukturell soll die Trennung legal/illegal in den Angeboten der Suchthilfeinstitutionen aufgehoben werden. Die Durchlässigkeit der 4-Säulen Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression soll gewährleistet und die Kompetenzen der Anbieter einbezogen werden.
In Zukunft sollen auch vermehrt die «NichtspezialistInnen in der Suchtarbeit» (HausärztInnen, LehrerInnen, LehrmeisterInnen, SozialarbeiterInnen der Sozialdienste usw.) beteiligt werden.
Strukturell soll die Kooperation unter den Anbietern verbessert werden. Zusätzlich sollen durch eine kantonale Plattform alle Anbieter besser vernetzt werden. Die kantonale Plattform soll die Leistungen und Leistungsverträge der Suchthilfeinstitutionen transparent machen und das Angebot aufeinander abstimmen.

**Antwort des Regierungsrates**
Der Motionär beanstandet, dass der Kanton über kein kohärentes Versorgungskonzept Suchthilfe verfüge und der Komplexität und Entwicklung im Suchtfeld nicht genügend Rechnung trage.
Die Zugänglichkeit zu den Institutionen sei zu verbessern und die notwendigen strukturellen Anpassungen vorzunehmen.
Weiter beauftragt der Motionär den Regierungsrat mit der Schaffung von kantonalen Plattformen der Anbieter, um das Angebot aufeinander abzustimmen.
Der Kanton Bern hat sich in seinem Positionspapier von 1999 klar zur 4-Säulen-Politik des Bundes, basierend auf den Säulen Prävention, Therapie, Überlebenshilfe und Repression, bekannt. Seit dieser Zeit hat er sich laufend mit der Weiterentwicklung der Suchtstrategie und der Optimierung der Angebote befasst. Dabei sind auch strukturelle Anpassungen vorgenommen worden.
Weiter hat die GEF ein Projekt Gesamtstrategie Suchthilfe gestartet um auf der Basis der Daten des Gesundheitsberichtes 2008 des Bundesamtes für Statistik und den Angaben aus dem Reporting der Institutionen die Gesamtstrategie zu vervollständigen. In den verschiedenen Teilprojekten wird den verschiedenen Interventionsstufen – von ambulanter Beratung bis zur stationären Therapie und der Substitution – Rechnung getragen.
Weiter soll insbesondere auch die Rolle der Psychiatrie als Querschnittsthematik verfolgt werden. Die Einsetzung von regionalen oder kantonalen Plattformen ist eine weitere Thematik, welche geklärt werden soll.
Im Rahmen der Projektorganisation werden alle relevanten Akteure in die Erarbeitung einbezogen.

**Zu Punkt 1 – Versorgungskonzept, basierend auf den Problemlasten**
Seit 2001 erarbeitet der Kanton im Vierjahresrhythmus eine Analyse der Problemlasten im Suchtbereich. Dabei werden die Konsummuster (unproblematisch, riskant, Abhän-

gigkeit) und die Verbreitung der Süchte sowie deren Auswirkungen auf das Individuum gewichtet. Ebenso wird die Wahrnehmung von Süchten in der Öffentlichkeit und den Medien berücksichtigt.
Auf dieser Grundlage erarbeitet er gemeinsam mit den Akteuren ein Schwerpunktprogramm Prävention, welches jeweils im Vierjahreszyklus realisiert wird.
Bei der Weiterentwicklung der Suchthilfeangebote ist dieser zusammen mit den beteiligten Akteuren festgestellte Handlungsbedarf ebenfalls Referenzrahmen.
Seit der Inkraftsetzung des SHG werden zudem mittels Leistungsvereinbarungen mit den Anbietern neben den Leistungen Auswertungen in Form von Reportings vereinbart. Diese geben dem Kanton die Möglichkeit, den Bedarf anhand einer Analyse der Auslastung der Institutionen festzustellen und das Angebot entsprechend anzupassen. So wurden im stationären Bereich über die letzten Jahre in einem nicht unwesentlichen Ausmass Betten abgebaut. Das Angebot im ambulanten Bereich diversifiziert sich zunehmend, entsprechend der zunehmenden Komplexität der Suchterkrankungen.

**Zu Punkt 2 und 3 Verbesserung des Zugangs zu den Institutionen und strukturelle Anpassungen**
Auf der Basis der Motionen Fässler / Blaser wurde die Erarbeitung von Versorgungsmodellen in Auftrag gegeben. In der Folge hat eine Tagung zum Thema stattgefunden, an welcher eine Mehrheit der anwesenden Akteure für den Zusammenschluss im Bereich der ambulanten Beratung votiert hat. Diese Arbeit im strukturellen Bereich ist angelaufen. Sie dient der Überwindung der Trennung von legal/illegal wie auch der besseren Zugänglichkeit der Angebote.

**Zu Punkt 4 Kantonale Plattform**
Ebenfalls auf der Basis der erwähnten Motionen wurden zur besseren Vernetzung der bestehenden Anbieter im Suchtbereich in zwei Pilotprojekten die Möglichkeiten von regionalen Netzwerken getestet. Insbesondere sollten die Vereinfachung und Verbesserung der Zugänglichkeit überprüft sowie das Thema Vermeidung von Doppelspurigkeiten angegangen werden.
Die Evaluation der Pilotprojekte zeigt gute Resultate bei der regionalen Verankerung der Suchthilfe über die verschiedenen betroffenen Institutionen und Disziplinen. Insbesondere betreffend der erreichten Vernetzung in der Region wurden sie sehr positiv evaluiert.
Es stellt sich die Frage, ob eine ebensolche Vernetzung und regionale Verankerung mit einer kantonsweit geführten Plattform dieselben Funktionen erfüllen kann. Die Überprüfung und Neudefinition der Aufgaben von regionalen oder kantonalen Plattformen ist somit angezeigt.

Zusammenfassend erfüllen die bestehenden Grundlagen sowie die bereits eingeleiteten Neuerungen die Anliegen des Motionärs.

**Antrag**
Annahme als Motion und gleichzeitige Abschreibung in den Punkten 1–3
Annahme als Postulat des Punktes 4, kantonale Plattformen

**An den Grossen Rat**

## Kommissionsmotion

047 / 2012

Eingereicht von: **SHK (Spring, Lyss)**
Weitere Unterschriften: 0
Eingereicht am 08.03.2012

Datum Beantwortung: 14.03.2012

### Bericht Suchthilfekonzept Kanton Bern

Gestützt auf den Bericht Suchthilfekonzept Kanton Bern des Regierungsrates an den Grossen Rat wird der Regierungsrat beauftragt, folgende Massnahmen zu planen und rasch umzusetzen:

1. Der Bericht ist in den Bereichen Prävention und Repression mit einem zusätzlichen Bericht zu ergänzen.
2. Der zusätzliche Bericht ist dem Grossen Rat zur Kenntnis zu bringen.

Es wird Dringlichkeit verlangt.

**Antwort des Regierungsrates**
Das Suchthilfekonzept des Regierungsrates legt den Schwerpunkt auf die Versorgungsbereiche Therapie und Schadenminderung. Die partizipative Vorgehensweise hat eine breite Teilnehmerschaft bedingt. Die Aufarbeitung der zwei weiteren Säulen Repression und Prävention kann auf der nun bestehenden Grundlage effizienter erfolgen. Der Regierungsrat ist daher bereit, die entsprechende Ergänzung des Berichtes in die Wege zu leiten.

**Antrag**
Annahme

**An den Grossen Rat**

## Planungserklärungen

14. März 2012, GEF B

### Suchthilfekonzept des Kantons Bern – Strategien und Massnahmen

Der Regierungsrat nimmt Kenntnis vom Antrag der vorberatenden Kommission, welche am 1. März 2012 getagt hat und bezieht wie folgt Stellung zu den eingereichten Planungserklärungen:

**Planungserklärung 1, Triageinstrument**
Handlungsfeld D / Massnahme D1: Entwicklung eines einheitlichen Abklärungsinstrumentes (Weiterentwicklung Matrix); Konzeption eines Triagemodells unter spezieller Berücksichtigung von jugendlichen Süchtigen zwischen 18 – 25 Jahren.

Antrag: Annahme

Begründung: Die vorgeschlagene Konkretisierung der Massnahme D1 wird als sinnvoll erachtet. Alterspezifische Bedürfnisse sollen in der Ausgestaltung des Triagesystems generell und insbesondere in Bezug auf Jugendliche und junge Erwachsene berücksichtigt werden.

**Planungserklärung 2, Behandlungskonzept für Jugendliche**
Handlungsfeld D / Massnahme D2: Erarbeitung eines Interventions- und Behandlungskonzeptes bei Jugendlichen von 12 – 16 Jahren mit Suchtproblemen, welche nicht in der Lage sind mit auf Freiwilligkeit basierenden Angeboten zu kooperieren.

Antrag: Annahme

Begründung: Der Handlungsbedarf bei verhaltensauffälligen Jugendlichen zwischen 12 und 16 Jahren, welche nicht in der Lage sind, mit auf Freiwilligkeit basierenden Angeboten zu kooperieren, wird grundsätzlich anerkannt. Meist steht dahinter eine Mehrfachproblematik. Bei der Erarbeitung eines Behandlungskonzeptes ist darauf zu achten, dass die Thematik entsprechend breit angegangen wird – ein spezifisches Interventions- und Behandlungskonzept mit dem Fokus Sucht wird als zu eng angesehen. Die Schnittstelle zwischen Sucht- und Jugendarbeit wird darüberhinaus im Rahmen die Erteilung der Meldebefugnis gemäss Artikel 3c BetmG intensiv bearbeitet. Zurzeit wird im Rahmen einer interdirektionalen Arbeitsgruppe ein Konzept zur Umsetzung der Meldebefugnis erarbeitet. Ab 2013 folgt die Einführung der Meldebefugnis. Im Rahmen dieses Projektes soll geprüft werden, in wieweit betreffend die Schnittstelle Sucht- und Jugendarbeit weiterer Handlungsbedarf besteht.

**An die Gesundheits- und Fürsorgedirektion**

Für getreuen Protokollauszug: Der Staatsschreiber