

Suchthilfestrategie Kanton Bern

Bestandesaufnahme und daraus abgeleitete Ansätze für eine neue Suchthilfestrategie

Paul Bürkler
Jovanka Ruoss
Matthias von Bergen

Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR
Hochschule Luzern – Wirtschaft
Zentralstrasse 9
6002 Luzern

Kontakt:
Paul Bürkler
paul.buerkler@hslu.ch
041 228 99 63
Luzern, 14. Dezember 2009

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	3
2	Bestandesaufnahme	3
2.1	Zielsetzung der Bestandesaufnahme	3
2.2	Vorgehen zur Bestandesaufnahme	4
2.3	Zusammenfassung der Ergebnisse	4
2.3.1	<i>Angebot („Bestehendes“)</i>	4
2.3.2	<i>Bedarf („Vermutetes“)</i>	4
2.3.3	<i>Innovation („Geplantes“)</i>	5
2.3.4	<i>Politik („Erwünschtes“)</i>	5
2.3.5	<i>Fachbereich („Mögliches“)</i>	6
2.4	Erste Interpretationen	7
3	Ansätze für eine neue Suchthilfestrategie	7
3.1	Netzwerkmanagement zur Steuerung der Suchthilfelandschaft	7
3.2	Case Management als „Zauberwort“	8
3.3	Einbezug der Regelversorgung	8
3.4	Verbindung von Systemsteuerung und Einzelfallsteuerung	9
4	Verteilungsmechanismen der öffentlichen Mittel	10
4.1	Politische Relevanz als Schlüsselgröße	10
4.2	Effizienz	11
4.3	Effektivität (Impact, auf Gesellschaft bezogen; Outcome auf Individuum bezogen)	11
4.4	Einbettung in Suchthilfe- und Gesundheitsnetzwerke sowie in Behandlungspfade	12

1 Ausgangslage

Im Kanton Bern besteht ein vielfältiges, seit Jahrzehnten gewachsenes Angebot der Suchthilfe. Den Rahmen für die Suchthilfe bildet das Würfelfmodell der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen. Es umfasst alle psychoaktiven Substanzen (legale und illegale), stützt sich auf die „vier Säulen“ Prävention und Gesundheitsförderung, Therapie, Schadensminderung und Repression und differenziert zwischen den drei Konsummustern risikoarmer Konsum, problematischer Konsum und Abhängigkeit.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern will eine umfassende Suchthilfestrategie erarbeiten. Unterstützt wird diese Absicht durch die Motion Blaser. Sie wurde am 17.11.2008 eingereicht und fordert eine zeitgemäße Suchthilfe im Kanton Bern.

Zur Begleitung dieses Projektes hat die GEF das Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR der Hochschule Luzern – Wirtschaft hinzugezogen.

Die GEF ist die für die Suchthilfe verantwortliche Behörde des Kantons und finanziert den überwiegenden Teil der Angebote. Die Suchthilfestrategie soll im Sinne eines Versorgungskonzeptes den Akzent bei der (politischen) Steuerung setzen. Das Versorgungskonzept soll die Basis bilden für künftige Leistungsaufträge des Kantons. Mit der Suchthilfestrategie möchte der Kanton ein Instrument entwickeln, welches als Entscheidungsgrundlage dient, um die Zielgruppen, die Angebotspalette, die Angebotsschwerpunkte, das Mengengerüst und die fachliche Ausrichtung der Leistungserbringer zu bestimmen. In Zukunft soll der Abschluss von Leistungsaufträgen nur erfolgen, wenn der Leistungserbringer einen Beitrag an die Umsetzung der Suchthilfestrategie leistet.

Die GEF sieht eine partizipative Erarbeitung der Gesamtstrategie vor, um eine ausreichende politische Abstützung des Projektes sicher zu stellen. Aus Sicht der beteiligten Institutionen und deren Mitarbeitenden geht es bei dieser Gesamtstrategie um existenzielle Fragen, um die Zukunft der Institution, ihre künftigen Aufgaben und damit auch um konkrete Arbeitsstellen. In einem ersten Projektschritt wurde in und mit den Institutionen der Suchthilfe eine Bestandesaufnahme durchgeführt. Dieser Bericht fasst die Ergebnisse der Bestandesaufnahme zusammen und leitet erste Schlussfolgerungen für die Ausgestaltung der zu erarbeitenden Suchthilfestrategie ab.

2 Bestandesaufnahme

2.1 Zielsetzung der Bestandesaufnahme

In der Datenbank des BAG sind viele quantitative Daten über die Institutionen der Suchthilfe, ihre Angebote und ihre Leistungen vorhanden.

Die Zielsetzung der Bestandesaufnahme besteht darin, mittels einer qualitativen Erhebung ergänzende Informationen zu beschaffen, damit die GEF die politische Dimension möglicher Handlungsoptionen im Suchthilfebereich erkennen kann. Mit der Bestandesaufnahme sollen Informationen beschafft werden, die aufzeigen, in welchen Bereichen, Themen und Ausrichtungen Zustimmung zu erwarten ist und wo allenfalls mit Widerständen zu rechnen ist.

2.2 Vorgehen zur Bestandesaufnahme

Alle Institutionen, die in der Suchthilfe im Kanton Bern tätig sind, wurden in sechs Teilprojektgruppen eingebunden. Die Teilprojektgruppe „Prävention/Gesundheitsförderung“ wurde bei der Bestandesaufnahme nicht einbezogen, da ein entsprechendes Instrument bereits vorhanden ist und eine Schwerpunktplanung für die Jahre 2009 – 2013 erstellt wurde. Die Teilprojektgruppen wurden an einer Informationsveranstaltung über das gesamte Projekt zur Entwicklung einer Suchthilfestrategie und über die Bestandesaufnahme informiert (siehe Präsentation im Anhang).

Das IBR hat in Zusammenarbeit mit der Projektleitung einen Fragebogen entwickelt, der jeder Institution und Vertretern von Städten/Regionen zugeschickt wurde. Institutionen, die in mehreren Leistungsbereichen tätig sind, haben pro Leistungsbereich einen Fragebogen erhalten. Es wurden 51 Fragebogen verschickt. 51 Fragebogen wurden zurückgesandt, was einem Rücklauf von 100 Prozent entspricht.

Die Antworten auf den Fragebogen wurden nach Frage gegliedert und pro Teilprojektgruppe erfasst.

Die nachstehende Zusammenfassung der Ergebnisse fokussiert auf diejenigen Themen, die Hinweise auf eine mögliche Ausgestaltung der künftigen Suchthilfestrategie geben können. In den Antworten der einzelnen Teilprojektgruppen sind kaum Unterschiede auszumachen. Die Teilprojektgruppen befassen sich alle mit ähnlichen Themen. Deshalb wird auf eine Auswertung nach Teilprojektgruppen verzichtet.

2.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

2.3.1 Angebot („Bestehendes“)

Der gesellschaftliche Nutzen ist, wie weiter unten noch ausgeführt wird, eine zentrale Grösse bei der Zuteilung der Mittel. Die Institutionen sehen einen wichtigen Nutzen bei der Senkung von Kosten („gesparte“ Sozialversicherungsausgaben, wenn Betroffene reintegriert werden oder integriert bleiben; und wenn der Gesundheitszustand weniger medizinische Hilfe erfordert). Mit der Reintegration von Betroffenen wird auch eine verminderte Kleinkriminalität verbunden. Damit, so die Einschätzung, steigt ebenfalls das Sicherheitsempfinden in der Bevölkerung. Schliesslich wird auch der öffentliche Raum „entlastet“ (z.B. keine herumliegenden Spritzen).

Wenn Leistungen gekürzt oder gestrichen würden, so werden Qualitätsabbau und längerfristig steigende Kosten erwartet. Auch die Menschenrechtssituation von Schwerstabhängigen wäre vermehrt gefährdet. Die offene Drogenszene würde wieder verstärkt auch im öffentlichen Raum, auf Strassen und Plätzen, sichtbar werden.

Je nach Art des Angebotes wird vermutet, dass sich bei einem Abbau der Leistungen Verlagerungen auf andere, allenfalls weniger geeignete und/oder schlussendlich teurere Angebote ergeben würden. Auch eine Verlagerung in das Medizinsystem ist möglich (z.B. nicht notwendige Notfallaufnahmen bei zu wenig Wohnangeboten).

Kaum erwähnt wird ein betriebliches Optimierungspotenzial oder eine vermehrte thematische Fokussierung, um Kürzungen aufzufangen oder um Kosten senken zu können.

2.3.2 Bedarf („Vermutetes“)

Ein Ausbaubedarf wird am ehesten im ambulanten und halbstationären Bereich gesehen. Häufig genannt wird die Einführung eines Case Managements. Bemängelt wird das Fehlen von klar definierten Behandlungswegen, Zuständigkeiten und koordinierter institutioneller Zusammenarbeit. Mehrfach vorgeschlagen wird eine klarere und institutionsunabhängige Triage.

Die Liste von Versorgungslücken ist lang und vielfältig. Teilweise werden Versorgungslücken gesehen für Personen, bei denen die institutionelle Zuständigkeit unklar ist. Die Frage der Aufnahmepflicht wird gestellt: Wer ist zuständig, wenn niemand zuständig ist? Hier bestehen Zusammenhänge mit der gewünschten vermehrten Steuerung durch den Kanton und den Anmerkungen von „Rosinenpicken“ von Institutionen ohne Aufnahmepflicht.

Die lange Liste der Versorgungslücken wird sehr differenziert nach Problemgruppen aufgeschlüsselt. Durch eine noch stärkere Differenzierung nach Problemstellung wird vermutlich der Abgleich zwischen Nachfrage und vorhandenem Angebot schwieriger.

Eine Überversorgung wird am ehesten bei stationären (Langzeit)Therapien vermutet.

Ein breiter Konsens besteht bei der Forderung nach einer grundsätzlichen Aufhebung der Unterscheidung zwischen legal und illegal, zumindest im Bereich der Suchthilfe. Auch die unterschiedlichen (und tendenziell für Abhängige von illegalen Drogen schlechteren) Finanzierungsmöglichkeiten müssen ausgeglichen werden.

Die Rolle und Aufgabe der Psychiatrie im Suchthilfesystem scheint teilweise unklar zu sein.

Mehrfach und in verschiedenen Zusammenhängen erwähnt wird der Bedarf nach vermehrter Unterstützung der Grundversorger (Hausärzte, niedergelassene Psychiater, Spitäler, Spitäx).

Versorgungslücken bestehen am Ende der Kette, bei chronischen, schwerstabhängigen, kaum mehr therapierbaren Menschen, die eine niederschwellige Wohn- und Tagesstruktur benötigen. Hier geht es sowohl um die Menschenwürde als auch um den Schutz der Gesellschaft (offene Drogenszene; Obdachlosenszene; Kleinkriminalität; Bettelei).

2.3.3 Innovation („Geplantes“)

Angedachtes und Geplantes findet sich einerseits bei der Ausweitung der behandlungsbedürftigen Sünden (z.B. Spielsucht, Internetsucht), dann aber auch bei einer neuen bzw. zusätzlichen Fokussierung auf bestimmte Bevölkerungsgruppen (z.B. ältere wie auch junge Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Doppel-/Mehrfachdiagnosen). Auch die vermehrte Vernetzung wird mehrfach erwähnt (mit Hausärzten, integrierte Behandlungen, halbstationäre und ambulante Therapien).

Die Liste des Geplanten ist sehr lang. Eine Priorisierung zwischen blos Angedachtem und konkreten Projektplanungen ist nicht ersichtlich. Es wird auch nicht auf eine Innovations- und Planungssystematik hingewiesen. Auffallend ist die additive Aufreihung von auftauchenden Problemgruppen und daraus abgeleiteten Planungsideen.

Die Antworten könnten zum Schluss verleiten, dass das Integrationspotenzial von neuen Problemstellungen in bestehende Angebote eher klein ist. Es stellt sich jedoch die Frage, ob sich hier nicht vor allem das stark auf einzelne Angebote ausgerichtete Steuerungs- und Finanzierungssystem sowie die das System der Suchthilfe in der Schweiz insgesamt kennzeichnende hochspezialisierte Betreuungskultur spiegeln.

2.3.4 Politik („Erwünschtes“)

Die bestehenden finanziellen Anreize werden unterschiedlich bewertet. Positiv beurteilt wird, dass das Angebot gesichert ist, d.h. die Institutionen sind nicht in einem dauernden „Überlebenskampf“. Das unternehmerische Denken wird gefördert, es gibt gewisse operative Freiräume dank dem Globalbudget. Allerdings besteht ein Druck, die Einrichtung auszulasten, unabhängig davon, ob das jeweilige Angebot wirklich auf den Klienten zugeschnitten ist. Unterschiedliche Finanzierungsmodi (Krankenkasse und andere) wirken nicht sach- bzw. problemgerecht. Tendenziell wirken objektbezogene Finanzierungen in Richtung Halten des Bestehenden und sind eher innovationshemmend. Sie fördern (unnötige?) stationäre Behandlungen, da sich eine möglichst hohe Auslastung der Einrichtungen finanziell lohnt.

Die Befragten gehen davon aus, dass die Betreuung von Klienten mit „legalen“ Suchtproblemen finanziell im Vergleich zum „illegalen“ Bereich eher besser abgedeckt ist. Als Grund da-

für wird genannt, dass Behandlungen im legalen Bereich von den Krankenversicherern mitfinanziert werden. Auch werden teilweise unnötige Hospitalisationen vermutet, die mit dem Finanzierungsmechanismus gefördert werden.

Angemerkt wird, dass die bisherige Finanzierung stark die gewachsenen Strukturen abbildet und unterschiedliche Finanzierungsmechanismen gemischt werden. Mehrleistungen werden nicht honoriert, da zusätzlich erbrachte Leistungen nicht abgegolten werden.

Wünschenswert wäre es, wenn die finanziellen Anreize erfolgreiche Angebote belohnen (best practice) und ambulante Angebote vor stationären Lösungen priorisieren würden. Gewünscht werden wirkungs-, bedarfs- und zielgruppenorientierte Kriterien für die Finanzierung.

Es besteht ein breiter Wunsch nach unternehmerischen Kriterien als Entscheidungsgrundlagen. Die heute dominierende Optik der Besitzstandwahrung, so die verbreitete Position, sollte überwunden werden.

Grundsätzlich wird der Wechsel zu Leistungsaufträgen mit Globalbudget im Vergleich zu den früheren Finanzierungsmechanismen positiv beurteilt. Bemängelt wird das teilweise nicht nachvollziehbare Nebeneinander von verschiedenen Finanzierungsformen (z.B. Krankenversicherer, Sozialhilfe, Subjektfinanzierung, Objektfinanzierung über Leistungsverträge mit dem Kanton).

Ein breiter Konsens besteht darin, dass das Finanzierungssystem leistungs-, wirkungs- und effizienzorientiert sein soll. Die Subjektfinanzierung bekommt mehr Zustimmung als die Objektfinanzierung, die als strukturerhaltend und wenig innovationsfördernd beurteilt wird. Auch wird die Subjektfinanzierung eher als dienstleistungsorientiert eingeschätzt.

2.3.5 Fachbereich („Mögliches“)

Die Auflistung der Kooperationspartner, der vor- und nachgelagerten Stellen sowie der Mitbewerber zeigen ein eindrückliches Abbild der grossen Vielfalt der Institutionen im Kanton Bern. Damit einhergehend ist der Anspruch an die regionalen Plattformen und an den Kanton auf Koordination, Klärung der Zuständigkeiten, Erteilung verbindlicher Aufträge und allgemeiner Informationsfunktionen. Die heutige Ausgestaltung der Plattformen (zu wenig Verbindlichkeit, keine klaren Aufträge, kein Budget für Leitung und Moderation) wird jedoch als wenig nützlich gesehen. Ob es eine optimierte Form von Plattformen braucht, kommt nicht klar zum Ausdruck.

An den Kanton werden vielfältige Ansprüche erhoben. Grundsätzlich besteht der Wunsch nach strategischer Steuerung. Der Erhalt des vielfältigen Angebotes soll gewährleistet werden. Anderseits wird auch ein Zusammenführen der Angebote und klarere Aufträge (wer macht was?) erwartet. Die Steuerung soll gemäss der Mehrheit der Befragten über die Zuteilung der Finanzen erfolgen. Teilweise werden auch fachliche Vorgaben erwartet (z.B. klare Aussagen wo repressive Massnahmen notwendig sind und wo nicht). Auch wird aufgeworfen, ob die Suchthilfe vom Sozialbereich zum Gesundheitsbereich verschoben werden müsste.

Die Einrichtung einer unabhängigen Triagestelle wird beim Kanton gesehen.

Vereinzelt wird der Begriff der „Rosinenpickerei“ von Institutionen ohne Aufnahmepflicht genannt. Hier ist zu vermuten, dass unklare Zuständigkeiten konkret – und aus Sicht der Institutionen mit Aufnahmepflicht auf ärgerliche Art – sichtbar werden.

Leistungen der Suchthilfe könnten am ehesten durch die Regelversorgung (allgemeine Spitäler; Psychiatrie; Hausärzte) substituiert werden; auch könnten teilweise ausgebautere und besser koordinierte ambulante Angebote stationäre Behandlungen ersetzen. Potenzial wird auch beim Einsatz von Case Management gesehen, allenfalls verbunden mit einem vermehrten Wissenstransfer der Suchtspezialisten zum Regelversorgungssystem.

2.4 Erste Interpretationen

Es erstaunt wenig, dass kaum Bereiche mit einer Überversorgung erwähnt werden, hingegen in vielen Bereichen ein Ausbau als notwendig erachtet wird. Immerhin werden keine grundsätzlichen Versorgungslücken festgestellt. Falls mit gleichbleibenden Mitteln auch neue Projekte und Angebote finanziert werden müssen, werden eine anspruchsvolle Angebotsüberprüfung und daraus abgeleitete politische Entscheide notwendig werden.

Im Bereich von Wohnangeboten wird vereinzelt von Überversorgung gesprochen. Möglicherweise handelt es sich weniger um eine Überversorgung, sondern um Angebote, die gewandelten Bedürfnissen angepasst werden müssten.

Nicht oder nicht mehr dem Bedarf angepasste Angebote bzw. dahinterliegende Konzepte werden mehrmals erwähnt. Hier fehlt möglicherweise ein Mechanismus, der reagiert, wenn Angebote nicht mehr dem aktuellen Bedarf entsprechen.

Eindrücklich ist die Vielfalt weiterer Angebote, die aus Sicht der Suchtfachleute noch geschaffen werden sollten. Der Zugang bzw. die Zuordnung dieser noch zu schaffenden Angebote geschieht über unterschiedliche Kategorien (Alter, Suchtmittel, Herkunft, Geschlecht, berufliche Stellung usw.). Die Frage bleibt offen, ob die zuweisenden Stellen in der Lage sind, über ein so differenziertes Angebot den Überblick und die genauen Zuweisungskriterien im Auge zu behalten.

Es kann vermutet werden, dass die hochseparierende Betreuungskultur, wie sie für die Schweiz typisch ist, sich auch hier abbildet. Es ist zu berücksichtigen, dass die Blütezeit separierender und massgeschneideter institutioneller Angebote möglicherweise vorbei ist.¹

Der bestehende Finanzierungsmechanismus wird als brauchbar beurteilt. Allerdings besteht ein breiter Wunsch nach Optimierung in Richtung Klienten- und Leistungsbezug (Nutzen für Klienten und für Gesellschaft), unternehmerischen Spielräumen und Anreize für Innovationen (z.B. Verwendung von erlaubten Gewinnrücklagen für Innovationen).

Es besteht ein Substitutionspotenzial von stationär zu ambulant und vom Spezialversorgungssystem zum Regelversorgungssystem. Beides bedingt aber eine bessere Koordination auf Ebene Klient (Case Management) und wenn möglich gezieltes Coaching durch Suchtspezialisten.

3 **Ansätze für eine neue Suchthilfestrategie**

Es lassen sich aus der Bestandesaufnahme einige strategische Themenbereiche ableiten, die wegleitend für die Ausgestaltung der Suchthilfe sein können. Entsprechende Ansätze für die Entwicklung der Suchthilfestrategie werden nachstehend aufgeführt.

Als Metapher für die bestehende Suchthilfe im Kanton Bern kann das Netzwerk dienen. Netzwerke können komplexe Systeme der Leistungserstellung abbilden. Dies trifft auf die bestehende Landschaft der Suchthilfe im Kanton Bern zu. Es sind zahlreiche Organisationen unterschiedlicher Größe, Aufgabe, Trägerschaft, Finanzierung, Struktur und fachlicher Ausrichtung vorhanden, die auf vielfältige Weise zusammenwirken.

3.1 Netzwerkmanagement zur Steuerung der Suchthilfelandschaft

Unbestritten und vielfach gefordert ist eine *klare Führungsrolle* des Kantons. Diese Führungsrolle soll nicht im hierarchischen Sinne ausgeübt werden, sondern im Sinne eines partnerschaftlichen Netzwerkmanagements. Die zukünftige Suchthilfelandschaft im Kanton Bern bildet

¹ Vgl. die integrativen Entwicklungen im Volksschulbereich; oder die Abkehr von einer Vielfalt von hochspezialisierten Berufslehren hin zu weniger, aber breit angelegten beruflichen Ausbildungen; oder ganz allgemein der Trend bzw. die Notwendigkeit, im Rahmen der Globalisierung Menschen aus anderen Ländern zu integrieren.

(weiterhin) ein Netzwerk². Dem Kanton kommt die Funktion eines Netzwerkmanagers zu. Ein Netzwerkmanager kann Ziele und Aktivitäten abstimmen, Akteure und Ressourcen finden, Initiativen anstoßen und bremsen. Aber: Er ist bei allen Netzwerkmanagementaufgaben auf die Kooperation, das Mitwirken und die Ressourcen der anderen Akteure angewiesen. Und: Er kann nicht alleine Entscheidungen treffen und durchsetzen, sondern ist stark auf die Mitwirkung der Akteure angewiesen. Deutlich kommt das dadurch zum Ausdruck, dass der Kanton nur über beschränkte Informationen über den sich laufend ändernden Bedarf und die dafür geeigneten Mittel verfügt. Es besteht eine Informationsasymmetrie: Obwohl der Kanton Finanzierer ist, verfügt er über weniger Informationen als die finanzierten Organisationen. Dieser Umstand verweist darauf, dass eine hierarchische Steuerung (Stichwort Macht) kaum realisierbar ist.

Um auch unter den Bedingungen von knapper werdenden öffentlichen Mitteln die bedürfnisgerechte Weiterentwicklung der Suchthilfe zu gewährleisten, müssen auch weiterhin neue Aktivitäten und Angebote realisiert werden können. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass der Kanton auch über die Fähigkeit verfügt, bestehende Angebote nicht mehr weiterzufinanzieren, wenn sie nicht mehr notwendig sind. Damit gewinnt der Kanton finanziellen Spielraum für Innovationen.

3.2 Case Management als „Zauberwort“

Die Fokussierung auf das Individuum mit seiner einmaligen und komplexen Geschichte führt zum Case Management. Seine Einführung wird in der Bestandesaufnahme in verschiedenen Zusammenhängen als Lösungs- oder Steuerungsansatz häufig erwähnt und dürfte auf breite Zustimmung stossen. Das Case Management als ein auf das Individuum bezogenes Steuerungsinstrument wäre eine gute Orientierungs- und Steuerungshilfe in einem komplexen Netzwerk. Die Abstimmung zwischen den verschiedenen Ausrichtungen der Suchthilfe (Therapie, Überlebenshilfe, Repression) und den damit beauftragten Berufsdisziplinen (Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Andragogik usw.) könnte klientenzentrierter gesteuert werden. In eine ähnliche Richtung gehen auch die Forderungen nach einer neutralen Triagestelle. Bekannt sind die pfadabhängigen Steuerungen in der Sozialhilfe.

Allerdings bleibt in der Diskussion offen, was genau mit Case Management gemeint ist. Ist es ein Instrument, das über die Institutionen hinweg läuft? Wer ist für das Case Management zuständig? Ist es ein Koordinationsinstrument; oder verfügt es über das Budget, das für einen Klienten bestimmt ist?

3.3 Einbezug der Regelversorgung

Häufig genannt wird der bessere und gezieltere Einbezug der Hausärzte und der ambulanten institutionellen Psychiatrie. Einerseits ist es eine Realität, dass viele Suchtkranke in hausärztlicher Behandlung sind, lange bevor spezialisierte Angebote der Suchthilfe zugezogen werden. Andererseits wird eine vermehrte Verlagerung der Suchthilfe in den ambulanten Bereich als mögliche Optimierungsmassnahme gesehen. Als möglicher Partner mit Potential für eine vermehrte Zusammenarbeit im Suchthilfebereich wird mehrmals die Spitex erwähnt.

Als stationäres Angebot sollten auch die somatischen Regionalspitäler gezielter in die Suchthilfe einbezogen werden, indem beispielsweise das suchtspezifische Fachwissen vermehrt den Regionalspitälern zugänglich gemacht wird.

² Der Begriff „Netzwerk“ wird je nach wissenschaftlicher Disziplin unterschiedlich definiert. Hier soll er vorerst im Sinne einer Metapher verwendet werden.

3.4 Verbindung von Systemsteuerung und Einzelfallsteuerung

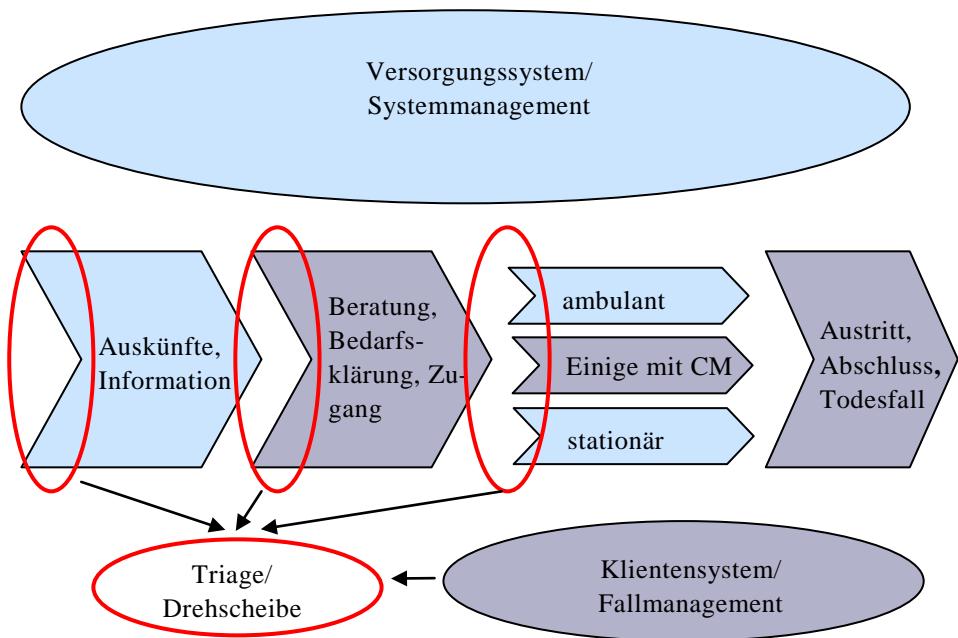
Die Steuerung auf Systemebene kann verbunden werden mit einer Steuerung auf der Einzelfallebene, allenfalls auf der Ebene typischer Fallgruppen. Diese kombinierte Steuerung sichert am ehesten einen wirkungsvollen Mitteleinsatz. Sie gleicht die Unvollkommenheiten aus, die in der Suchthilfe vermutlich systembedingt sind. Die heutige Struktur mit ihren zahlreichen Akteuren ist historisch gewachsen und hoch fragmentiert. Sie unterscheiden sich etwa nach Substanzen, nach (sucht)medizinischen Indikationen, nach Professionen (Soziale Arbeit, Medizin, usw.), nach gesellschaftlichen Brennpunkten (Stichwort Szenenbildung in den Stadtzentren), nach Finanzierungsmechanismen (Spitalfinanzierung, Krankenversicherer, kantonale Subventionen, kommunale Sozialhelferträge).

Aus Sicht des Individuums ist oft eine, vermutlich suchtbedingte zwiespältige Motivation zur Nachfrage nach Behandlung und Betreuung zu finden. Diese Kombination von unscharfen Kriterien und Indikationen, Motivationen und institutionellen Bedingungen ist am ehesten durch eine Steuerung zu handhaben, die auf verschiedenen Ebenen ansetzt.

Als eine erste Ebene wird die Steuerung des Suchthilfesystems mittels eines Netzwerkmanagement vorgeschlagen (vgl. Kap 3.1).

Eine zweite Ebene bilden am einzelnen Fall ansetzende Steuerungen. Die zweite Ebene zielt auf Gruppen mit gemeinsamen Merkmalen hin. Diese Gruppen werden mittels einer Triage oder einer Drehscheibenfunktion beim Eintritt in das Suchthilfesystem den geeigneten Institutionen zugewiesen. Diese Institutionen bilden ein Netz verschiedener, standardisierter Behandlungspfade ab. Die Klienten bewegen sich auf diesen Pfaden.

Ergänzend dazu ist ein Case Management denkbar für Personen, die das Suchthilfesystem besonderes intensiv beanspruchen. Mit diesem Case Management könnte für diese intensiv betreuten Personen der weitere Weg im Suchthilfesystem gesteuert werden. (vgl. Kap 3.2).



In Anlehnung an eine Darstellung zur Altersversorgung, von Hanspeter Inauen, Luzern.

4 Verteilungsmechanismen der öffentlichen Mittel

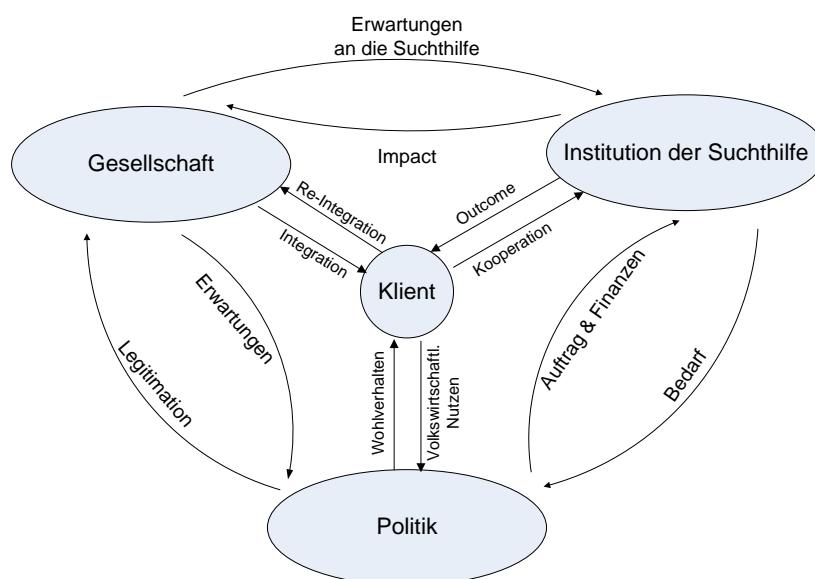
Auch bei einer globalwirtschaftlichen Erholung kann in Zukunft nicht mit den Wachstumsraten der Vergangenheit gerechnet werden. Sowohl die demografische Entwicklung wie auch der globale Konkurrenzdruck bewirken, dass schon das Halten des hohen Standards der öffentlichen Versorgung eine anspruchsvolle Aufgabe ist. Eine gut abgestützte, zielorientierte Mittelzuweisung wird eine noch zentralere Aufgabe der Politik und Verwaltung werden. Insbesondere die Innovation, das Aufgreifen von neuen Bedürfnissen, dürfte nicht mehr über ein allgemeines Ausgabenwachstum möglich werden, sondern durch Abbau bei nicht mehr zentral notwendigen Angeboten geschehen. Der Steuerung der Angebote im Allgemeinen sowie der Entwicklung und Innovation im Speziellen kommt zentrale Bedeutung zu.

Die Mittelvergabe an die Leistungserbringer kann mit nachstehenden Dimensionen gesteuert werden.

4.1 Politische Relevanz als Schlüsselgröße

Die Mittel, die das politische System für die Suchthilfe bereitstellt, hängen im Wesentlichen davon ab, welche Problemlagen aus Sicht der Politik gelöst werden sollen. Die Gesellschaft hat Erwartungen an die Suchthilfe. Wenn angenommen wird, dass bestimmte Angebote der Suchthilfe Beiträge an diese Erwartungen leisten können, werden die entsprechenden Mittel zur Verfügung gestellt. Für die Ausgestaltung der Strategie geht es also darum, die institutionellen Angebote und die Erwartungen der Gesellschaft in Übereinstimmung zu bringen. Der Strategie muss es gelingen, die Leistungsaufträge mit den einzelnen Institutionen auf die Erwartungen der Gesellschaft abzustimmen. Die Erwartungen der Gesellschaft werden durch die Politik formuliert. Die Institutionen der Suchthilfe haben zu belegen, welches ihre Leistungen an die Gesellschaft sind. In der Realität ergibt sich ein zirkulärer Kommunikationsprozess, in dem sich die Erwartungen der Gesellschaft ebenso weiter entwickeln wie die Leistungen der Institutionen sich an die Erwartungen der Gesellschaft anpassen.

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.



Politisch relevante Ergebnisse sind aus Sicht der Suchthilfeinstitutionen mögliche Einsparungen durch rechtzeitige Interventionen, d.h. einerseits Prävention an sich (die aber hier nicht weiter thematisiert wird), dann aber auch die frühzeitige Behandlung und das Vermeiden von gesellschaftlicher Desintegration (Arbeit, Wohnung, Beziehungen).

Auf Ebene des Individuums besteht ein weitgehender gesellschaftlicher Konsens, dass auch suchtkranke Menschen Anspruch auf Menschenwürde haben. Dies kann konkretisiert werden, indem für suchtkranke Menschen Angebote der Überlebenshilfe bereit gestellt werden. Wünschenswert, aber nicht immer erreichbar, ist die soziale (Re)Integration von suchtkranken Menschen.

Ein sehr wichtiger Punkt ist Ordnung und Sicherheit als öffentliches Gut. Die Gesellschaft ist bereit, Massnahmen zu unterstützen und zu fördern, um den öffentlichen Raum nicht der Suchtszene zu überlassen.

Die konkrete Ausgestaltung der Suchthilfe sowohl in Bezug auf Art der Angebote wie auf die Menge wird also primär durch die politische Relevanz bestimmt.

4.2 Effizienz

Die Suchthilfestrategie regelt die Verteilung der (knappen) kantonalen Mittel auf die Anbieter von Suchthilfemaßnahmen. Nur Massnahmen, die betriebswirtschaftlich effizient sind, sollen gefördert werden. Diese Forderung ergibt sich aus der Verpflichtung, dass die Verwaltung verantwortlich ist für einen zweckgerichteten, sparsamen Einsatz der ihr anvertrauten öffentlichen Mittel.

Im privatwirtschaftlichen Sektor wird die effiziente Mittelverwendung vom Markt verlangt. Wer sich dieser Forderung nicht stellt, produziert mit einem nicht konkurrenzfähigen Preis-Leistungsverhältnis, das auf die Dauer existenzgefährdend ist. Im öffentlichen Sektor spielen diese Marktkräfte nicht oder nur sehr eingeschränkt. Ob die Leistungserstellung effizient ist, lässt sich nur durch Benchmarking überprüfen. Ein Benchmarkingsystem ist auf vergleichbare Leistungsersteller angewiesen. Eine Möglichkeit dazu besteht dank der Grösse des Kantons Bern: Regionale, aber vergleichbare Angebote bieten gleiche Leistungen an, die miteinander in einen Benchmarkingprozess eingebunden sind.

Die betriebswirtschaftliche Effizienz ist eine Grundbedingung für den Einbezug von Suchthilfemaßnahmen in die Suchthilfestrategie.

4.3 Effektivität (Impact, auf Gesellschaft bezogen; Outcome auf Individuum bezogen)

Die Effektivität ist die Schlüsselgröße jeder wirtschaftlichen Tätigkeit. Es geht um den Nutzen für den Leistungsempfänger bzw. den Kunden. Nur wenn die Leistung einen Kundennutzen stiftet, ist sie längerfristig marktfähig. Bei Aktivitäten, die durch die öffentliche Hand finanziert werden, stellt sich nicht nur die Frage des Nutzens für das Individuum (Outcome), sondern der Nutzen für die Gesellschaft (Impact). Denn die Gesellschaft stellt über politische Entscheidungsprozesse die Mittel für diese Aktivitäten frei, und das geschieht nur, wenn ein entsprechender Nutzen dargelegt werden kann. Selbstverständlich bestehen gegenseitige Abhängigkeiten. So wird sich kaum ein Impact belegen lassen, wenn nicht auch ein Outcome beim Individuum nachweisbar ist.

Für die Verteil- bzw. Zuteilvorgänge im öffentlichen Sektor ist der Nutzen für die Gesellschaft ein zentraler Massstab. Die Beurteilung eines Nutzens wiederum ist ein politischer Vorgang, weil der Beurteilungsmassstab nicht eine objektive Grösse ist, sondern ein politischer Konsens, d.h. eine Einschätzung der Gesellschaft. Damit ist der Zusammenhang gegeben zur politischen Relevanz als Zuteilungsmechanismus (siehe Abschnitt 4.1).

Die Suchthilfestrategie bezieht also Aktivitäten ein, deren Wirksamkeit (Effektivität) sowohl auf das Individuum (Outcome) wie auch auf die Gesellschaft (Impact) dargelegt ist.

4.4 Einbettung in Suchthilfe- und Gesundheitsnetzwerke sowie in Behandlungspfade

Die Bestandesaufnahme bestätigt, dass Suchthilfe nur im Rahmen eines medizinischen und sozialen Netzwerkes sinnvoll ist. Alle Beteiligten arbeiten mit einer Vielzahl von anderen Institutionen zusammen. Diese Suchthilfelandschaft macht weniger den Eindruck einer geplanten und gestalteten, sondern eher einer gewachsenen Landschaft.

Es ist zu diskutieren, ob die Einbettung in das Suchthilfe- und Gesundheitsnetzwerk Bedingung sein soll für den Zugang zu Leistungsverträgen. Diese Bedingung kann nur umgesetzt werden, wenn das Netzwerk selber durch den Kanton gesteuert und gestaltet wird. Die entsprechende Forderung („Kanton als Netzwerkmanager“) taucht wiederholt in der Bestandesaufnahme auf, wäre also durchaus abgestützt.

Eine andere mögliche Form stellt der Aufbau von Behandlungspfaden³ dar. Diese Behandlungspfade haben wegleitenden Charakter. Die Leistungserbringer müssen nachweisen, welche Wegpunkte sie auf welchen Pfaden darstellen.

Sofern sich der Kanton als aktiver Netzwerkmanager versteht, müssen sich alle Aktivitäten im Suchthilfennetzwerk bzw. in den vorgegebenen Behandlungspfaden verorten lassen.

³ Für definierte Fall- oder Klientengruppen werden die zugehörigen Betreuungs- und Behandlungsabläufe als Behandlungspfade festgelegt. Zentrale Elemente von Behandlungspfaden sind die vorgegebene zeitliche Abfolge, die Zuteilung der Verantwortlichkeiten und die Inhalte der Betreuung und Behandlung von Klienten, die einer Fall- oder Klientengruppe zugeteilt sind.